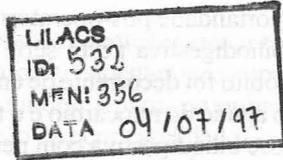


# Palição cirúrgica no câncer de cabeça pancreática – Experiência com 53 pacientes



LUIZ ROHDE\*  
 EDUARDO FRANCO CARVALHAL\*\*  
 MÁRIO SÉRGIO T. BORGES DA COSTA\*\*\*  
 LUÍS ROBERTO WENDT\*\*\*\*

## SINOPSE

Para o câncer de cabeça pancreática, a ressecção do tumor é o único tratamento curativo existente. No entanto, a cirurgia paliativa é a mais realizada porque a grande maioria dos pacientes no momento do diagnóstico apresenta tumor incurável. Os autores apresentam sua experiência com 53 pacientes portadores de adenocarcinoma de cabeça pancreática submetidos à cirurgia paliativa, focalizando o alívio da obstrução biliar, da obstrução duodenal e da dor, e discutem as alternativas da palição à luz de uma revisão atualizada da literatura.

**UNITERMOS:** Adenocarcinoma de Pâncreas, Anastomose Bilioentérica, Obstrução de Canal Biliar.

## ABSTRACT

*Tumor resection is the only curative treatment for carcinoma of the head of the pancreas. However, most patients have incurable disease at diagnosis, making palliative surgery the most commonly used approach. The authors present their experience with 53 patients with adenocarcinoma of the head of the pancreas that underwent palliative surgery, emphasizing the bypass of biliary and duodenal obstructions and chronic pain relief. Alternatives of palliation are discussed based on an updated literature review.*

**KEY WORDS:** Adenocarcinoma of the Pancreas, Biliary-Enteric Anastomoses, Bile Duct Obstruction.

## INTRODUÇÃO

Noventa por cento dos tumores pancreáticos malignos são adenocarcinomas e 70 a 80% destes localizam-se em sua porção cefálica (1). Sua incidência vem aumentando nos últimos anos, sendo hoje a quinta neoplasia maligna mais comum e quarta causa de morte por câncer em países desenvolvidos (2). O único tratamento curativo existente é a cirurgia com ressecção do tumor em casos selecionados, sendo a gastroduodenopancreatectomia o procedimento de escolha (2, 3, 4).

A maior experiência dos cirurgiões pancreáticos e o surgimento de centros de referência em cirurgia do pâncreas resultaram em taxas de morbi-mortalidade cada vez menores com a ressecção da neoplasia. Entretanto, 80 a 95% dos pacientes apresentam tumor incurável à época do diagnóstico, necessitando tratamento paliativo (2, 3, 5). Este objetiva o alívio da obstrução biliar, da obstrução duodenal e da dor, através de técnicas cirúrgicas, endoscópicas ou percutâneas. O número elevado de pacientes com doença avançada reflete a importância do tema e da escolha adequada do tratamento paliativo (3, 6).

Os autores descrevem a experiência cirúrgica do Grupo de Fígado, Vias Biliares e Pâncreas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina – UFRGS no tratamento paliativo desta neoplasia, durante o período de 1988 a 1992. São discutidas as alternativas terapêuticas paliativas à luz de uma revisão atualizada da literatura, analisando-se os resultados apresentados nesta série de casos.

## MATERIAL E MÉTODOS

No período de 1988 a 1992, foram tratados 77 pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, com média de idade de 64 anos (24-88 anos), sendo 36 indivíduos do sexo masculino. Deste total, 8 (10%) pacientes apresentavam neoplasia incurável e sem condições de tratamento cirúrgico; 2 (3%) pacientes recusaram cirurgia; 48 (62%) pacientes foram submetidos à

\* Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina (FAMED) – UFRGS.

\*\* Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

\*\*\* Mestre em Gastroenterologia. Cirurgião do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

\*\*\*\* Aluno do Curso de Pós-Graduação em Medicina: Cirurgia – FAMED – UFRGS.

