



REALIZAÇÃO DE GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA EM PACIENTE COM MARCADOR ELEVADO, SEM EVIDÊNCIA RADIOLÓGICA DE NEOPLASIA



MARCELA COSTA VINCENZI LEMES, RICARDO ESTEVAM MARTINS, IGNACIO LEITE DA COSTA, MURILO RODRIGUES DO CARMO, MURILO BARCELOS DE SOUZA, FERNANDO GUZMAN RODRIGUEZ, ANDRÉ GIL, ANA LUISA FERREIRA E SILVA

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA – SANTA CASA DE LIMEIRA

Introdução:

O adenocarcinoma de papila duodenal representa menos de 2% dos carcinoides do TGI, podendo ser assintomático ou cursar com icterícia obstrutiva. Geralmente é visualizado por CPRE, cuja biópsia tem incidência de falso-negativo de 25 a 56% dos casos. Os exames de imagem para avaliação e estadiamento são principalmente tomografia de abdome e tórax, CPRE, EDA e RNM abdome, além da importância dos marcadores tumorais para seguimento, em especial CA 19.9 e CEA.

O caso relatado demonstra uma paciente com neoplasia de papila duodenal, em fase inicial, sem evidência radiológica, submetida a gastroduodenopancreatectomia, com boa evolução.

Relato de caso:

MCS, sexo feminino, 67 anos, hipertensa, diabética não insulino dependente, não tabagista e não etilista, compareceu com queixa de icterícia há 15 dias, associado a náuseas e um episódio de febre não aferida, no início do quadro.

Na entrada encontrava-se estável hemodinamicamente, icterica 4+/4+, com abdome inocente. Exames laboratoriais da admissão demonstraram anemia (Hb 9,7, Ht 29,8), leve leucocitose, bilirrubinas totais 23,29, direta 11,85, indireta 11,44, fosfatase alcalina 825, gama gt 950, CA 19.9 499.

