

ÚLCERA DUODENAL APRESENTADA CLINICAMENTE COMO CÂNCER DE PÂNCREAS

Marcel Autran Cesar Machado, José Jukemura, Dorival Carlucci Jr, Telesforo Bacchella, José Eduardo M. da Cunha, Manoel S. Rocha, Marcel Cerqueira Cesar Machado e Henrique Walter Pinotti.

MACHADO, M.A.C. e col. - Úlcera duodenal apresentada clinicamente como câncer de pâncreas. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 49(2): 76-78, 1994

RESUMO: Os autores apresentam o relato de um paciente de 57 anos, sexo masculino que foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com diagnóstico de neoplasia de cabeça de pâncreas que durante a cirurgia mostrou tratar-se, na realidade, de úlcera duodenal terebrante em cabeça de pâncreas com ausência de neoplasia pancreática.

Tendo em vista as consequências que o erro diagnóstico poderia produzir por causa das diferenças do tratamento cirúrgico, os autores apresentam uma revisão bibliográfica sobre as dificuldades diagnósticas pré-operatórias..

DESCRITORES: Úlcera duodenal. Tumor de pâncreas. Tomografia computadorizada

A relação de proximidade entre o duodeno e cabeça do pâncreas favorece o comprometimento de ambos em patologias benignas ou malignas destes dois órgãos¹³. Essa possibilidade acarreta uma dificuldade no diagnóstico de massa em cabeça de pâncreas. A tentativa de distinção pré-operatória entre o câncer do pâncreas e pancreatite crônica tem sido objeto de estudo em várias oportunidades^{2,4,6,14}.

Estudos ultrasonográfico e tomográfico computadorizado demonstraram que a presença de uma massa inflamatória em topografia de cabeça de pâncreas pode ser indistinguível do câncer do pâncreas³. Além disso, os achados vistos na colangiopancreatografia anteriormente considerados diagnóstico de neoplasia pancreática, têm sido demonstrados em pacientes com pancreatite crônica.

Este trabalho tem a finalidade de relatar um caso de paciente com úlcera duodenal terebrante em pâncreas cujo diagnóstico pré-operatório foi de neoplasia pancreática e discutir as dificuldades para o diagnóstico pré-operatório.

DESCRIÇÃO DO CASO

J.E., sexo masculino, 57 anos, cor branca, procurou o Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com história de dor epigástrica incomum há 7 meses, acompanhado de empachamento pós-prandial, vômitos alimentares e com emagrecimento de 18 Kg no período. Fez uso de antiácido com melhora parcial do quadro. No exame físico, apresentava-se em regular estado geral, descorado e muito emagrecido. Os exames laboratoriais revelaram somente hipoalbuminemia (3,2 g/dL). Foram realizados esofagogastroduodenoscopia com os seguintes achados: esofagite erosiva, estômago e duodeno até segunda porção normais. A ultrasonografia de abdome mostrava massa de 7 cm de diâmetro em topografia de cabeça de pâncreas sem dilatação das

vias biliares intra e extra-hepáticas. A tomografia computadorizada do abdome revelou estômago dilatado e presença de massa em região de processo uncinado, com cerca de 4,5 cm de diâmetro, de contornos irregulares.

Com a hipótese diagnóstica de neoplasia de cabeça de pâncreas, foi submetido a laparotomia para realização de duodenopancreatetectomia. Durante a cirurgia foi constatada tumoração em pâncreas de características inflamatórias, o duodeno foi examinado e verificou-se espessamento da parede do mesmo. O duodeno foi aberto e verificou-se mucosa redundante recobrendo úlcera que penetrava no pâncreas. Este fato explicava a não visualização da úlcera pelo endoscopista. Várias biópsias do local foram feitas e enviadas ao exame de congelação que revelou tecido sem neoplasia maligna. Realizada hemigastrectomia com reconstrução à Billroth II. O paciente evoluiu bem, sem intercorrências no período pós-operatório imediato. No seguimento tardio, o paciente apresentou ganho ponderal significativo, com rápida recuperação do peso habitual,

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP.

estando bem após seis anos.

DISCUSSÃO

A tentativa de distinção pré-operatória entre o câncer do pâncreas e lesões de natureza benigna tem sido objeto de estudo em várias oportunidades, sem resultados definitivos^{2,4,14}.

