

ADENOMA VILOSO DA AMPOLA DE VATER

AMPOLLA OF VATER'S BENIGN VILLOUS ADENOMA

Julio Cesar Wiederkehr, TCBC-PR¹

Julio Cesar Uili Coelho, TCBC-PR²

Marcos Fabiano Sigwalt³

Aissar Eduardo Nassif⁴

INTRODUÇÃO

Os tumores benignos da Ampola de Vater são raros, com aproximadamente quarenta casos descritos em toda a literatura.¹⁻⁴ Em 1895, Calzavara apresentou a primeira descrição de um papiloma benigno de ampola de Vater. Dentre estes tumores já descritos estão: lipomas, linfangiomas, carcinóides, hemangiomas, leiomiofibromas, e tumores neurogênicos.^{1,2}

O adenoma viloso, contudo, permanece como o mais freqüente, possuindo como sinônimos: polipose viloglandular, polipose adenomatosa, adenoma papilar, adenomioma, polipose fibroepitelial.^{4,5} Estudos de necrópsia demonstraram uma incidência em torno de 0,04% a 0,12%, sendo por isto raramente lembrado no diagnóstico diferencial das lesões do confluente bilio-pancreático.¹ Entre os achados clínicos mais comumente associados temos cólica biliar, sangramento gastrointestinal, icterícia obstrutiva e pancreatite.^{2,4} Alguns autores acreditam na existência de um caráter pré-maligno, considerando que a degeneração maligna ocorre em 30% a 40% dos casos.^{1,4,5} O adenoma da ampola de Vater acomete com maior freqüência mulheres, numa faixa situada entre a 5ª e 7ª décadas, estando muitas vezes associado à polipose colônica.¹ Uma vez que é uma patologia rara com potencial maligno e localização anatômica crítica, o tratamento é ainda controverso, persistindo a dúvida quanto à conduta cirúrgica mais adequada, ressecção local ou duodenopancreatectomia.²

RELATO DO CASO

D.F., 37 anos, sexo feminino, branca, foi admitida no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas – Curitiba, Brasil. Apresentava queixa de três meses, com dor tipo cólica localizada em hipocôndrio direito, de

caráter intermitente, e que há 45 dias apresentou quadro de icterícia progressiva com colúria e acolia fecal. Relatou episódios de febre (38°C) intermitente nas duas últimas semanas, associado com emagrecimento de 10kg nos últimos trinta dias. Ao exame físico encontrava-se icterícia, sendo que o exame abdominal nada revelava de anormal.

A investigação laboratorial apresentava níveis séricos de bilirrubina direta de 4,8mg/dl, indireta de 0,54mg/dl, e total de 5,34mg/dl; transaminases AST 162 U/L, ALT 188 U/L, e um tempo de protrombina de 13,5 segundos para um controle de 12 segundos. A ultra-sonografia revelou fígado de contornos regulares e ecotextura homogênea, vesícula biliar com capacidade aumentada, colédoco com diâmetro aumentado e dilatação das vias biliares intra-hepáticas com imagem hipocóica em cabeça pancreática.

A tomografia computadorizada de abdome revelava discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do ducto colédoco, distensão de vesícula biliar, porém sem evidências de processo expansivo. A paciente foi submetida à colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (Figura 1) que revelou uma grande formação vegetante de aspecto verrucoso, friável em topografia de papila duodenal. As biópsias colhidas foram negativas para malignidade. Realizada colonoscopia que mostrou raros divertículos em cólon esquerdo.

A paciente foi encaminhada à cirurgia na qual foram observadas duas lesões polipóides vegetantes com aspecto em couve-flor em segunda porção de duodeno. A primeira, sésil, medindo aproximadamente 2,0 cm de diâmetro sobre a papila duodenal e a outra, pediculada, com 4,0 cm de diâmetro, localizada em terceira porção duodenal. Procedeu-se à exeresse completa das lesões, com biópsia de congelamento que revelou adenoma tubular com displasia moderada e margem pedicular livre. Em associação à exeresse, realizou-se esfínteroplastia transduodenal. A paciente evoluiu bem, recebendo alta no

1. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo – UFPR.

2. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo – UFPR.

