

## DUODENOPANCREATECTOMIA E HEMICOLECTOMIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE CÓLON AVANÇADO

### *PANCREATICODUODENECTOMY AND HEMICOLECTOMY IN THE TREATMENT OF ADVANCED COLON CANCER*

Eduardo Neubarth Trindade<sup>1,2</sup>, Luciano Ambrosini<sup>1</sup>,  
Vinicius von Diemen<sup>1,2</sup>, Manoel Roberto Maciel Trindade<sup>3</sup>

#### RESUMO

O tratamento das lesões neoplásicas localmente avançadas de cólon permanece um desafio pelo envolvimento e invasão de órgãos como o pâncreas e o duodeno. Apresentamos um caso de câncer de cólon avançado de um paciente submetido a colectomia direita associada a duodenopancreatectomia. No seguimento de cinco anos, o paciente permanecia livre de doença. Apesar da elevada morbidade, a ressecção multivisceral associada a quimioterapia adjuvante apresenta boa sobrevida e até mesmo cura em longo prazo.

**Palavras-chave:** Câncer de cólon; colectomia; cirurgia oncológica

#### ABSTRACT

The treatment of locally advanced neoplastic lesions of right colon remains a challenge due to the involvement and invasion of organs such as pancreas and duodenum. We report a case of advanced colon cancer of a patient that underwent right hemicolectomy in association with pancreaticoduodenectomy. The 5-year follow-up showed that the patient remained free of disease. Despite the high morbidity rate, multi-visceral resection associated with adjuvant chemotherapy seems to provide an increase in survival or even long-term cure.

**Keywords:** Colon cancer; colectomy; oncologic surgery

O câncer de cólon é o segundo tipo de neoplasia mais prevalente no mundo, após o câncer de mama, com estimativa de 945 mil casos novos a cada ano. É o segundo também em mortalidade, atrás apenas do câncer de pulmão<sup>1</sup>.

O câncer de cólon localmente avançado é causa importante de mortalidade e considerado em muitos centros como critério de irressuscitabilidade, ocorrendo principalmente no sigmoide e no reto, podendo invadir útero, bexiga e intestino delgado<sup>2,3</sup>. A expressão câncer colorretal localmente avançado é utilizada para os tumores que invadem ou se infiltram em órgãos vizinhos sem metástases à distância.

Quando aderidos ao duodeno proximal ou à cabeça do pâncreas, tumores de cólon direito localmente avançados representam um desafio que exige uma resolução cirúrgica complexa: duodenopancreatectomia associada a hemicolectomia direita<sup>3</sup>.

Objetivamos relatar um caso bem-sucedido de ressecção rara de câncer de cólon direito localmente avançado com boa sobrevida, mostrando a possibilidade de realização desse procedimento com sucesso pós-operatório e qualidade de vida para o paciente.

Clin Biomed Res. 2016;36(4):248-251

1 Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Programa de Pós-graduação em Cirurgia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

#### Autor correspondente:

Eduardo Neubarth Trindade  
eduardontrindade@yahoo.com.br  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre,  
Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo  
Rua Ramiro Barcelos, 2350.  
90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 61 anos, em avaliação por suspeita de neoplasia de cólon, queixou-se de dores abdominais com cólica de intensidade e frequência crescentes desde final de 2006, sem alterações no hábito intestinal; negou sangramentos, perda de peso ou histórico familiar de câncer. Foi submetido a colonoscopia, que evidenciou lesão infiltrativa próxima ao ângulo hepático, irregular, necrosada, ocupando a luz e não permitindo a progressão do aparelho. Exame anatomopatológico da biópsia mostrou lesão tubulovilosa do intestino grosso com displasia de alto grau. Tomografia computadorizada (TC) de tórax não apresentou evidências de lesão pulmonar significativa. TC de abdômen mostrou lesão de aproximadamente 14 cm no maior eixo, expansiva, heterogênea, com densidade de partes moles e com algumas áreas de necrose junto ao ângulo hepático, estendendo-se para duodeno e pâncreas, com contorno lobulado, irregular, e redução da luz do ângulo hepático (figura 1). Antígeno carcinoembriônico (CEA) de 12,4.

