

EVOLUÇÃO DO PACIENTE MEDIANTE AO DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DE DUODENO: UM RELATO DE CASO ONCOLÓGICO PATIENT EVOLUTION AFTER THE DIAGNOSIS OF ADENOCARCINOMA OF THE DUODENUM: AN ONCOLOGICAL CASE REPORT

Raimundo Nonato de Freitas Moreira Junior¹

Juliana Maria da Costa Gomes²

Victor Pereira Zerbinatti³

Rodolfo Arantes Leite⁴

Elson Vidal Martins Junior⁵

Lisa Daher Rassi Guimaraes⁶

José Eduardo Gregório Rodrigues⁷

RESUMO: O adenocarcinoma de intestino delgado é uma doença rara, com sintomas inespecíficos e frequentemente diagnosticado com a doença já avançada. Tendo como principal sintoma a dor abdominal. Descrevemos um caso de uma paciente atendida em Agosto de 2023, sexo feminino, caucasiana e sem antecedentes familiares de neoplasia intestinal, que apresentou quadro de icterícia rapidamente progressiva. Chegou em nosso serviço em pouco tempo de sintomas, onde foi realizado o diagnóstico, com neoplasia já avançada com metástases porém sem possibilidade de terapia curativa.

Palavras-chave: Dor abdominal. Diagnóstico. Neoplasia.

ABSTRACT: Small intestinal adenocarcinoma is a rare disease, with non-specific symptoms and often diagnosed when the disease is already advanced. The main symptom is abdominal pain. We describe a case of a patient treated in August 2023, female, Caucasian and with no family history of intestinal neoplasia, who presented with rapidly progressive jaundice. He arrived at our service in a short time with symptoms, where the diagnosis was made, with an already advanced neoplasm with metastases, but without the possibility of curative therapy.

Keywords: Abdominal pain. Diagnosis. Neoplasia.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas de intestino delgado são raras, representam aproximadamente 2% das neoplasias gastrintestinais.¹ Sua incidência aumentou nas últimas décadas e, em cerca

¹Médico pelo Instituto presidente Antônio Carlos (itpac).

²Médica pela Universidade metropolitana de Santos UNIMES.

³Médico pela Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES.

⁴Cardiologista e Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

⁵Médico pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

⁶ Médica pela Universidade Cidade de São Paulo.

⁷Pneumologista pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

de um terço dos casos são associados a outro tumor do trato gastrointestinal.² A maioria das neoplasias do intestino delgado são adenocarcinomas ou carcionoides, sendo que as formas mais raras são representadas por linfomas e sarcomas.

Os sintomas associados a neoplasia de intestino delgado são inespecíficos e frequentemente ocorrem até que a doença esteja avançada. O sintoma mais referido é a dor abdominal, presente em 83% dos casos. O sangramento digestivo (melena ou enterorragia) e a perda ponderal estavam presentes em 42%. Vômitos e sensação de plenitude abdominal foram relatados em 25% dos casos. Todos os pacientes com tumores malignos apresentavam déficit ponderal maior que 15% do peso corporal no momento.

Já os pacientes com tumores metastáticos, e em particular os pacientes com metástases hepáticas extensas, podem demonstrar sintomas de síndrome carcinoide, que se caracteriza por rubor, diarreia, dispneia, cólicas abdominais e disfunção valvular cardíaca do lado direito.

Devido a apresentação clínica inespecífica da neoplasia de intestino delgado e a dificuldade em realizar imagens do intestino delgado, esses pacientes frequentemente procuram assistência médica apenas quando apresentam a doença avançada³.

Exames laboratoriais, de imagem e endoscópicos podem ser úteis na propedêutica complementar, mas frequentemente não são definitivos para a confirmação da hipótese diagnóstica.

2872

O diagnóstico desses tumores muitas vezes é tardio, devido a sintomas inespecíficos, ocorrendo normalmente em uma complicação aguda da doença. Em um estágio sintomático mais de 50% dos casos apresentam doença metastática.⁴

O princípio geral do tratamento das neoplasias malignas do intestino delgado é a ressecção com margens cirúrgicas livres, às vezes associada à linfadenectomia locorregional, na dependência do tipo histológico e do estadiamento cirúrgico da neoplasia.

De forma geral o adenocarcinoma avançado do intestino delgado apresenta um prognóstico pior do que a neoplasia colorretal, mas melhor que os tumores gástricos e pancreáticos. 10

OBJETIVO

Trata-se de discussão de um caso clínico de paciente com diagnóstico de adenocarcinoma de duodeno, com complicações e intercorrências, evoluindo para óbito.

MÉTODO

As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio da revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura sobre o assunto.

RELATO DE CASO

Paciente S.R.P.P., sexo feminino, 54 anos, foi internada para equipe da clínica médica, no dia 31 de agosto de 2023, devido ao quadro de dor abdominal há 20 dias. Associado relatava icterícia permanente, náusea, colúria e fezes em fita. Referia perda de peso de 2,1kg em 20 dias, sem medidas propositas (dieta ou exercício físico).