3. Médico Residente em Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da UFPR.

4. Acadêmico do 6º ano da Faculdade de Medicina da UFPR.

Recebido em 8/6/98

Aceito para publicação em 5/10/98

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

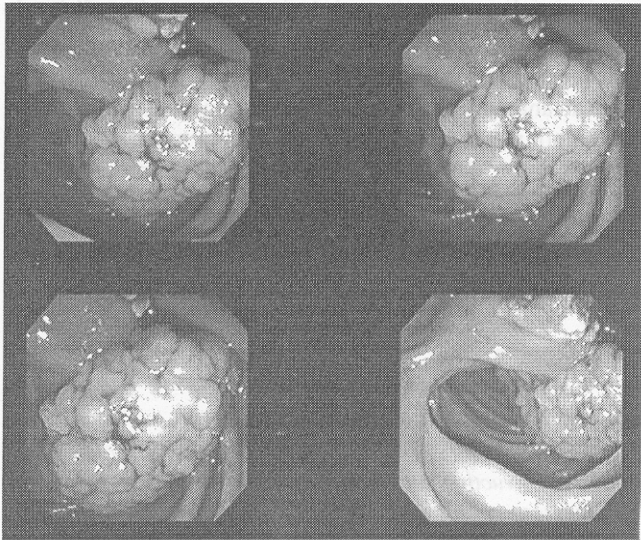


Figura 1 – CPER demonstrando lesão tumoral com 2cm em topografia de ampola de Vater

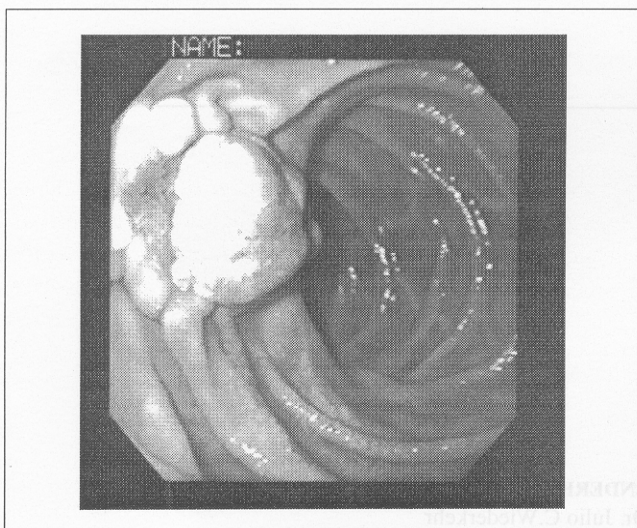


Figura 2 – Endoscopia digestiva alta revelando recidiva da lesão

oitavo dia de pós-operatório. O laudo definitivo da patologia não revelou discordância com o laudo peroperatório.

Dois meses após a cirurgia, a paciente reiniciou com um quadro de dor tipo pontada em região de flanco direito com irradiação para região lombar. Realizada nova endoscopia (Figura 2), demonstrou recidiva da lesão, apresentando-se como uma lesão vegetante de 2cm em segunda porção duodenal, cujo resultado das biópsias colhidas foi adenoma tubular com atipias discretas. A paciente foi submetida a duodenopancreatectomia (operação de Whipple). Apresentou boa evolução no pós-operatório, tendo recebido alta hospitalar no oitavo dia. Nesta ocasião o laudo da patologia demonstrou um adenoma com displasia de alto grau.

A paciente evolui bem e se encontra assintomática em acompanhamento no serviço, tendo sido realizados novos

exames (endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada), que demonstraram um colédoco visível dentro dos limites da normalidade, sem evidências de massa em topografia de duodeno ou cabeça de pâncreas.

DISCUSSÃO

Pela sua baixa incidência, os tumores benignos adenomatosos da papila raramente levantam suspeitas dentro do diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva ou de hemorragia digestiva alta.^{1,2,4} Para efeito didático são englobados nos tumores duodenais.

Grande parte destes pacientes é assintomática na fase inicial do tumor e, com o crescimento tumoral, quase a totalidade dos pacientes passa a desenvolver icterícia obstrutiva flutuante associada a cólicas biliares.¹ Pancreatite e hemorragia digestiva alta também são relatados.^{2,4} No presente caso a paciente apresentava-se com icterícia obstrutiva flutuante associada a dor em hipocôndrio direito. Devido a vários relatos da associação entre adenomas duodenais e colônicos, é recomendável a realização de enema opaco ou colonoscopia. A colangiopancreatografia endoscópica retrógrada é o principal procedimento diagnóstico para tumores ampulares, pois permite a avaliação dos ductos colédoco e pancreático acompanhada com biópsia das lesões.

