

219.^a Reunião Anátomo - Clínica do Instituto Central Hospital A. C. Camargo

Adenocarcinoma da Ampola de Vater

RESUMO DO CASO CLÍNICO

Relator: Antônio Amorim

A. S. A. de 37 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, lavrador, casado, procedente de Fernandópolis, Estado de São Paulo, foi admitido neste Instituto sob registro n.º 56-1727, em 28-6-56. Durante dois anos sentiu dores no hipocôndrio direito, sob a forma de cólicas, sem relação com a alimentação, exigindo o uso constante de sedativos; tinha evacuações diarréicas, com fezes moles, coradas, permitindo o reconhecimento dos alimentos ingeridos. Seis meses antes da consulta teve crise forte destas dores, à qual sobreveio icterícia; as fezes se tornaram pastosas, esbranquiçadas, com aspecto de massa de vidraceiro (sic). Ao se apresentar à consulta, um mês após sofrer laparotomia exploradora que permitiu o diagnóstico de tumor de pâncreas e atrofia da vesícula biliar, apresentava icterícia, prurido, urina manchando as vestes, fezes acolúricas, fraqueza e emagrecimento, com perda de 2 quilos. Tabagista moderado, negando etilismo. Os antecedentes familiares e os dados do interrogatório sobre os diversos aparelhos nada apresentaram de interesse semiológico.

EXAME FÍSICO — Paciente em estado geral regular. Peso: 45 kg. Altura 1,60m. P.A.: 105x70 mm/Hg. P.: 80 p.m., ritmado e cheio. Frequência respiratória: 16 p.m.; T: 37,3.ºC. Tegumento externo e mucosas, icterícos. Gânglios palpáveis, não

significativos. Aparelho respiratório normal. Desdobramento da 2.^a bulha nos focos mitral e tricúspide, mais intenso neste último e, por vezes, audível nos da base. Abdômen: plano, com cicatriz cirúrgica paramediana direita supraumbilical; sem tumor palpável: fígado palpável a 3 dedos transversos do rebordo costal, à linha hemiclavicular, de bordo rombo, liso, duro e indolor; ponto cístico doloroso; baço percutível e impalpável; demais órgãos abdominais normais, ao exame físico. Membros bem conformados.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — O exame radiológico do estômago e duodeno revelou antro com relêvo espessado, base do bulbo deformada — achatada, arco duodenal sem sinais de compressão. O “hematológico” mostrou discreta anemia normocrômica e normocítica, ligeiro desvio para a esquerda, linfopenia e hemossedimentação de 102mm. Hiposserinemia, com queda de proteínas totais. Glicemia normal. Fosfatase alcalina, elevada: 13,6 U.B. % Prova de Takata Ara levemente positiva; Weltmann: floculação até o 3.º tubo; “timol” e “cefalina”, negativos. Dosagem das bilirrubinas: D-11,20mg %, T-16,10 mg %, I-4,90 mg %. A análise da urina apresentou reação fortemente positiva para a bile.

EVOLUÇÃO — Em 14-7-56 foi submetido a laparotomia exploradora com achado de tumor de 5cm de diâmetro, abrangendo duodeno e cabeça do pâncreas; fígado aumentado de volume, de coloração