De antecedentes patológicos, alegava apenas doença hemorroidária, sem cirurgias prévias, negava abortos ou gestações. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, lúcida, orientada, comunicativa, icterícia 3+/4+, desidratada 2+/4+, ausculta cardíaca normal, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos em bases bilaterais, abdômen distendido 2+/4+, indolor a palpação, sem sinais de peritonite, edema em membros inferiores 2+/4+, sem sinais de empastamento.

2873

Aos exames laboratoriais iniciais apresentava anemia, com hemoglobina (HB) de 9,8, normocítica e normocrômica, leucócitos 7600, sem desvio, bilirrubinas totais (BT) de 8,02, as custas de bilirrubina direta (BD), 5,39; gama glutamil transferase (GGT) 638, fosfatase alcalina (FA) 481, alanina aminotransferase (TGP) 146, aspartato aminotransferase (TGO) 169, amilase 43, lipase 66, creatinina fosfoquinase (CPK) 207. Apresentava aos marcadores tumorais, elevação em CA 19.9: 19.048 (referência < 39,0 U/mL), CA 125: 285,8 (referência < 35 U/mL) e CEA: 137 (referência < 5,5 ng/mL). Aos exames de imagem, foi inicialmente realizado tomografia de abdome com contraste, seguindo a investigação com ressonância magnética de abdome superior e pelve, endoscopia digestiva alta e colonoscopia.

A tomografia de abdome com contraste, no dia 31/08, mostrava nodulações confluentes na superfície peritoneal, acentuada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Possibilidade de carcinomatose peritoneal. Formação infiltrava hipotenusa com discreto realce pelo meio de contraste endovenoso na cabeça do pâncreas de difícil limitação. Nódulos hepáticos acima descritos de natureza indeterminada, podendo representar lesões neoplásicas.

Vesícula biliar com dimensões aumentadas, paredes discretamente espessadas e com conteúdo hipertenso, podendo representar bile espessa/microcálculos. Sendo sugerido complementação com ressonância magnética.

A ressonância magnética, do dia 02/09, elucidava: nodulações sólidas de permeio aos planos mesentéricos e peritoneais e acentuada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal. Tais achados podem representar carcinomatose peritoneal. Lesão descrita na cabeça/ processo uncinado do pâncreas de natureza indeterminada, podendo corresponder a lesão neoplásica primária. Lesões hepáticas de natureza indeterminada. Nódulo no interior da cavidade endometrial de natureza indeterminada. Ovários de aspecto heterogêneo, não sendo possível destacar envolvimento neoplásico.

A endoscopia digestiva alta (EDA), foi realizada no dia 04/09, evidenciando pangastrite hemorrágica intensa, com lesão ulcerada infiltrava em bulbo duodenal, realizado biópsia e imunohistoquímica de lâmina. A colonoscopia não mostrou alterações.

Como o resultado da biópsia demoraria alguns dias e paciente apresentou aumento da ascite e desconforto respiratório, com dispneia, foi optado por realização de paracentese diagnóstica e terapêutica. O líquido analisado apresentava-se de aspecto turvo-hemorrágico, com celularidade aumentada ($640/\text{mm}^3$), as custas de linfócitos (63%) e neutrófilos (12%). Ausência de bactérias na amostra; albumina de 2,3mg/dL.

2874

O resultado da biópsia saiu 10 dias após sua coleta, evidenciando adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasivo de mucosa duodenal. E a imunohistoquímica, referindo adenocarcinoma primário de trato gastro superior, fechando diagnóstico de adenocarcinoma de duodeno.

Paciente após resultado de biopsia foi transferida para equipe de oncologia, apresentou piora da icterícia, com aumento dos níveis de bilirrubinas sendo realizado colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), com colocação de prótese plástica para drenagem biliar. Após posterior estabilização, foi sugerido iniciar tratamento paliativo com quimioterápico gencitabina. Porém, a mesma não resistiu e evoluiu a óbito.

DISCUSSÃO

Neoplasias malignas de intestino delgado são conhecidas pela sua raridade, variabilidade, sintomatologia inespecífica, diagnóstico difícil, apresentação tardia e prognóstico geralmente reservado.^{8,9}

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum, cerca de 30-50% dos casos, Em ordem de prevalência, tem -se os carcinoides (25-30%), seguidos dos linfomas e sarcomas.¹⁰ E que habitualmente ocorre entre 50-70 anos, sem predomínio de sexo.