Endereço para correspondência:

**Luiz Rohde**

Rua Cel. Bordini, 1535/501 – CEP 90440-001 – Porto Alegre – RS.

cirurgia de derivação biliar, associada ou não à derivação gastroentérica; 19 (25%) foram submetidos à duodenopancreatocomia, sendo 5 destes com intenção paliativa (tabela 1).

**TABELA 1 – Câncer de cabeça pancreática – 77 pacientes**

Sem condições de cirurgia	8 (10%)
Recusaram cirurgia	2 (3%)
Cirurgia de derivação	48 (62%)
Duodenopancreatocomia	
Intenção curativa	14 (18%)
Intenção paliativa	5 (7%)

Oito doentes sem condições cirúrgicas foram encaminhados para colocação de próteses endoscópicas ou percutâneas. Nestes, houve a preocupação de firmar-se o diagnóstico através de punção percutânea, para coleta de material.

Os dados referentes ao tipo de cirurgia, variações da técnica empregada (derivação biliodigestiva), realização de gastroenteroanastomose profilática, esplanicectomia química, complicações e mortalidade pós-operatórias imediatas (período de 30 dias após a cirurgia) foram coletados retrospectivamente.

## RESULTADOS

Na série apresentada, o tratamento paliativo cirúrgico foi instituído em 53 (69%) pacientes, sendo a derivação biliar empregada em 48 destes. Os critérios adotados foram doença metastática à distância, linfonodos regionais extensamente comprometidos e invasão vascular (veia porta, veia e artéria mesentérica) (2, 3). Em 5 pacientes foi feita a duodenopancreatocomia com intenção paliativa. Esta foi indicada em pacientes com doença em estado avançado, geralmente com envolvimento de linfonodos regionais, mas sem metástases hepáticas ou peritoneais, em que o doente era jovem ou apresentava bom estado geral.

Dos 53 pacientes que foram à cirurgia paliativa, em 48 a via biliar foi desobstruída com uma derivação biliodigestiva. A coledocojejunoanastomose foi a mais comum, em 35 (73%) pacientes, seguida da colecistojejunoanastomose em 5 pacientes, coledocoduodenoanastomose em 5 pacientes e colecisto-hepático – colecistojejunoanastomose em outros 3 pacientes (tabela 2).

**TABELA 2 – Cirurgia de derivação biliar – 48 pacientes**

Coledocojejunoanastomose	35 (73%)
Colecistojejunoanastomose	5 (11%)
Coledocoduodenoanastomose	5 (11%)
Colecisto-hepático-colecistojejunoanastomose	3 (5%)

Na presente série, dos 48 pacientes derivados cirurgicamente, em 43 foi utilizado o jejuno para a derivação (tabela 2) e em todos estes a anastomose foi em alça jejunal em ômega. Em 3 pacientes, realizou-se a esplanicectomia química com etanol, para o alívio da dor após o tratamento cirúrgico.

Em 37 (77%) dos pacientes cirurgicamente derivados, foi realizada a gastroenteroanastomose profilática.

A mortalidade pós-operatória dos pacientes com derivação biliodigestiva nesta série foi de 6,2% (3 pacientes). Um óbito foi decorrente de embolia pulmonar, o outro de infarto agudo do miocárdio e o terceiro de deiscência da anastomose biliodigestiva com peritonite e septicemia. As principais complicações decorrentes da cirurgia incluíram infecção respiratória em 6 pacientes (12,5%), infecção de ferida operatória em 4 (8,3%) e fistula biliar em 2 (4,1%), resolvidas com tratamento clínico (tabela 3). A melhora do prurido foi obtida em todos os pacientes, havendo alívio da icterícia em 83% dos casos.