escura, sem metástase; vesícula atrofica e canais colédoco, cístico e hepático dilatados, com pus. Em face do estado do paciente, optou-se por derivação biliodigestiva — anastomose colédoco-jejuno-término-lateral — tendo-se drenado a cavidade abdominal. Pós-operatório normal, com desaparecimento quase completo do quadro de icterícia obstrutiva e boa melhora do estado geral. Com 18 dias de pós-operatório se submeteu a nova intervenção compreendendo céfalo-pancreatectomia, duodenectomia, gastrectomia parcial — região do antro e anastomose gastro-jejunal, no sentido anisoperistáltico; suturado o coto pancreático, após ligadura do canal excretor; ressecada uma porção do cólon transverso, com restauração do trânsito, em consequência de lesão acidental da artéria cólica média. O “anátomo-patológico” da peça revelou: adenocarcinoma do duodeno com infiltração do pâncreas; colecistite crônica com áreas de colecistite aguda abcedada. No pós-operatório imediato, o paciente apresentou vômitos, soluços, sonolência, não respondendo bem às solicitações externas; glicemia de 165 mg %; fosfatase alcalina: 7,3 U.B. %. No 5.º dia pós-operatório instalou-se fístula estercoral. Mantida compensação permanente das perdas eletrolíticas observadas. Temperatura variando entre 37º e 38ºC. A partir do 12º dia pós-operatório, observou-se melhora do estado geral após medicação com insulina e pancreatina. Após 1 mês do ato operatório, as provas de funções hepáticas e as taxas de bilirrubinas se achavam normais. A cultura de urina mostrou crescimento de bacilos Gram negativos com características bioquímicas de *Proteus Morganii*. As demais culturas feitas, no curso de 4 meses, continuaram a mostrar o crescimento destes micro-organismos que, assim resistiram ao antibiótico usado, para o qual tinham se mostrado sensíveis na prova realizada. Três meses após o ato cirúrgico, a fístula não mais eliminava fezes e sim secreção serosa. Observou-se aumento de peso. Em 5-11-56 foi ressecada a fístula hepato-cutânea, encontrando-se fechada a fístula jejunal. Fosfatase alcalina: 16,0 U.B. %. Três dias após, verificou-se, novamente, a presença da fístula jejunal e no 7.º dia pós-operatório,

houve evisceração completa, confirmou-se a presença de fístula jejunal alta, tendo-se procedido a correção de ambas. Em seguida, nova fistulação, processo bronco-pneumônico à direita e 8,6 U.B. % de fosfatase alcalina. O eletrocardiograma apresentou T negativo em AVF, V₄, V₅, V₆. Com a medicação houve completa regressão do quadro pulmonar. Nova elevação da fosfatase alcalina: 19,5 U.B. %. Em 14-2-57, fez-se nova tentativa de correção da fístula jejunal, com ressecção de segmento intestinal, fistulando mais uma vez no 4.º dia pós-operatório. Cerca de 20 dias depois, mais uma tentativa de correção da fístula que reabriu no 3.º dia pós-operatório. O paciente veio a ter alta em 27-5-57, melhorado, com débito pequeno pela fístula e com peso de 46,6 kg. Um mês após, foi reinternado, em mau estado geral, pesando 39,6 kg e com grande débito pela fístula. Apesar de medicado, a queda do estado geral se acentuou, vindo o paciente a falecer no dia 20-7-57, em estado de coma.

DIAGNÓSTICOS

Anatômicos:

Adenocarcinoma do duodeno, com infiltração do pâncreas
Pancreatite
Fístula jejunal
Fístula pancreática?
Colecistite crônica com áreas de colecistite aguda abcedada

Funcionais:

Anemia
Hipoproteinemia
Desidratação

Causa Mortis:

Choque circulatório periférico.

DISCUSSÃO CLÍNICA

..

Comentador: ALFREDO ABRÃO — Comentaremos o presente caso quanto ao diagnóstico, à técnica e tática cirúrgicas empregadas e ao pós-operatório. O diagnóstico de tumor da cabeça do pâncreas, trazido pelo paciente da laparotomia a que se submeteu, antes de se apresentar ao Hospital, suscitaria o de tumor do duodeno ou, mais particularmente, o de adenocarcinoma do duodeno. Na verdade, este é entidade muito rara e quando se

apresenta tem localização na segunda porção deste segmento intestinal, junto à ampola de Vater. Os tumores desta região, que podem ser da papila, do coledoco terminal, da ampola e do duodeno circundante são, genericamente, chamados de carcinomas da ampola de Vater, uma vez que sua localização inicial não pode ser estabelecida. Têm sintomatologia característica e ocasionam obstrução precoce. o que torna, em geral, o prognóstico bom pela possibilidade de terapêutica cirúrgica, também precoce. A circunstância do tumor apresentado pelo paciente invadir pâncreas, duodeno e ampola e se acompanhar de obstrução não permite o diagnóstico de adenocarcinoma de duodeno para o presente caso. A meu ver deve ficar sob aquela denominação genérica de carcinoma da ampola de Vater. Em face de certos componentes do quadro clínico e de alguns dados anatômicos, como elevação de temperatura, provas de função hepática alterada, pus nos canais excretórios, vesícula atrofica, impõe-se também o diagnóstico de colangiólite e colecistite crônica.