Inúmeros testes realizados no pré-operatório, para o diagnóstico de câncer pancreático, apresentam índice de sensibilidade inferior a 80%³, e em alguns casos o diagnóstico diferencial com processos inflamatórios¹⁵.

Estudos progressos foram feitos com o intuito de diferenciar clínica e radiologicamente o carcinoma pancreático da pancreatite crônica. O marcador tumoral CA 19-9 tem sido utilizado com sucesso na diferenciação entre o câncer do pâncreas e pancreatite crônica, com índices de sensibilidade e especificidade de 83% e 96%, respectivamente¹¹. A determinação sérica de enzimas pancreáticas não é capaz de distinguir doenças malignas das benignas do pâncreas¹⁴.

Os dados obtidos na colangiopancreatografia endoscópica podem ser úteis na distinção entre câncer e pancreatite, entretanto o achado freqüente de alterações ductais determinadas pela associação de pancreatite e câncer pancreático, pode dificultar essa diferenciação. Sistemas de avaliação diag-

nóstica através da atribuição de pontos aos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos foram descritos na literatura para diferenciação entre o câncer do pâncreas e pancreatite crônica, com sensibilidade de 100% para pancreatite crônica e 96% para o câncer pancreático⁶.

A citologia pancreática é relativamente específica para o diagnóstico do câncer de pâncreas⁴, entretanto, quando realizada por punção percutânea, há possibilidade de implante cutâneo e peritonial de células neoplásicas^{17,19}. A colangiografia intra-operatória pode fazer a distinção entre as duas patologias⁸. No entanto, grande variabilidade das alterações radiológicas da forma, extensão e diâmetro do colédoco tem sido descrita nos pacientes com pancreatite crônica¹⁰.

O nosso paciente apresentava dor epigástrica incomum associada a emagrecimento extremamente significativo e massa em cabeça de pâncreas visualizada na tomografia de abdome, levando ao diagnóstico de neoplasia maligna de pâncreas. Outros exames como arteriografia e colangiopancreatografia somente são utilizadas, no nosso serviço, para os casos onde há dúvida diagnóstica. Neste relato, o paciente apresentava o perfil de um paciente portador de câncer pancreático, os exames de imagem não deixaram dúvida quanto à presença de tumoração em pâncreas e a

endoscopia não revelou alterações duodenais. Além disto o paciente não era etilista, o que nos fez descartar pancreatite crônica como diagnóstico diferencial.

No ato operatório, o cirurgião questionou o diagnóstico inicial, devido às características palpáveis da tumoração encontrada em pâncreas, o que determinou a duodenotomia e as biópsias intra-operatórias e o diagnóstico definitivo, apesar da endoscopia digestiva não mostrar doença ulcerosa ativa, provavelmente devido a presença de mucosa redundante que cobria o orifício ulceroso. A análise anátomo-patológica posterior revelou úlcera duodenal confirmando o exame de congelação.

Não encontramos, na literatura, relato anterior de paciente com massa em topografia de cabeça de pâncreas resultante de úlcera duodenal terebrante, como no caso aqui relatado, simulando câncer do pâncreas. A diferenciação entre massa pancreática de origem inflamatória e a de origem neoplásica, assume grande importância pois pode determinar decisão entre realizar uma cirurgia radical de grande morbidade, ou adotar procedimento de menor risco. Esta diferenciação é, muitas vezes, difícil de ser feita durante a intervenção cirúrgica, pois depende da experiência do cirurgião na caracterização da origem da massa encontrada no pâncreas.

SUMMARY

MACHADO, M.A.C. et al - Duodenal ulcer presented as a pancreatic cancer

A small fraction of solid mass in the head of the pancreas are inflammatory rather neoplastic in origin. The failure to recognize the true nature of a solid tumor in the head of pancreas may lead to an incorrect treatment strategy.

This is a report of a patient with clinical history of pancreatic cancer which computed tomography showed a mass in the head of the pancreas with radiologic characteristics of malignancy. The patient underwent exploratory laparotomy with the finding of a mass in the head of the pancreas. The inflammatory palpable characteristic of the mass led to a intraoperative biopsy to

confirm the preoperative diagnosis. With the benign result of the biopsy, the final diagnosis was duodenal ulcer which penetrates in the pancreatic parenchyma.