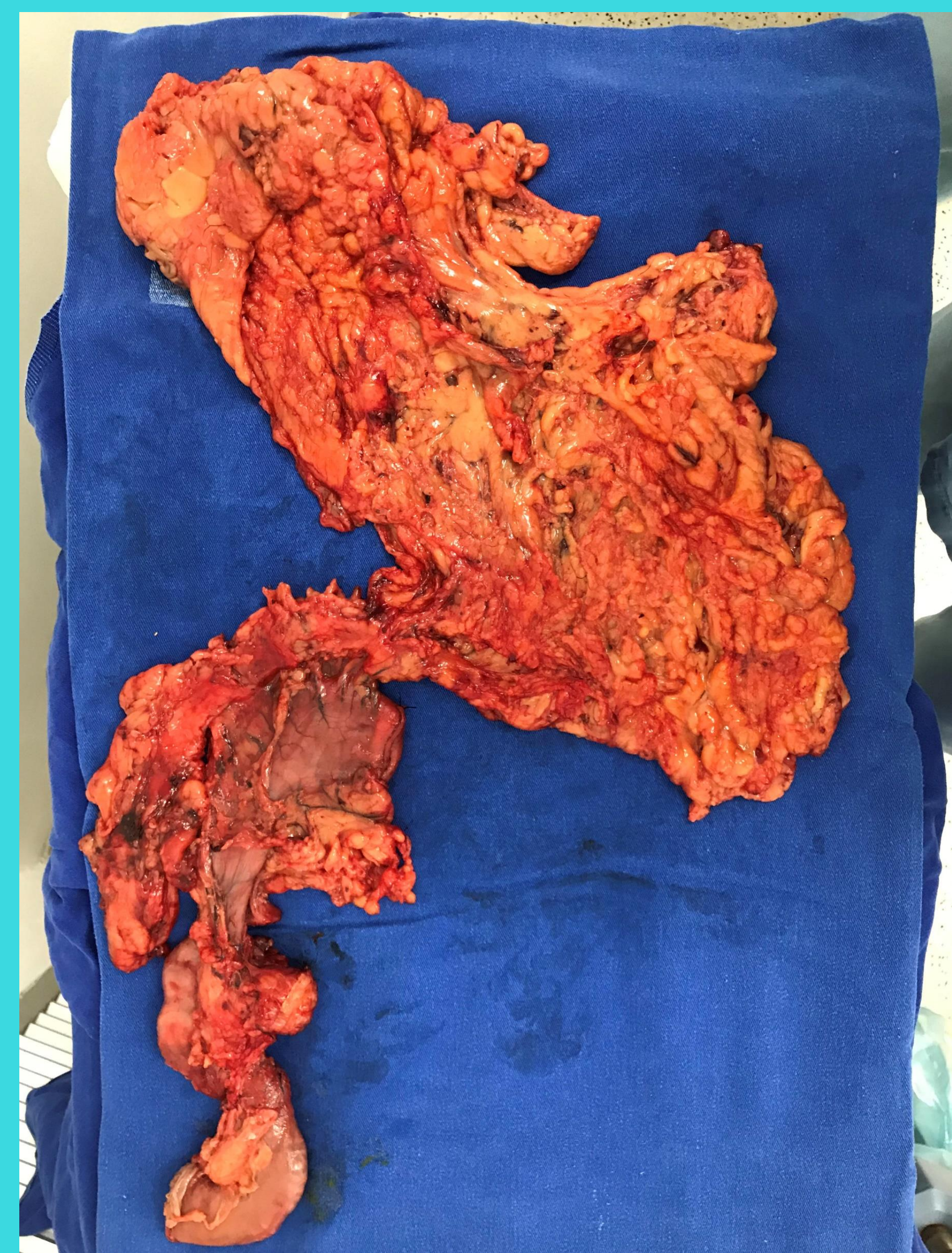
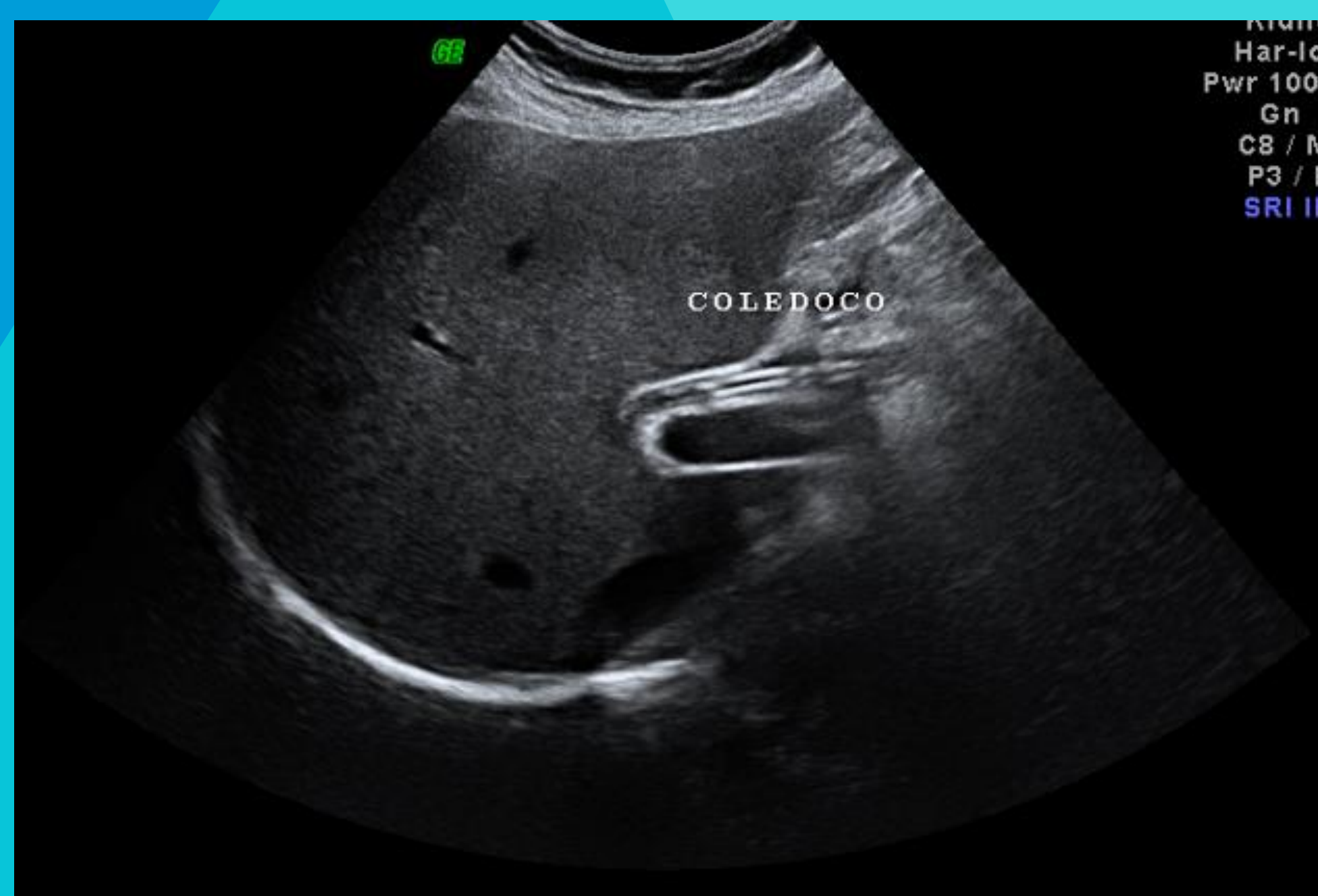
Ultrassonografia de abdome com aumento difuso de ecotextura hepática, vesícula biliar hidrópica, com presença de formação ecogênica amorfa aderida à parede, de topografia infundibular (bile tumefata?), colédoco de 1,5 cm. TC de abdome com contraste EV demonstrou dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas, colédoco de 1,5 cm, vesícula biliar hidrópica.

Realizou CPRE que evidenciou estenose do colédoco distal, com dilatação das vias biliares a montante (compressão por neoplasia?). Realizada papilotomia, biópsia e drenagem de via biliar com prótese plástica. Anatomopatológico de processo inflamatório crônico inespecífico, com fibrose de estroma.

Repetido marcador tumoral após 3 meses e CA 19.9 manteve-se elevado, de 450. Ressonância magnética de abdome superior não encontrou imagem sugestiva de neoplasia.

Optado por gastroduodenopancreatectomia. No intra operatório observada massa endurecida em topografia de cabeça do pâncreas, sem acometimento secundário visível. Cirurgia realizada sem intercorrências, evoluiu com fístula pancreática de baixo débito, com alta da paciente após 8 dias.

No retorno ambulatorial, checado anatomopatológico, com resultado de adenocarcinoma de papila duodenal, encaminhada ao serviço de oncologia para seguimento.



Discussão:

O adenocarcinoma de papila duodenal, apesar de rara incidência, é o 2º tumor mais frequente dentre as neoplasias ampulares. Acomete principalmente homens, de 60 a 70 anos, com histórico de etilismo, tabagismo e DM. Tem sintomas iniciais de icterícia obstrutiva e os exames diagnósticos incluem USG abdome, TC abdome, EDA, CPRE e RNM abdome.

O caso relatado demonstra uma paciente do sexo feminino, diabética, cuja única alteração se deu pelo marcador CA 19.9, sendo optado pelo tratamento cirúrgico com GDP, que se mostrou estratégia curativa por neoplasia em fase inicial..