O tratamento de escolha é cirúrgico, podendo a operação ser feita num ou dois tempos. Deve-se preferir fazê-lo apenas num tempo, realizando-se duodeno-pancreatectomia e anastomose biliodigestiva. Procedendo esta derivação num primeiro tempo, haverá grande dificuldade técnica na etapa complementar, em virtude do processo fibrótico e das aderências encontradas. Em face, porém, da infecção existente, justificava-se neste caso a operação em 2 tempos. A anastomose direta colédoco-jejunal realizada não é a ideal pois, o trânsito intestinal se faz ao nível da anastomose e a infecção se estabelece com bastante frequência. Deve-se, para evitar tal complicação, fazer uma jejuno-jejunostomia, para excluir esta alça do trânsito intestinal, ou então, o que é melhor, fazer anastomose em Y (Roux); melhor ainda, será criarem-se válvulas nesta alça, por pregueamento da própria parede. A anastomose biliodigestiva deverá ser proximal em relação à gastro-jejunostomia; teremos, assim a neutralização da secreção gástrica ácida pela secreção biliar alcalina. A anastomose gastro-jejunal pode, pela grande acidez não neutralizada, trazer prejuízos ao jejuno ali anastomosado, como por exemplo úlceras pós-operatórias. Com relação à operação radical, feita 18 dias após a derivação biliodigestiva, penso que o paciente não estava em condições de suportar pois ainda apresentava retenção biliar, embora com anastomose ampla, além de sofrimento hepático, com processo colangiólítico, revelado pela positividade das provas de função hepática. Deveria ser aguardado período maior de tempo, até que o paciente se apresentasse em melhores condições. Com referência à duodeno-pancreatectomia praticada, devo fazer dois reparos: o primeiro, do coto pancreático, ou o canal de Wirsung, não ter sido anastomosado, como devia, no jejuno; isto, pela importância da secreção pancreática na digestão, pela frequência da fistulação, que é quase regra nesses casos e ainda, pela degeneração do tecido pancreático que se processa em virtude da retenção de secreção, quando o coto é apenas suturado. O outro reparo diz respeito ao acidente operatório verificado, acidente evi-

tável, bastando ter-se o cuidado de não lesar a artéria cólica média que emerge logo abaixo do pâncreas. Dêsse modo, fica evitada a ressecção, o que, quando ocorre, amplia desnecessariamente o ato cirúrgico.

Quanto ao pós-operatório quero, de início, chamar atenção para a elevação da glicemia que, frequentemente, se observa em casos como o presente, o qual, no particular, foi muito bem acompanhado. A falta de êxito no tratamento das fistulas, acho que é atribuível à existência de fistula pancreática que não fecha apenas com ressecção mas mediante derivação interna para o estômago ou jejuno, após ser dissecada em toda sua extensão; há a considerar o grande proteolítico da secreção pancreática, que impede a cicatrização. A isto deve ter se juntado a hipoproteïnemia que, sempre, o paciente apresentou no pós-operatório. O mesmo teve o estado geral piorado, no período de alta hospitalar, pela grande espoliação não compensada, grande perda de líquidos pela fistula jejunal alta, condições estas que o levaram à morte por carência global e choque consequente à considerável distúrbio eletrolítico.

HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA: — A elevação da fosfatase alcalina é mais frequente nos processos obstrutivos do que nos parenquimatosos; há elevação, seguida de restabelecimento da taxa normal. No presente caso, as variações observadas devem ter decorrido mais do maior ou menor fluxo de bile.

JOSÉ RAMOS JUNIOR — Como observações gerais, saliento as seguintes:

a) falta o caráter de constância ou inconstância para que o desdobramento da 2.^a bulha, observado nos focos mitral e tricúspide, possa ser considerado fisiológico ou patológico; quando há inconstância é tido como fisiológico e consequente às alterações fisiológicas e transitórias da pressão na pequena circulação, com relação à grande circulação.

b) as alterações observadas no eletrocardiograma devem ter decorrido de sério desequilíbrio eletrolítico que o paciente por certo apresentava desde seu primeiro internamento neste Hospital e falam em favor de hipo e não de hiperpotassemia. Tratava-se de paciente jovem, sem lesões miocárdicas. A falta de verificação da potassemia sérica, da excreção do potássio, isto é, do "clearance" do potássio não permite, contudo, estabelecer no caso a correlação entre o "potássio" e o eletrocardiograma.

