

Obstrução duodenal maligna: tratamento endoscópico paliativo utilizando prótese metálica autoexpansível

ADRIANA COSTA¹, EDUARDO TOMOHISSA YAMASHITA¹, WAGNER TAKAHASHI¹, MARCELO PEROSA², TÉRCIO GENZINI²

¹ Centro Avançado de Endoscopia Diagnóstica e Terapêutica – Hospital Santa Helena, São Paulo, SP, Brasil

² Grupo HEPATO, São Paulo, SP, Brasil

Trabalho realizado no Centro Avançado de Endoscopia Diagnóstica e Terapêutica, Hospital Santa Helena, São Paulo, SP, Brasil

Correspondência para: Eduardo Tomohissa Yamashita – Av. Doutor Altino Arantes, 1300/124, Torino, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil – edutomo@gmail.com

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

O carcinoma do processo uncinado do pâncreas (CPUP) é responsável por até 10% de todos os casos de carcinomas pancreáticos (CP)¹. As manifestações clínicas são geralmente tardias, resultando em diagnóstico em estágio avançado da doença ou metástase. O tratamento cirúrgico consiste na pancreatoduodenectomia, com taxas de mortalidade e morbidade de, respectivamente, 1% a 4% e 20 a 40%²; entretanto, em consequência da íntima relação do processo uncinado com as veias mesentéricas e retroperitônio, o CPUP apresenta menor ressecabilidade e pior prognóstico se comparado aos outros carcinomas de cabeça de pâncreas equivalentes. A obstrução duodenal é uma das complicações do CP avançado, presente em aproximadamente 10% a 20% dos pacientes³, causando náuseas, vômitos e caquexia. A abordagem cirúrgica por gastrojejunostomia (GJ) para alívio da obstrução está indicada em casos de melhor prognóstico e expectativa de vida⁴. Dessa maneira, a colocação endoscópica de próteses metálicas autoexpansíveis (PMAE) pode ser alternativa paliativa para pacientes graves com doença avançada, apresentando resultados satisfatórios, além de ser menos invasiva do que o método cirúrgico de restituição da luz do trato gastrointestinal.

OBJETIVO

Relatar um caso de paciente com CPUP avançado em que foi empregada a colocação de PMAE via endoscópica para tratamento de obstrução duodenal maligna.

RELATO DE CASO

Mulher, 91 anos, portadora de tumor avançado em topografia de processo uncinado de pâncreas, com crescimento externo para região inferior, levando à obstrução total da luz intestinal, em nível de terceira porção duodenal. Seriografia de esôfago, estômago e duodeno (EED), sem evidência de passagem de contraste a partir da terceira porção duodenal, com importante dilatação de alças a montante. Realizada endoscopia digestiva alta, sob sedação profunda e com suporte anestésico, utilizando-se videocolonoscópio

e fluoroscopia. Após observação endoscópica da obstrução, foi realizada cateterização da luz intestinal com fio-guia e cateter-balão extrator de cálculos. Após passagem de prótese autoexpansível duodenal *Evolution* (COOK Medical), parcialmente recoberta, 9 cm de extensão, locada através do seguimento estenosado, observou-se desobstrução imediata do trato digestivo (Figura 1). Fluoroscopia imediatamente após a passagem endoscópica da prótese mostrou expansão parcial da mesma no local correspondente à obstrução (Figura 2). EED realizada 24 horas após o procedimento revelou restituição da luz e passagem adequada de contraste através do segmento dilatado, além de maior expansão da prótese (Figura 3).

DISCUSSÃO

O CP apresenta alta taxa de mortalidade já que até 85% dos pacientes apresentam tumores irressecáveis em razão da invasão metastática de estruturas adjacentes⁵. Pacientes diagnosticados com CP em topografia de processo uncinado

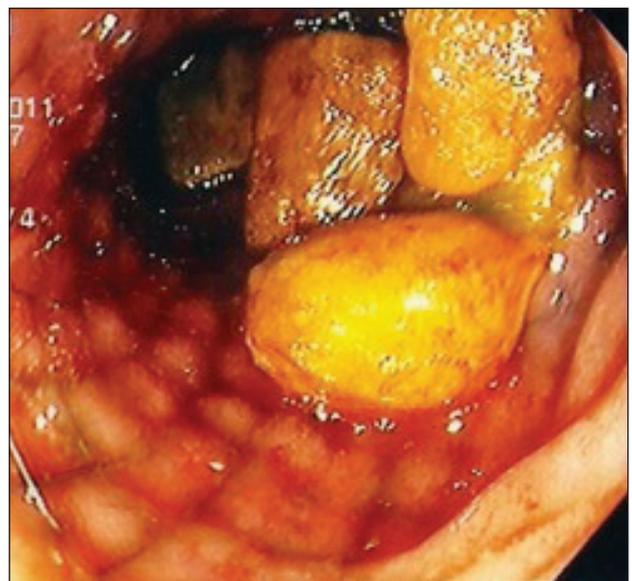


Figura 1 – Imagem endoscópica logo após a passagem da prótese. Identifica-se malha metálica da extremidade proximal da prótese, permitindo desobstrução parcial e progressão dos restos alimentares pela luz intestinal.