**TABELA 3 – Cirurgia de derivação biliar – complicações – 48 pacientes**

Infecção respiratória	6 (12,5%)
Infecção da ferida operatória	4 (8,3%)
Fístula biliar	2 (4,1%)
Mortalidade pós-operatória	3 (6,2%)

## DISCUSSÃO

A finalidade básica da derivação biliar é o alívio da icterícia e do prurido extremamente incômodo ao paciente, melhorando a qualidade de vida e prevenindo a insuficiência renal (2, 3, 7, 8). É controverso o tipo de anastomose bilioentérica a ser utilizado no tratamento paliativo do câncer de cabeça de pâncreas. Além dos citados na tabela 2, a vesícula biliar tem sido derivada ainda para o estômago, para o duodeno e o colédoco para o estômago. Na casuística apresentada, estes tipos de derivações não foram utilizadas nenhuma vez devido ao potencial risco de obstrução duodenal e gastrite biliar (2). A controvérsia maior reside no uso da vesícula (colecistojejunoanastomose) ou do hepático-colédoco (hepático ou coledocojejunoanastomose) (2, 9). A maior simplicidade técnica e rapidez da colecistojejunoanastomose a torna atraente. Porém, o decréscimo da mortalidade atribuída à coledocojejunoanastomose nos últimos anos (atualmente cerca de 7%) e o menor índice de icterícia recorrente ou colangite após este procedimento (8% comparado com 20% da colecistojejunoanastomose em uma meta-análise de oito séries) a coloca como método de escolha para vários autores (3).

Em um levantamento multicêntrico de 14 trabalhos (9) em 461 pacientes submetidos à colecistojejunoanastomose a mortalidade foi de 19%, a sobrevida de 5,2 meses e nos 61 que receberam a coledocojejunoanastomose a mortalidade

foi de 25,3% e a sobrevida de 7,4 meses, não havendo nesta série uma vantagem estatisticamente significativa com a coledocojejunoanastomose.

Neuberger e cols. analisaram estes dois tipos de *bypass* recentemente em uma série de 923 pacientes. Confirmando o achado prévio de outros estudos, não observaram diferenças estatísticas significativas quanto a mortalidade, morbidade, sobrevida ou índice de reoperações entre os dois métodos (6).

Apesar de mais simples e requerer menor tempo operatório, a realização da colecistoenteroanastomose exige colangiografia intra-operatória a partir da própria vesícula biliar, para confirmação da permeabilidade do ducto cístico e da distância de sua implantação da massa tumoral. O ducto cístico muitas vezes percorre um trajeto paralelo ao colédoco, unindo-se ao mesmo em porção mais distal, próximo ao tumor. Além deste fato, a recidiva da icterícia seria mais freqüente após a colecistojejunoanastomose (2, 8, 9), em razão do crescimento do tumor, com envolvimento do ducto cístico e por obstrução do cístico por refluxo do conteúdo jejunal para dentro da vesícula, levando a uma cisticite (9). Isto explica o fato de, na experiência dos autores, ter sido realizada com mais freqüência a coledocojejunoanastomose (35 de 48 pacientes submetidos a derivação biliodigestiva).

É controverso também o uso do jejuno em alça ou em Y de Roux, o qual requer uma anastomose intestinal a mais e aumenta o tempo cirúrgico. Em pacientes com obstrução biliar benigna e expectativa de vida mais longa, o uso de uma alça funcionante está associado a maior índice de colangite ascendente após a derivação. Segundo Sarr e Cameron, entretanto, nenhuma vantagem foi observada com o uso da anastomose em Y de Roux em uma avaliação de 1.100 pacientes com carcinoma irredutível de pâncreas (10). Potts e cols. demonstraram, da mesma forma, uma incidência similar de colangite em ambas as técnicas utilizadas (11). Provavelmente, o baixo tempo de sobrevida dos doentes com câncer de pâncreas avançado seja o principal responsável pelas taxas de morbidade comparáveis nas duas técnicas de anastomose. Desta forma, não foi utilizada a alça exclusiva em Y de Roux em nossa série de pacientes.

Uma enteroenteroanastomose (a Braun) foi associada em 21 dos 43 pacientes, com a finalidade de excluir a anastomose biliodigestiva do trânsito do conteúdo intestinal, diminuindo o refluxo para dentro da vesícula e, conseqüentemente, a cisticite e a colangite. Só recentemente a literatura registra vantagens desta anastomose (12) na prevenção do refluxo alcalino para o estômago em gastrectomizados. Os achados são transponíveis para a presente situação. Nesta série, em 7 pacientes foi aplicado na alça ascendente, entre a coledocojejunoanastomose e a enteroenteroanastomose, o ponto de Warren (fechamento da alça com ponto de fio inabsorvível), impedindo assim a passagem do conteúdo intestinal pela anastomose biliar. Tal procedimento poderia ser indicado em todos os casos quando

a anastomose de Braun é realizada. O tempo que o organismo leva para a recanalização do intestino no local do bloqueio é maior que o tempo médio de sobrevida dos pacientes.