Foi submetido a laparoscopia, que identificou grande tumoração em ângulo hepático de cólon com aderências tumorais e infiltração na região posterior. Foi submetido a hemicolectomia direita e duodenopancreatectomia com reconstrução com anastomose pancreatojejunal terminolateral ductomucosa, anastomose gastrojejunal laterolateral, anastomose biliodigestiva terminolateral e anastomose ileocolônica laterolateral.

No pós-operatório, evoluiu com uma fistula biliopancreática, que foi resolvida após nutrição parenteral total e octreotida, tendo alta aos 21 dias.

O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou adenocarcinoma mucinoso ulcerado com extensa necrose invadindo a parede duodenal e o tecido pancreático, com infiltração da cabeça do pâncreas. Limites proximal e distal estavam livres, e havia metástase de adenocarcinoma em nove dos 22 gânglios isolados. Biópsia de linfonodo ganglionar duodenal mostrou metástase de adenocarcinoma mucinoso, com estadiamento pT4N2M1.

Foram escolhidos quimioterapia paliativa de primeira linha, esquema Mayo, seis ciclos de 5-fluorouracil (5FU) e leucovorina. No seguimento de 5 anos, o paciente encontrava-se assintomático. Colonoscopia e tomografia abdominal estavam normais, sem alterações, e CEA de 1,05.

## DISCUSSÃO

Neoplasia localmente avançada é o termo utilizado para os tumores que se infiltram ou aderem a órgãos adjacentes, sem metástases à distância. O câncer

colorretal localmente avançado é frequentemente considerado uma doença incurável e representa de 5 a 22% de todos os carcinomas colorretais, mas raramente invade duodeno, pâncreas ou fígado<sup>1,2,4,5</sup>.

Possui um tempo de duplicação longo (10-15 anos de crescimento até produzir sintomas) e é mais diagnosticado em indivíduos a partir dos 50 anos<sup>5</sup>. Neste caso, o diagnóstico foi feito aos 61 anos, permanecendo sintomático cerca de 3 anos antes do diagnóstico definitivo.

A técnica combinada com a hemicolectomia direita *en bloc* é necessária para conseguir a ressecção, com completa remoção e morbidade aceitável. O uso da ressecção *en bloc* é mandatório quando o tumor está aderido ou fixado em estruturas adjacentes, duodeno e cabeça do pâncreas, como era o caso relatado. O órgão afetado deve ser retirado em monobloco com uma margem de segurança de tecido normal, pois os pacientes submetidos a uma ressecção multivisceral com margens negativas apresentam uma sobrevida semelhante à dos indivíduos sem comprometimento de órgãos adjacentes e no mesmo estágio da doença<sup>5</sup>.

Qualquer aderência do adenocarcinoma deve ser considerada maligna, pois de 33 a 88% dos casos apresentam acometimento neoplásico no estudo histopatológico por invasão tumoral. Quando a aderência é neoplásica, a separação do tumor de uma estrutura adjacente produz recorrência local em 100% dos casos<sup>2,3,5</sup>.

A técnica de ressecção multivisceral é indicada quando o tumor é localmente avançado, com a comprovação de nenhuma evidência metastática. Há casos, inclusive, de ressecção venosa portomesentérica e multivisceral com excelente resultado pós-cirúrgico e equivalente mortalidade. Nesses casos, essa é a única forma de fornecer um aumento da chance de sobrevida ao paciente quando o tumor invade as estruturas vasculares junto a duodeno, pâncreas e fígado<sup>1,4</sup>.

Foi utilizada a técnica multivisceral no paciente em questão devido à invasão tumoral da parede duodenal e do tecido pancreático, com infiltração na cabeça desse órgão. A ressecção de pâncreas, duodeno, cólon direito e porção transversa do cólon ameniza o risco de desmembramento do tumor, visando margens negativas.

A média de tempo operatório é de 7h, e há necessidade de transfusões, com tempo médio de internamento de 8 dias. A taxa de mortalidade geral após a ressecção multivisceral pode chegar a 20%, mas vem diminuindo. A taxa de morbidade geral continua alta, até 70%. As realizadas em monobloco associam-se a um tempo de sobrevivência médio de 40 meses. Realizando-se somente a ressecção do

tumor, o índice de cura é de 50% para os pacientes que se submetem a hemicolectomia isolada, sem ressecção, com margens dos órgãos contíguos ao tumor. Todavia, a ressecção não elimina a possibilidade de micrometástases, às vezes não visíveis, com necessidade de quimioterapia adjuvante<sup>2,3,5</sup>.