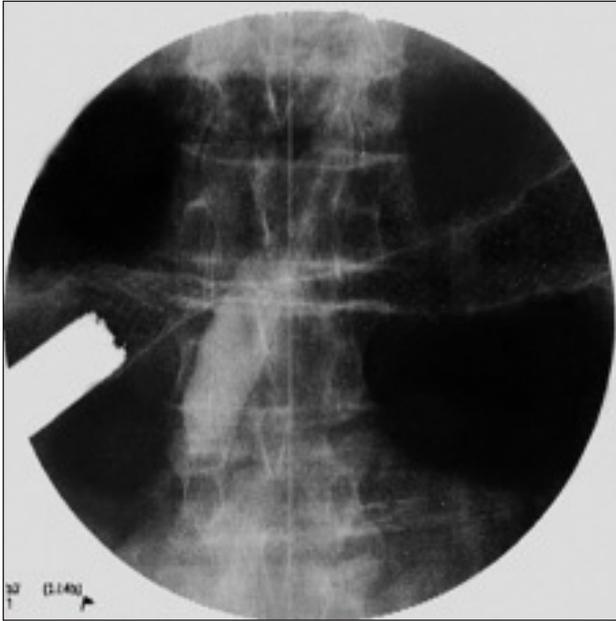


Figura 2 – Imagem radiológica imediatamente após a passagem da prótese sob fluoroscopia. Nota-se expansão parcial da mesma no local correspondente à obstrução.



Figura 3 – Imagens radiológicas 24 horas após passagem da prótese. Nota-se maior expansão da mesma, permitindo passagem adequada de contraste pelo segmento dilatado.

possuem sobrevida média de apenas cinco meses e pior prognóstico que outros tipos de CP^{6,7}. Nesse contexto, a colocação de próteses metálicas tem como objetivo melhorar a qualidade de vida em casos inoperáveis e aliviar os sintomas das complicações do CPUC avançado, como obstrução intestinal e icterícia, presente em 90% dos pacientes com CP⁸. A palição da obstrução intestinal através deste método dispensa o emprego de nutrição por sonda nasoentérica ou GJ, desconfortáveis aos pacientes, principalmente aqueles em fase terminal. A colocação de PMAEs duodenais apresenta taxa de sucesso de 92% a 100% e raras complicações graves, como migração do *stent* e perfuração da parede duodenal. Em comparação com a gastrojejunostomia, a colocação de próteses apresenta menor tempo de hospitalização, intervalo de tempo para reintrodução de dieta, mortalidade e custo⁹⁻¹¹.

CONCLUSÃO

Embora precise ser realizada por um endoscopista experiente, a colocação de PMAE mostra ser um método seguro e eficaz para restabelecimento do trato gastrointestinal após obstrução maligna causada por tumor pancreático avançado, garantindo melhor qualidade de vida para pacientes com expectativa de vida restrita consequente à agressividade da doença.

REFERÊNCIAS

1. O'Sullivan AW, Heaton N, Rela M. Cancer of the uncinate process of the pancreas: surgical anatomy and clinicopathological features. *Hepatobiliary Pancreas Dis Int.* 2009;8:569-74.
2. Alexakis N, Halloran C, Raraty M, Ghaneh P, Sutton R, Neoptolemos JP. Current standards of surgery for pancreatic cancer. *Br J Surg.* 2004;91:1410-27.
3. Das A, Sivak MV Jr. Endoscopic palliation for inoperable pancreatic cancer. *Cancer Control.* 2000;7:452-7.
4. McLoughlin MT, Byrne MF. Endoscopic stenting: where are we now and where can we go?. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3798-803.
5. Yeo CJ. Pancreatic cancer: update. *J Am Coll Surg* 1998;187:429-42.
6. Birk D, Schoenberg MH, Gansauge F, Formentini A, Fortnagel G, Beger HG. Carcinoma of the head of the pancreas arising from the uncinate process. *Br J Surg.* 1998;85:498-501.
7. Suzuki T, Kuratsuka H, Uchida K, Matsumoto Y, Honjo I. Carcinoma of the pancreas arising in the region of the uncinate process. *Cancer.* 1972;30:796-800.
8. Engelken FJ, Bettschart V, Rahman MQ, Parks RW, Garden OJ. Prognostic factors in the palliation of pancreatic cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2003;29:368-73.
9. Maetani I, Tada T, Ukita T, Inoue H, Sakai Y, Nagao J. Comparison of duodenal stent placement with surgical gastrojejunostomy for palliation in patients with duodenal obstructions caused by pancreaticobiliary malignancies. *Endoscopy.* 2004;36:73-8.
10. Hosono S, Ohtani H, Arimoto Y, Kanamiya Y. Endoscopic stenting versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastroduodenal obstruction: a meta-analysis. *J Gastroenterol.* 2007;42:283-90.
11. Siddiqui A, Spechler SJ, Huerta S. Surgical bypass versus endoscopic stenting for malignant gastroduodenal obstruction: a decision analysis. *Dig Dis Sci.* 2007;52:276-81.