

## NEOPLASIA PRIMÁRIA DE DUODENO: ASPECTO DE IMAGEM

### PRIMARY DUODENAL TUMOR: IMAGING ASPECTS

Gabriela Jungblut Schuh<sup>1</sup>, João Edson Prediger<sup>1</sup>,  
Sandra Jungblut Schuh<sup>2</sup>, Rodrigo Soares de Souza Marques<sup>3</sup>,  
Neomir Fabris<sup>3</sup>, Antônio Carlos Maciel<sup>4</sup>

#### INTRODUÇÃO

*Clin Biomed Res.* 2021;41(2):188-189

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

2 Serviço de Radiologia, Hospital Sanatório Partenon. Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

4 Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

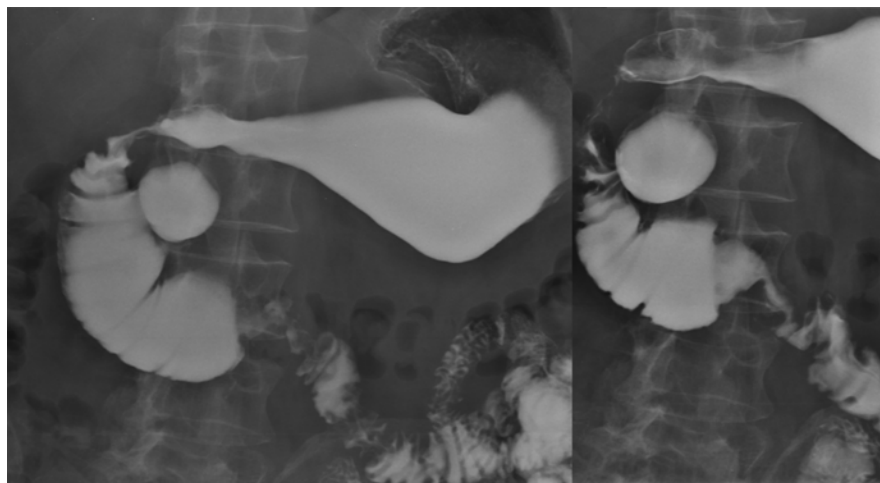
#### Autor correspondente:

Gabriela Jungblut Schuh  
gschuh@hcpa.edu.br  
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  
Rua Ramiro Barcelos, 2400  
90035-002, Porto Alegre, RS, Brasil.

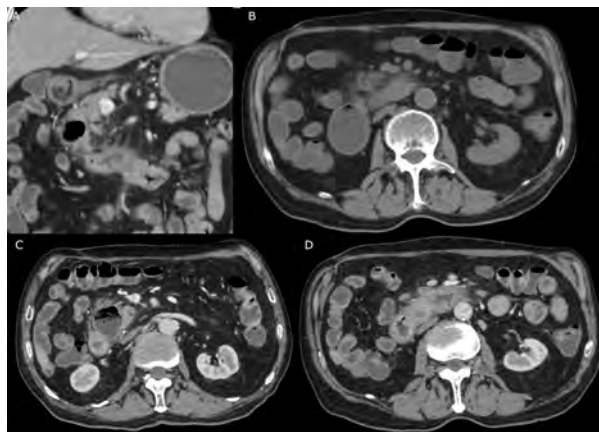
O adenocarcinoma primário de duodeno é raro, representando menos de 1% de todas as neoplasias gastrointestinais<sup>1</sup>. Apesar disso, é o tumor maligno primário duodenal mais frequente e corresponde a 64% dos adenocarcinomas do intestino delgado<sup>2,3</sup>. Localiza-se predominantemente na segunda porção do duodeno<sup>4</sup>. Adenocarcinoma duodenal ocorre com maior frequência em pacientes com polipose adenomatosa familiar, doença celíaca, doença de Crohn, Síndrome de Peutz-Jeghers e neurofibromatose tipo 1<sup>1,2</sup>. Ilustramos a apresentação deste raro tumor, localizado na terceira porção do duodeno, por diferentes métodos de imagem.

