

# ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO

## ADENOCARCINOMA OF THE SMALL INTESTINE

JOSÉ DE PAULA FARIA NETO<sup>1</sup>, HÉLCIO KAZUHIRO WATANABE<sup>2</sup>

1. Médico Residente de Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer; 2. Médico, Coordenador de Residência Cirurgia Geral da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer.

\* PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Araçongas, Paraná, Brasil. CEP: 86702-000 [biblioteca@hospitaljoaodefretas.com.br](mailto:biblioteca@hospitaljoaodefretas.com.br)

Recebido em 21/09/2015. Aceito para publicação em 25/11/2015

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar um caso de adenocarcinoma de delgado, sendo uma condição rara e maligna. Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma de delgado, diagnosticado há um ano, por meio de estudo de imagem radiológica (tomografia computadorizada), e confirmado por histopatológico da peça ressecada. Fato ocorrido em um paciente do sexo feminino com idade de 67 anos. O paciente consultou em nosso serviço de cirurgia com queixa de suspeita de suboclusão intestinal. Durante o exame físico, observou abdome distendido, doloroso a palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com parada de eliminação de fezes e flatos. Exames laboratoriais sem alteração. A paciente foi encaminhada para o serviço de exame de imagem onde foi realizado (RX, Ultrassonografia e TC de abdome), onde através da tomografia revela uma área de estenose em região de intestino delgado. Posteriormente foi realizada uma laparotomia exploradora com ressecção da área comprometida, mantendo uma margem de segurança, com realização de uma anastomose latero-lateral em dois planos. O histopatológico confirmou um quadro de adenocarcinoma de delgado. O diagnóstico radiológico nesses casos, raramente é confirmado por radiologistas e cirurgiões antes do procedimento cirúrgico e histopatológico. Por conseguinte, é importante considerar essa lesão no diagnóstico diferencial, para evitar condutas equivocadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Raridade, intestino delgado, evolução

### ABSTRACT

This study aims to report a case of adenocarcinoma of slender, with a rare and malignant condition. The authors present a case of small bowel adenocarcinoma, diagnosed a year ago, through radiological imaging studies (computed tomography), and confirmed by histopathology of the resected specimen. This occurred in a female patient aged 67 years. The patient consulted in our surgery service complaining of suspected subileus. During the physical examination revealed distended abdomen, painful palpation without signs of peritoneal irritation, and elimination of feces and flatus stop. Laboratory tests unchanged. The patient was referred for imaging test service which was performed (RX, ultrasound and CT of the abdomen), where through tomography reveals a stenosis area of the small

intestine region. Subsequently, a laparotomy with resection of the affected area was carried out while maintaining a safety margin with performing a lateral-side anastomosis in two planes. Histopathological confirmed a slender adenocarcinoma frame. The radiological diagnosis in these cases, is rarely confirmed by radiologists and surgeons before the surgical procedure and histopathological. It is therefore important to consider this injury in the differential diagnosis, to avoid misleading conduct.

**KEYWORDS:** Rarity, small intestine, evolution

### 1. INTRODUÇÃO

O Adenocarcinoma de intestino delgado é raro, responsável por 0,4% dos tumores que acometem o ser humano. Faz parte do grupo dos tumores neuroendócrinos, cujas células de origem são integrantes do sistema APUD (*amino precursor uptake and decarboxylation*), portanto, podem ser encontrados em qualquer parte do corpo humano. É uma lesão maligna, de crescimento lento, que tem predomínio no gênero masculino, raça negra, com idade média de 56 anos, localizada mais frequentemente no trato gastrointestinal (60-80% dos casos)<sup>1</sup>.

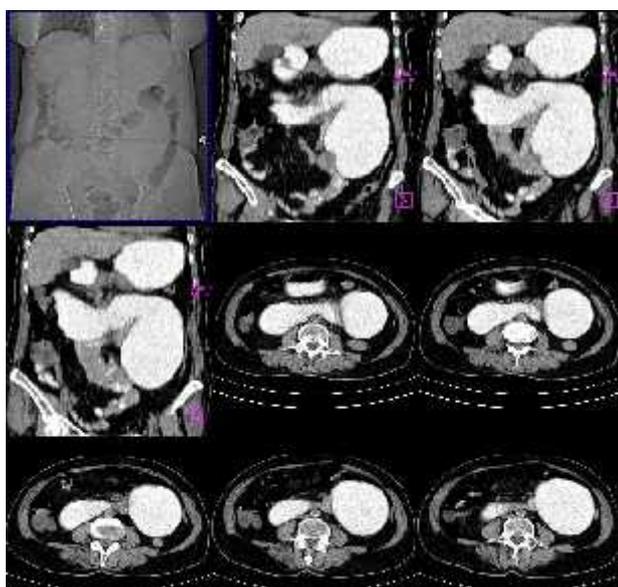
O presente trabalho descreve um Adenocarcinoma de intestino delgado, diagnosticado por meio de TC de abdome, e confirmado com histopatológico da peça anatômica.

### 2. RELATO DE CASO

G.C.F., gênero feminino, 67 anos, branca, casada, natural de Natércia e procedente de Apucarana-PR, foi atendida no pronto socorro do Hospital Regional João de Freitas, com histórico de náuseas, vômitos em dias alternados, perda de peso de 10 kg em cinco meses associada a parada de eliminação de flatos e fezes há cinco dias. A paciente não relatava cirurgia abdominal previa. Há quatro meses faz uso de omeprazol devido diagnóstico de gastrite evidenciado em endoscopia digestiva alta, mas sem melhora do quadro. Paciente hipertensa controlada com uso de medicação anti-hipertensiva. Apresenta glaucoma em tratamento.