c) outro diagnóstico funcional a ser feito é o de colestase intra e sub-hepática que vem explicar a icterícia inicial e a oscilação da taxa de fosfatase alcalina, colestase esta contínua, com intermitência de maior ou menor estase dentro do fígado. A taxa elevada de fosfatase alcalina, na grande maioria dos casos corresponde a colestase ou aumento da pressão intrabiliar e intra-hepática.

d) um último diagnóstico funcional importante, compreendendo a razão principal da morte do paciente, é o de desequilíbrio hidro-eletrolítico. Entre os órgãos que participam

da manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico encontram-se as glândulas sudoríparas, os rins, os intestinos e os pulmões. O tubo digestivo, considerado desde a bôca até o ânus, apresenta 8 a 10 litros de água dissolvendo eletrólitos que circulam entre o tubo digestivo e o sangue, o que mantém tal equilíbrio. Dêste volume, apenas 100 a 200 ml se perdem pelas fezes. O paciente apresentava fistula jejunal, portanto, alta, e muito provavelmente também, pancreática, o que ocasionou grande perda de água, cloreto de sódio e bicarbonato, por tempo mais ou menos longo. Ao lado desta perda hidro-eletrolítica, havia infecção da ferida operatória e das vias biliares e hipoproteinemia. Este desequilíbrio hidro-eletrolítico, protéico e provavelmente glucídico conduziu a um estado que terminou pelo choque mortal e em certo período de evolução do caso, constituiu a caquexia.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS DA NECROPSIA — Necroscopista: — Jesus Carlos Machado.

CAUSA MORTIS: edema cerebral

MOLÉSTIA PRINCIPAL: — adenocarcinoma da ampola de Vater.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS: —
metástases nos gânglios peripancreáticos, reto e fígado
pneumonia lobar direita
gastrite crônica inespecífica
enterite crônica inespecífica
pancreatite crônica esclerosante
hepatite crônica inespecífica
colangite crônica inespecífica
cistite crônica inespecífica
prostatite crônica inespecífica
nefrite crônica inespecífica intersticial
esplenite sub-aguda inespecífica
foramen de Botal permeável
atrofia fosca do miocárdio
suprarrenalite medular inespecífica