A coledocoduodenoanastomose, realizada em 5 pacientes, é conduta de exceção adotada em pacientes em mau estado geral e quando se espera o óbito antes do envolvimento da anastomose com o crescimento do tumor. Na literatura não existe controvérsia em relação a este fato (2, 8, 9).

Ainda na presente série, em 3 pacientes foram realizadas a anastomose de infundíbulo da vesícula com o hepático e do fundo da vesícula com o jejuno. Tem indicação nas situações em que a vesícula está “deitada” sobre o hepático comum, permitindo uma anastomose com relativa facilidade e em porção mais distante do tumor. Esta é seguida da derivação do fundo da vesícula ao jejuno. Como inconveniente, tem a necessidade de uma anastomose a mais.

A mortalidade pós-operatória (30 dias) do grupo apresentado submetido a derivação biliar foi de 6%, comparado aos índices de 0 a 26% (média de 14%) descritos na literatura de 1980 a 1990 (3).

Ainda como alternativa aos métodos de drenagem citados no tratamento do carcinoma irredutível de cabeça de pâncreas, há relatos de casos na literatura de derivação biliodigestiva por videolaparoscopia, um procedimento menos invasivo que a cirurgia convencional e, potencialmente, sem o inconveniente de obstruções recorrentes das endopróteses (13). Apesar de aliar as promissoras vantagens diagnósticas da laparoscopia à terapêutica, a necessidade de suturas de anastomose por esta via por ora é fator técnico limitante ao uso rotineiro do método.

É fundamental salientar que, independentemente do tipo de drenagem biliar realizada (cirúrgica ou não), qualquer procedimento só é válido após a certeza diagnóstica de doença maligna e a confirmação da irredutibilidade do tumor.

Dos 48 pacientes derivados cirurgicamente nesta série, 37 (77%) realizaram gastrojejunoanastomose profilática, para alívio da obstrução duodenal. Esta não foi realizada em 11 pacientes nos quais o comprometimento local era menor e havia metástases à distância, sendo previsível o óbito antes da obstrução duodenal pelo tumor.

O procedimento de derivação gastroentérica (*bypass* gastrojejunal) foi adicionado à cirurgia de derivação biliar sempre que houve sintomas sugestivos de obstrução duodenal pela neoplasia ou achados intra-operatórios iminentes desta situação. A controvérsia quanto a este aspecto está na realização ou não do *bypass* gástrico profilático de rotina, seja qual for a dimensão e o envolvimento duodenal pelo tumor (3, 5, 6, 14).

Ao analisarem a cirurgia paliativa de 1.180 pacientes, Neuberger e cols. evidenciaram um índice de 12% de reoperações por obstrução duodenal em pacientes submetidos previamente (7 meses em média) a procedimento so-

mente de derivação biliar. A taxa de mortalidade da segunda intervenção (25%) foi significativamente maior que nas cirurgias de *bypass* biliar e gástrico-profilático associadas (13%) (6). Wade e cols. demonstraram retrospectivamente que a taxa de obstrução duodenal após derivação biliar isolada era diferente de acordo com o estágio da neoplasia. Nos estágios I e II da União Internacional Contra o Câncer (1992), o índice foi de 12%, em comparação a 4% nos pacientes em estágio IV, provavelmente pela maior sobrevida dos primeiros e maior chance de desenvolverem um quadro obstrutivo (5). Estes e outros trabalhos (3) não demonstraram alteração da morbi-mortalidade cirúrgica quando da associação da derivação gástrica à derivação biliar.