No exame físico apresenta um abdome moderadamente distendido, ruídos hidroaéreos ausente, percussão timpânica, sem sinais de irritação peritoneal e sem tumefações palpáveis. Os exames iniciais revelam um HMG (Hb = 10,8; Ht = 32; leuco = 7.500; bast = 1%; Seg = 79%; Plaq = 183.000); Creatinina = 1,7; Ureia = 80; Glicose = 113; TAP = 12,8; INR = 1,11; Sódio = 146, Potássio = 3,9.

A radiografia simples de abdome demonstrou distensão de alças, com nível hidroaéreo, e presença de ar no reto. O estudo tomográfico revelou uma importante distensão líquida e gasosa das alças de intestino delgado, com área de redução focal do lúmen, em porção de intestino delgado, com plastrão de permeio de processo inflamatório focal inespecífico com pequena área de ascite.



**Figura 1.** TC evidenciando importante distensão líquida e gasosa das alças do intestino delgado, com área de redução focal do lúmen a nível de intestino delgado.

Diante dos achados, a equipe optou por realização de uma laparotomia exploratória, onde ao abrir a cavidade foi realizada uma inspeção minuciosa e foi identificado uma massa a nível de intestino delgado, aproximadamente 30 cm do ângulo de Treitz. Sendo uma lesão de aproximadamente 5,0 x 4,0 cm de caráter anular constritiva, além de sinais de inflamação Peri circular.

A conduta adotada foi ressecção da área comprometida mantendo uma área de margens livres. Foi então realizada uma enterectomia mais anastomose latero-lateral em dois planos, com retirada da área comprometida mantendo margens livres.

O histopatológico da peça revelou: ADENOCARCINOMA TUBULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO, medindo 4,5 x 3,5 cm, infiltrado neoplásico de toda a parede até subserosa, invasão angiolímfática presente, margens cirúrgicas livres, presença de metástase

em 4 de 12 linfonodos Peri cólicos dissecados, com estadiamento patológico pT3, pN2.

### 3. DISCUSSÃO

Somente 1% dos tumores do corpo humano acomete o intestino delgado. Os tipos mais freqüentes são adenocarcinoma (40%), e neuroendócrino ou carcinoides (30%)<sup>2,4</sup>. Atualmente esses tumores têm gerado interesse, já que cerca de 90% dos casos evoluem com dificuldade diagnóstica pré-operatória, o que se justifica pela baixa especificidade dos exames habitualmente empregados para estudos de intestino médio e pela apresentação sintomática inespecífica na maioria dos pacientes.

Os principais sítios acometidos são trato gastrointestinal (60-80%), respiratório, geniturinário e tecido das partes moles. Acreditava-se que o apêndice era o principal sítio do tubo digestivo, entretanto, atualmente o intestino delgado é o mais afetado. Outros locais são reto e estomago.

O tumor pode apresentar-se com quadro clínico abrupto causado por obstrução ou sangramento digestivo, ou com quadro clínico insidioso caracterizado por secreção tumoral de hormônio vasoativo, ou também com sintomas diversos mal definidos.

O comportamento biológico desse tipo de tumor dificulta o prognóstico, uma vez estabelecido o diagnóstico histopatológico. Em 2004, associaram a sobrevida ao retardo do diagnóstico clínico do paciente<sup>1,2</sup>.

O prognóstico de sobrevida é determinado pelo tamanho tumoral no momento do diagnóstico e pelo grau de disseminação local ou à distância. Paciente com Adenocarcinoma de delgado localizado, tem uma sobrevida em cinco anos de 94%, que se reduz para 18% nos casos de tumor disseminado. Em adenocarcinomas de delgado menores de 1 cm, o potencial de metástase ao diagnóstico é de 18%.

Sua ressecção deve respeitar princípios oncológicos, particularmente as margens, para deixar as bordas livres do acometimento tumoral. O acometimento do intestino delgado deve ser acompanhado de dissecação do mesentério correspondente e se necessário, ressecção ampliada se houver acometimento linfonodal. O acometimento mesentérico deve exigir atenção para a não interrupção do fluxo arterial da artéria mesentérica superior, o que pode levar a desvascularização de grande parte do intestino delgado e grosso.

### 4. CONCLUSÃO

A relevância do tema e o motivo para sua descrição radicam não somente a dificuldade para sua abordagem diagnóstica, mas para enfatizar a importância de inclusão em diagnósticos diferenciais para pacientes com sintomas suboclusivos sem história previa de cirurgias abdominais, evitando-se condutas equivocadas.

## REFERÊNCIAS

---

- [1]. Toth-Fegel S, Pommier R. Relationships among delay diagnosis, extent of disease and survival in patients with abdominal carcinoid tumors. *Am J Surg.* 2004; 187:575-9.
- [2]. De Vita, Vicent T. JR, Hellman Samuel, Rosenberg Steven A. *Cancer Principles e Practice of Oncology* 7 th Edition. 2006; 1035-1046.
- [3]. Norton J, Randal R, Chang A. *Surgery: basic science and clinical evidence.* Willard OH: Springer; 2000; 636-37, 919-53.
- [4]. Makridis C, Öberg K Junhlin C. Surgical treatment of mid-gut Tumors. *World J Surg.* 1990; 14:377-83
- [5]. Sutcliffe R, Maguire D, Ramage J, Rela M, Heaton N. Management of neuroendocrine liver metástases. *Am J Surg.* 2004; 187:39-46.
- [6]. Fernandes LC, Pucca L, Matos D. Diagnóstico e tratamento de carcinoides do trato digestivo. *Ver Assoc Med Brs.* 2002; 48:87-92.