DESCRIPTORS: Pancreatic neoplasms. Duodenal ulcer. Computed tomography

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALTHAZAR, E.J. & CHAKO, A.C. - Computed tomography of pancreatic masses. *Am. J. Gastroenterol.* 85:343, 1990.
2. COURTNEY, C.N.; SIMEONE, J.F.; WITTENBERG, J.F.; MUELLER, P.R. & FERRUCCI Jr, J.T. - Inflammatory pancreatic masses. problems in differentiating focal pancreatitis from carcinoma. *Radiology* 150:35-38, 1984.
3. DiMAGNO, E.P.; MALAGELADA, J.R.; TAYLOR, W.F. & GO, V.L.W. - A prospective comparison of current diagnostic tests for pancreatic cancer. *N.Engl. J. Med.* 297:737, 1977.
4. HUNT, D.R. & BLUMGART, L.H. - Preoperative differentiation between carcinoma of the pancreas and chronic pancreatitis: the contribution of cytology. *Endoscopy* 14:171, 1982.
5. MANABE, T. & TOBE, T. - Progress in the diagnosis and treatment of pancreatic cancer. The Kyoto university experience. *Hepato-gastroenterol.* 36:431, 1989.
6. MONTEIRO DA CUNHA, J.E.; MACHADO, M.C.C., BACCHELLA, PENTEADO & HERMAN, P. - Diferenciação diagnóstica da colestase no câncer do pâncreas e na pancreatite crônica. *Rev. Ass Med. Brasil.* 37:181, 1991.
7. NEFF, C.C.; SIMEONE, J.F.; WITTENBERG, J.; MUELLER, P.R. & FERRUCCI Jr, J.T. - Inflammatory Pancreatic masses. Problems in differentiating focal pancreatitis from carcinoma. *Radiology* 150:35, 1984.
8. NIDERAU, C. & GREDELLE, J.H. - Diagnosis of chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 88:1973-5, 1985
9. ORMSON, M.J.; CHARBONEAU, J.W. & STEPHENS, D.H. - Sonography in patients with a possible pancreatic mass shown on CT. *Am. J. Radiol.* 148:551, 1987.
10. PETROZZA, J.A. & DUTTA, S.K. - The variable appearance of distal common bile duct stenosis in chronic pancreatitis. *J. Clin. Gastroenterol.* 7:447, 1985.
11. PIANTINO, P.; ANDRIULLI, A.; GINDRO, T.; PECCHIO, F.; MASOERO, G.; CAVALLINI, G.; NACARATO, R. & DOBRILLA, G. - CA 19-9 assay in differential diagnosis of pancreatic carcinoma from inflammatory pancreatic diseases. *Am. J. Gastroenterol.* 81:436, 1986.
12. PODOLSKY, D.K. - Serologic markers in the diagnosis and management of pancreatic carcinoma. *World. J. Surg.* 8:822, 1984.
13. RAIÁ, A.A.; GARRIDO JR, A.B. & MELLO, J.B. - Úlcera gastroduodenal. In: *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto*. RAIÁ, A.A. & ZERBINI, E.J. - 4a edição. São Paulo. Ed. Sarvier, 1988.
14. RALLS, P.W.; HALLS, J.; RENNER, I. & JUTTNER, H. - Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in pancreatic disease. A reassessment of ductal abnormalities in differentiating benign from malignant disease. *Radiology* 134:347, 1980.
15. REUBEN, A. & COTTON, P.B. - Operative pancreatic biopsy. A survey of current practice. *Ann. R. Coll. Surg.* 60:53-57, 1978.
16. SEAT, S.G. McCORMACK, L.R. & STRUM, W.B. - Ultrasonic scanning in diagnosis of pancreatic malignancy. *Gastroenterology* 70:963, 1976.
17. SMITH, F.P.; McDONALD, J.S.; SCHEIN, P.S. & ORNITZ, R.D. - Cutaneous seeding of pancreatic cancer by skinny needle aspiration biopsy. *Arch. Intern. Med.* 140:855, 1980.
18. WAPNICK, S.; HADAS, N.; PUROW, E. & GROSBERG, S.J. - Mass in the head of the pancreas in cholestatic jaundice. Carcinoma or pancreatitis? *Ann. Surg.* 5:587, 1979.
19. WARSHAW, A.L. - Cancer of the pancreas. Diagnosis and treatment. Round table. *Annals 2nd International Gastrointestinal Club Meeting*. Athens, 1990, p. 13.