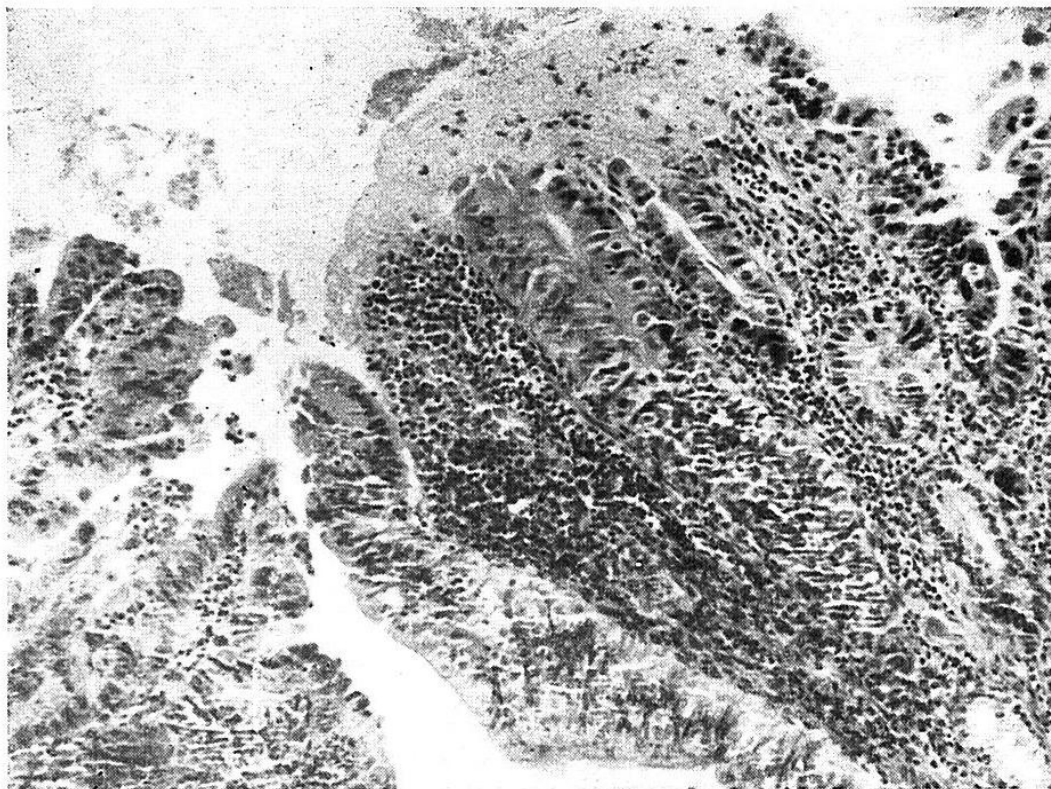


FIG 1 — Ulceração superficial da mucosa duodenal vendo-se zonas de atipia celular e nuclear. (HE, 10 x 25)

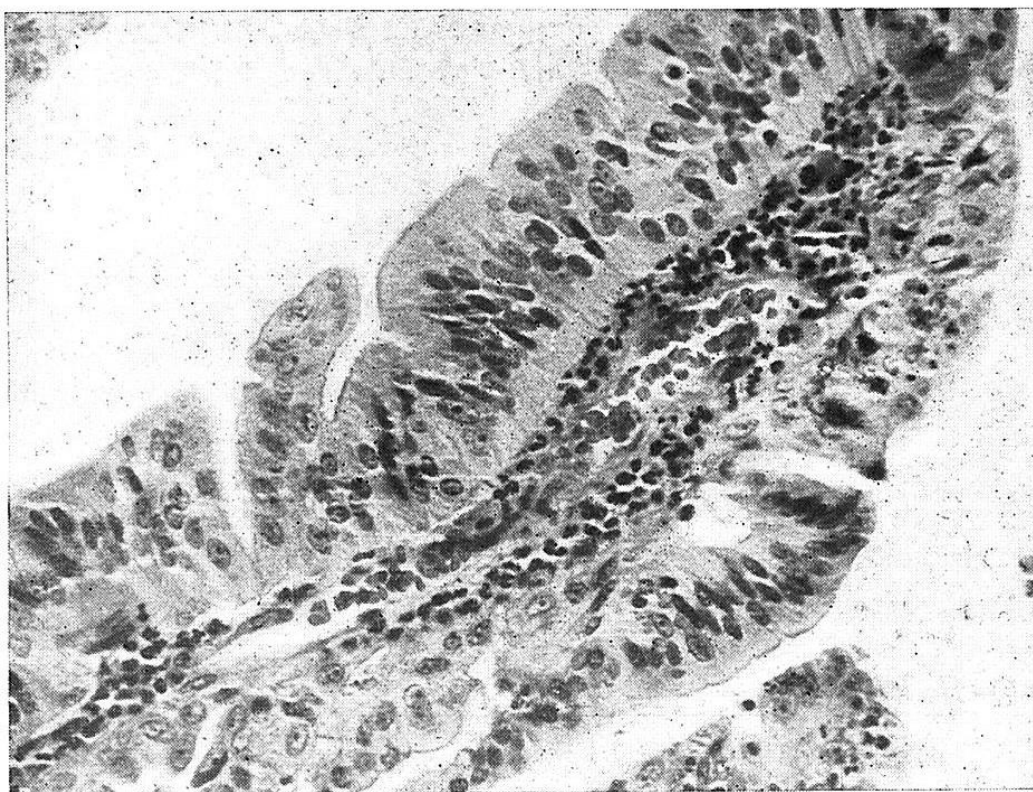


Fig. 2 — Detalhe de uma projeção papilífera, com pluriestratificação celular bem como hipercromasia nuclear. (HE, 10 x 40)

DISCUSSÃO ANATOMO-CLÍNICA

ALFREDO ABRÃO — Havia fístula pancreática e metástase hepática?

JESUS CARLOS MACHADO — Existiam abscesso pancreático e um nódulo metastático único e volumoso no fígado.

FERNANDO GENTIL — Quais as características da fístula jejunal?

JESUS CARLOS MACHADO — Havia um

amplo trajeto fistuloso do jejuno, localizado no hipocôndrio direito.

HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — Qual o tipo de hepatite?

JESUS CARLOS MACHADO — Tratava-se de colangio-hepatite.

JOSÉ RAMOS JUNIOR — Não concordo com a "causa mortis" dada pois creio que a morte desse paciente se deu por distúrbio metabólico.