Pacientes no estágio III, que é o estágio do caso aqui apresentado, pois se tratava de um T4N2M1, após o tratamento cirúrgico oncológico, apresentam benefício com o tratamento quimioterápico adjuvante<sup>6</sup>. Ocorre falha de terapia, com recidiva local em 36 a 53% dos pacientes com ressecção tumoral completa, observada principalmente quando há comprometimento dos órgãos e estruturas vizinhas<sup>3</sup>. Com o tratamento adjuvante, o índice de cura pode chegar a 75% com esquema 5-FU/leucovorin, significando melhora absoluta de mais de 20%, terapia esta utilizada no paciente. Porém, o papel da quimioterapia adjuvante no tratamento de tumores

localmente invasivos ainda é incerto. A quimioterapia sistêmica é benéfica para pacientes com metástases linfonodais, mas sua eficácia é controversa para pacientes com linfonodos negativos em neoplasias no estágio pT3 ou pT4<sup>2,3,5</sup>.

A terapia neoadjuvante está bem estabelecida por meio de evidências definidas por ensaios clínicos randomizados, mas, para o câncer de cólon, os dados da literatura são limitados a relatos de casos e séries de casos. Não existe consenso quanto a qual paciente se beneficiaria de tratamento neoadjuvante<sup>7</sup>. Está em andamento um estudo de fase III (FOxTROT trial) para definir a utilidade da quimioterapia neoadjuvante no câncer primário<sup>8</sup>.

Para o paciente com condições clínicas adequadas e sem metástases à distância, a ressecção multivisceral é o tratamento de escolha e deixa de ser um desafio para tornar-se uma nova opção terapêutica para o cirurgião.



Figura 1: Tomografia computadorizada de abdômen evidenciando grande massa na topografia do ângulo hepático do cólon.

## REFERÊNCIAS

1. Kama NA, Reis E, Doganay M, Gozalan U, Yasti C. Radical surgery of colon cancers directly invading the duodenum, pancreas and liver. *Hepatogastroenterology*. 2001;48(37):114-7. PMID:11268944.
2. Henriques AC, Waisberg J, Possendoro KA, Fuhro FE, Speranzini MB. Duodenopancreatectomia e hemicolectomia direita em monobloco para tratamento de câncer de cólon direito localmente avançado. *Rev Col Bras Cir*. 2010;37(3):247-9. PMID:21079900. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912010000300015>.
3. Costa SR, Horta SH, Henriques AC, Waisberg J, Speranzini MB. Pancreaticoduodenectomia e hemicolectomia direita em monobloco para o tratamento do câncer de cólon direito localmente avançado: relato de três casos. *Einstein (Sao Paulo)*. 2010;8:97-101. PMID:26761760. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082010RC786>.
4. Rossi BM, Nakagawa WT, Ferreira FO, Aguiar S JR, Lopes A. *Cancer de cólon, reto e anus*. São Paulo: Lemar e Tecmedd; 2005. p. 145-149.

5. Berrospi F, Celis J, Ruiz E, Payet E. En bloc pancreaticoduodenectomy for right colon cancer invading adjacent organs. *J Surg Oncol*. 2002;79(3):194-8. PMID:11870671. <http://dx.doi.org/10.1002/jso.10072>.
6. Fernandes AS JR, Lima AA, Lima EM, Horta HL, Coutinho LF, Martins SP, et al. *Câncer de cólon: tratamento quimioterápico: diretrizes clínicas na saúde suplementar*. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2011. p. 1-24.
7. Cukier M, Smith AJ, Milot L, Chu W, Chung H, Fenech D, et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy and multivisceral resection for primary locally advanced adherent colon cancer: a single institution experience. *Eur J Surg Oncol*. 2012;38(8):677-82. PMID:22632848.
8. Foxtrot Collaborative Group. Feasibility of preoperative chemotherapy for locally advanced, operable colon cancer: the pilot phase of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2012;13(11):1152-60. PMID:23017669. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70348-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70348-0).

Recebido: Out 30, 2016  
Aceito: Dez 06, 2016