Existem várias hipóteses que tentam explicar a baixa incidência de neoplasias nesse segmento intestinal, levando em consideração suas peculiaridades fisiológicas, o trânsito rápido, característico do delgado que reduz a exposição da mucosa a possíveis carcinógenos que poderiam contribuir para o aumento dessa ocorrência. Da mesma forma, a fluidez do conteúdo entérico nesse segmento é responsável por causar menor irritação e trauma da mucosa. Outros fatores adjuvantes para a menor incidência seriam a baixa população bacteriana, com menor produção de agentes carcinogênicos, o ph alcalino e altas concentrações da enzima benzopireno hidroxilase que promove detoxificação de potenciais.⁷

As neoplasias de intestino delgado podem associa-se a polipose adenomatosa familiar, câncer colorretal hereditário não polipoide, Doença de Crohn, doença celíaca e dieta rica em gordura animal, carne vermelha e produtos embutidos.¹²

No caso em destaque, a paciente manifestava sintomas como a dor abdominal, náusea, anemia, icterícia, colúria. A presença de sintomas inespecíficos, com o exposto contribuem para procura assistencial mais tardia, com um prognóstico mais reservado.

2875

A paciente apresentada, quando internada para investigação já havia uma doença disseminada com carcinomatose peritoneal, lesão metastática em fígado e lesão em pâncreas. Dessa forma, não podendo ser indicado o melhor tratamento, que seria a abordagem cirúrgica para ressecção da lesão.¹²

O tratamento proposto pela equipe foi a quimioterapia paliativa, com gencitabina. A quimioterapia e radioterapia, em pacientes com neoplasia de duodeno, acompanhados de metástases, tem valor terapêutico pouco significativo no prognóstico e sobrevida.

Os melhores resultados de sobrevida nos pacientes são observados em pacientes encaminhados para a cirurgia. Quimioterapia não tem mostrado aumento significativo na sobrevida dos doentes, exceto quando há doença metastática ¹²

CONCLUSÃO

A neoplasia maligna de intestino delgado, embora rara, apresenta desafios significativos de diagnóstico e tratamento devido à sua apresentação clínica inespecífica e dificuldades em realizar imagens específicas do intestino delgado. No caso em questão, foi relatado o caso de

uma paciente do sexo feminino com 54 anos de idade, que apresentava sintomas iniciais de dor abdominal, associados a icterícia permanente, náusea, colúria e perda de peso significativa. Quando pacientes apresentam queixas como as descritas, o câncer de cólon não é frequentemente considerado como a primeira hipótese diagnóstica devido à sua relativa raridade. Portanto, os exames laboratoriais e de imagem revelaram achados sugestivos de neoplasia avançada, incluindo nodulações peritoneal, ascite e lesões hepáticas indeterminadas.

Dentre eles, temos que destacar a especificidade dos marcadores CA 19-9 e CA 125, que embora seja mais frequentemente associado a tumores pancreáticos, níveis elevados de CA 19-9 e CA 125 também podem ser observados em pacientes com câncer colorretal avançado. Já o CEA (Antígeno Carcinoembrionário) é o marcador tumoral mais frequentemente associado ao câncer colorretal. Este marcador é produzido em quantidades anormais por células cancerosas.

Após uma série de exames diagnósticos e biópsia, foi confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma de duodeno, levando a paciente a ser transferida para equipe de oncologia para tratamento paliativo e posteriormente ao óbito. Este caso exemplifica os desafios enfrentados no diagnóstico precoce e no tratamento eficaz das neoplasias malignas do intestino delgado, ressaltando a relevância da suspeição clínica e da investigação diagnóstica oportuna em pacientes com sintomas gastrointestinais inespecíficos, visto que a doença possui um alto potencial de metástase em curto período de tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JEMAL A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59(4):225-49.
2. OVERMAN MJ. Rare but real: management of small bowel adenocarcinoma. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2013: 189-93
3. Hoff, P.M.G, 2013, *Tratado de Oncologia*, Editora Atheneu, 2013.
4. ZILIOTTO Jr. A, Mendes JAM, Klunze JE, et al: Tumores malignos do intestino delgado. *Ver Bras Cancerol* 1987;
6. TALAMONTI MS, Goetz LH, Rao S, Joehl RJ, Primary cancers of the small bowel: analysis of prognostic factors and results of surgical management. *Arch Surg*. 2002; 137(5): 564-70, discussion 570-1
7. MARTINS AAC; Filho EDM; Leao CS; Ferraz AAB; Ferraz EM. Neoplasias do intestino delgado: uma experiencia de cinco anos. Published online 2008 november 17.

8. LEE HJ; Cha JM; Lee JI; Joo Kr; Jung, SW;H=Shinn, HP. A Case of Jejunal Adenocarcinoma Diagnosed by preoperative Double Ballon Enteroscopy. Gut Live. 2009 December; 3(4):311-314
9. FARHAT MH; Shamseddine, Al;Barada, KA. Small Bowel Tumors :Clinical Presentation, Prognosis, and Outcome in 33 patients in a Tertiary Care Center. J Oncol.2008;2008:212067. Published online 2008 December 2.
10. APARICIO T, Zaanán A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrere N, Manfredi S, et al. Small bowel Adenocarcinoma: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. Dig Livers Dis, 2014;46(2): 97-104.Review
12. JUNIOR ABC, Carvalho SCR, Fonseca OCL, Jungmann P, Luna IM, Chacon ABS, Primary malignant tumor of the small intestine: a case report. GED- gastroenterol, endosc, dig, 2014;33(4):151-155