Em uma metaanálise com 18 trabalhos, incluindo 960 pacientes (9) em que não foi acrescentada a derivação gástrica à derivação biliar, ocorreu obstrução duodenal em 21%, necessitando de gastrojejunostomia posterior. Em nosso meio (14), descreveram o surgimento de obstrução duodenal tardia em 3 (17%) de 18 pacientes submetidos à anastomose biliodigestiva sem gastroenterostomia prévia (após 10 meses, em média) (14).

Os autores contrários à gastroenterostomia profilática de rotina alertam para o risco de uma anastomose cirúrgica a mais, com aumento do tempo operatório, formação de úlceras de neoboca e esvaziamento gástrico retardado. Aqueles favoráveis ao procedimento sustentam a não-elevação da morbi-mortalidade em estudos prévios, o fato de o prognóstico reservado dos pacientes impedir o surgimento de úlceras e gastrite alcalina em pouco tempo de sobrevida e, principalmente, o índice elevado de obstrução duodenal, requerendo cirurgia posterior (com mortalidade mais alta) em pacientes com derivação biliar isolada prévia (3, 14).

A gastroenteroanastomose pode ser pré ou transmesocólica. Embora a literatura refira a possibilidade de compressão da anastomose pelos linfonodos quando transmesocólica (9), esta via favorece uma melhor drenagem do estômago, sendo a técnica utilizada pelos autores nos 37 casos.

O acréscimo da vagotomia troncular para evitar úlceras de neoboca é descrito (3). Como o risco de ulceração é pequeno (e pode ser diminuído com o uso de antagonistas H2) e a vagotomia não é isenta de complicações, podendo agravar o retardo do esvaziamento gástrico, não foi realizada em nenhum caso na série apresentada.

Em pacientes com lesões invasivas da cabeça pancreática, a dor é um sintoma freqüente e de difícil manejo. Para aqueles que são submetidos a um procedimento cirúrgico de derivação, a palição da dor deve ser considerada. A ablação química do plexo esplâncnico, com injeção intra-operatória de fenol a 5% ou etanol 50% (20 ml de cada lado do plexo), alivia ou elimina a dor em 60 a 80% dos casos, em um procedimento que não aumenta a morbidade da cirurgia. Um ensaio clínico randomizado comparou a ablação química com injeção de placebo, de-

monstrando significativa redução na dor no primeiro grupo (15).

Dos 48 pacientes com cirurgia de derivação biliar em nossa série, foi realizada a esplanicectomia química somente em 3, aplicando-se 20 ml de etanol a 50% em cada lado do plexo celíaco. A impressão subjetiva é de que os doentes tiveram sua dor aliviada. O número diminuiu de casos e a falta de parâmetros para comparação, nesta experiência, não permite conclusões. Entretanto, a literatura mostra claramente ser este um procedimento que deve fazer parte do tratamento intra-operatório (15, 16). Na impossibilidade de realizar-se a esplanicectomia química por cirurgia, pode-se empregar a punção percutânea, com bom índice de sucesso.

O decréscimo na mortalidade da ressecção cirúrgica do carcinoma de cabeça de pâncreas na última década (em torno de 9% em hospitais gerais e de 3% em hospitais especializados), junto ao fato de 30 a 60% das pancreatectomias serem classificadas posteriormente como não-curativas, tem levantado o questão do papel da ressecção como forma de tratamento paliativo (3, 4, 17, 18). A mortalidade da ressecção em casos selecionados não é maior que a da cirurgia de derivação paliativa, provavelmente devido ao melhor estado geral e doença menos avançada neste grupo de pacientes. Segundo diversos estudos, a ressecção paliativa é um método de tratamento aceitável quando a mortalidade deste procedimento é abaixo de 5%. Em pacientes jovens, com expectativa de vida razoável e com boas condições cirúrgicas, a ressecção como palição deve ser considerada.

## CONCLUSÃO

– A maioria dos pacientes com carcinoma de cabeça de pâncreas apresenta-se com doença irrisecável à época do diagnóstico.

– Pacientes com doença avançada em que a sobrevida esperada é menor de 3 meses, sem obstrução duodenal, podem ser aliviados com prótese endoscópica. O diagnóstico deve ser buscado pela biópsia percutânea ou laparoscopia.