Fatores associados com uma maior probabilidade de transformação maligna dos adenomas incluem: tamanho da lesão – os tumores maiores têm maior chance de abrigar adenocarcinomas; tipo histológico – os carcinomas são mais frequentes no tipo viloso; localização – as lesões ampulares são mais propensas a terem carcinomas do que as demais localizadas no duodeno e delgado; e os tumores multicêntricos têm maior chance de malignização.

Não existe consenso na literatura sobre a melhor forma de tratamento cirúrgico: ressecção local (endoscópica, ampulectomia ou através de duodenotomia) ou ressecção por duodenopancreatectomia.^{2,3}

Uma vez que estudos mostram que 30% a 40% destes tumores apresentam degeneração maligna após a ressecção local, faz-se necessário um acompanhamento ambulatorial rigoroso, no sentido de detectar qualquer indício de recidiva local ou malignização.¹

Ryan et al⁴ relatam incidência de 63% de carcinoma invasivo ou “in situ” em 19 pacientes com adenoma viloso. A abordagem preferível para o tumor viloso é a duodenopancreatectomia, devido à possibilidade de erro diagnóstico na biópsia endoscópica ou de congelação e pelas altas taxas de recidiva. Entretanto, é um procedimento com taxa de mortalidade considerável, justificado apenas nos pacientes com baixo risco cirúrgico e naqueles com alta chance de recidiva local.^{2,3}

Uma vez que se trata de uma afecção rara, a conduta de tratamento é objeto de grande discussão. Aceita-se que a exérese local seja instituída, quando se tratar apenas de um pro-

cesso benigno. Na maioria das vezes é impossível afirmar com segurança, uma vez que é alta a incidência de biópsias falso negativas.

Portanto, cabe ao cirurgião pesar o risco de uma cirurgia agressiva, como a duodenopancreatectomia, e um procedimento menos radical, que poderá deixar um tumor que poderia ser totalmente excisado. O consenso geral, com a experiência que se possui, indica que na presença de um carcinoma invasor deve-se sempre optar pela duodenopancreatectomia exce-

to nos casos em que o risco cirúrgico supere os benefícios do procedimento. Nas lesões que se mostrarem benignas numa abordagem primária, caberá ao cirurgião, de acordo com a situação anatômica e localização da mesma, determinar a forma melhor para que se retire o tumor com margens de segurança precisas. Quando as margens não puderem ser obtidas, ou apresentar recidiva da lesão, deve-se optar pela duodenopancreatectomia, exceto se houver algum fator que impeça tal procedimento.³

ABSTRACT

The aim of this paper is to present a case of a 37-year-old female patient with a benign tumor of the Ampulla of Vater and a brief review of the literature. The patient presented with progressive obstructive jaundice and weight loss due to the presence of two adenomas of the second portion of duodenum. Laboratory tests confirmed the presence of obstruction of the biliary tree. Ultrasound and CT scan of the abdomen revealed bile duct dilatation. ERCP showed a tumor at the site of the Ampulla of Vater. The biopsies revealed tubular adenoma. She was submitted to local resection of the tumors and sphincteroplasty, since the frozen biopsy at the time of surgery showed no malignancy. During the post-operative follow-up she presented recurrence of symptoms. An upper GI endoscopy revealed a tumor at the Ampulla of Vater. She was then submitted to Whipple procedure with an uneventful recovery.

Key Words: Ampulla of Vater; Adenoma; Duodenum neoplasm.

REFERÊNCIAS

1. Alves Júnior A, Costa OM, Couto MJAA, et al – Adenoma viloso de ampola de Vater. *Rev Hosp Clin Med S Paulo* 1994;49(6): 256-8.
2. Brandes JL, Sharp KW – Local resection of tumors of the ampulla of Vater. *Am Surg* 1990;56(4):214-7.
3. Browder W, Gray G – Villous tumors of the ampulla of Vater: local resection versus pancreatoduodenectomy. *South Med J* 1989; 82 (7):917-20.
4. Ryan DP, Schapiro RH, Warshaw AL – Villous tumors of the duodenum. *Ann Surg* 1986;203(3):301-6.
5. Pyertek LJ, Rosenberg J, Towbridge P, et al – Benign villous adenoma of the ampulla of Vater. *Cancer* 1986; 58:1.563-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Julio C. Wiederkehr
Travessa Rafael F. Greca, 120/601
80620-150 – Curitiba-PR