Apresentamos imagens da radiografia contrastada (Figura 1), tomografia computadorizada (Figura 2) e ressonância magnética de abdômen (Figura 3) de um homem de 80 anos que apresentava vômitos e perda de peso. A endoscopia digestiva e exames de imagem demonstraram lesão na terceira porção do duodeno. A endoscopia revelou lesão ulcerada com bordos elevados de 3-4 cm na terceira porção do duodeno, ocupando dois terços da luz do órgão. O resultado histopatológico e o estudo imuno-histoquímico foram compatíveis com adenocarcinoma comprometendo segmento de intestino delgado, com imunofenótipo intestinal.

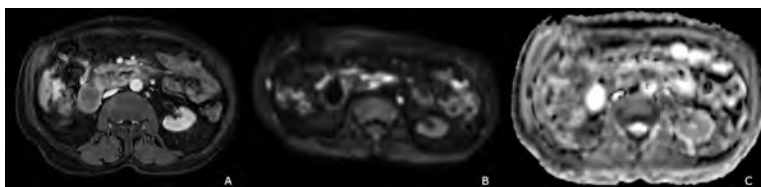
**Figura 1:** Radiografia contrastada demonstra lesão na terceira porção do duodeno que determina redução do diâmetro da luz e irregularidades no relevo mucoso numa extensão de 5 cm (→). Observa-se também grande divertículo na segunda porção do duodeno (★).



**Figura 2:** Tomografia computadorizada de abdômen. A: Reconstrução multiplanar da região da lesão (→). Nas imagens B (fase sem contraste) e D (pós-contraste), observa-se espessamento na parede da terceira porção do duodeno, infiltração de planos de gordura em torno e imagens compatíveis com pequenos linfonodos adjacentes. Na imagem C (pós-contraste), reconhecemos o divertículo da segunda porção do duodeno (★).



**Figura 3:** Ressonância magnética em T1 venoso pós-contraste. A: Observa-se espessamento e realce parietal da terceira porção do duodeno (→); B: ocorreu restrição de difusão na área da lesão; C: comprovação da lesão no Mapa de ADC.



## DISCUSSÃO

Radiografia contrastada é um recurso prático e útil, demonstrando alterações na luz duodenal.

A tomografia computadorizada de abdômen permite a detecção e estadiamento, avaliação da extensão extraluminal, comprometimento de estruturas adjacentes, infiltração de planos de gordura, bem como detecção da presença de metástases peritoneais e hepáticas. Metástases para linfonodos regionais ocorrem em aproximadamente dois terços dos casos no momento do diagnóstico<sup>3</sup>.

Neste caso a ressonância foi indicada para avaliação de vias biliares, que não foram acometidas

pois a lesão estava localizada na terceira porção do duodeno. O estudo por ressonância magnética não acrescentou informações adicionais às obtidas na radiografia contrastada e tomografia computadorizada, mas o método também foi capaz de demonstrar a lesão.

### Conflitos de Interesse

Os autores declaram que não tem conflito de interesse. Os dados utilizados neste relato estão de acordo com os preceitos éticos da instituição e foram aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da ISCMPA.

## REFERÊNCIAS

1. Silva CIS, D'Ippolito G, Rocha AJ, editores. *Gastrointestinal. Série Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p. 157-9.
2. Rosado E, Penha D, João P, Cabral P, Ferreira S, Costa A. Primary duodenal adenocarcinoma: review of the literature. *Acta Radiol*. 2012;24(94):21-2.
3. Margulis AR, Burhenne H. *Alimentary tract roentgenology*. 2<sup>nd</sup> ed. St Louis: Mosby Company; 1973.
4. Bromberg SH, Goffi OS Jr, Goffi FS, Yamaguchi N, Ussami E, Tolosa EM. Neoplasias duodenais primárias: análise de casuística e conduta cirúrgica. *Rev Col Bras Cir*. 2000;27(4):267-70.

Recebido: 15 jun, 2020

Aceito: 23 dez, 2020