– A ressecção paliativa tem indicação em casos especiais na mão de cirurgiões pancreáticos experientes.

– A derivação biliar para o jejuno pode utilizar a vesícula, o ducto hepático ou o colédoco, com resultados semelhantes.

– A gastrojejunostomia profilática é recomendável. Pacientes com icterícia e metástases peritoneais ou hepáticas podem ser tratados somente com a derivação biliar se não houver sinais de obstrução duodenal.

– A vagotomia em cirurgia paliativa não está indicada.

– O bloqueio intra-operatório do plexo celíaco auxilia no controle da dor e deve ser realizado sempre que possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. YEO CJ, CAMERON JL. The Pancreas. In: Textbook of Surgery – The Biological Basis of Modern Surgical Practice. Sabiston DC, eds. 14th edition, WB Saunders, 1991.
2. MURR MM, SARR MG, OISHI AJ, VAN HEERDEN JA. Pancreatic Cancer. CA Cancer J Clin 1994; 44:304-18.
3. WATANAPA P, WILLIANS RCN. Surgical Palliation for Pancreatic Cancer: Developments during the Past Two Decades. Br J Surg 1992; 79:8-20.
4. KIINKENBIJL JG, JEEKEL J, SCHMITZ PIM et al. Carcinoma of the Pancreas: Palliation versus Cure. Br J Surg 1993; 80: 1575-78.
5. WADE TP, NEUBERGER TJ, SWOPE TJ, VIRGO KS, JOHNSON FE. Pancreatic Cancer Palliation: Using Tumor Stage to Select Appropriate Operation. Am J Surg 1994; 167:208-13.
6. NEUBERGER TJ, WADE TP, SWOPE TJ, VIRGO KS, JOHNSON FE. Palliative Operations for Pancreatic Cancer in the Hospitals of the U. S. Department of Veterans Affairs from 1987 to 1991. Am J Surg 1993; 166: 632-37.
7. BOESCH RP, SCHELLING GP, KLINKENBLYL JG et al. Guidelines for the Application of Surgery and Endoprotheses in the Palliation of Obstructive Jaundice in Advanced Cancer of the Pancreas. Ann Surg 1994; 219:18-24.
8. WARSHAW AL, SWANSON RS. What's New in General Surgery - Pancreatic Cancer in 1988: Possibilities and Probabilities. Ann Surg 1988; 208:541-53.
9. SINGH SM, REBER HA. Palição Cirúrgica para o Câncer Pancreático. Clínicas Cirúrgicas da América do Norte 1988; 3:653-66 (traduzido).
10. SARR MG, CAMERON JL. Surgical Palliation of Unresectable Carcinoma of the Pancreas. World J Surg 1984; 8:906-18.

11. POTTS JR III, BROUGHAN TA, HERMANN RE. Palliative Operations for Pancreatic Carcinoma. Am J Surg 1990; 159:72-8.
12. VOGEL SB, DRANE WE, WOODWARD ER. Clinical and Radionuclide Evaluation of Bile Diversion by Braun Enterostomy: Prevention and Treatment of Alkaline Reflux Gastritis – An Alternative to Roux-en-Y Diversion. Ann Surg 1994; 219:458-66.
13. SHIMI S, BANTING S, CUSCHIERI A. Laparoscopy in the Management of Pancreatic Cancer: Endoscopic Cholecystojejunostomy for Advanced Disease. Br J Surg 1992; 79:317-19.
14. PEREIRA-LIMA L, RHODENE, CARDOSO MG, KALIL AN. Gastroenterostomia Paliativa em Pacientes com Carcinoma Irressecável de Cabeça de Pâncreas. Rev AMRIGS 1994; 38:267-69.
15. LILLEMÖE KD, CAMERON JL, KAUFMAN HS et al. Chemical Splanicectomy in Patients with Unresectable Pancreatic Cancer: A Prospective Randomized Trial. Ann Surg 1993; 217:447-55.
16. SASTRE B, CARABALONA B, CRESPIY B, DELPERO JR, SELEZNEFF I, MICHOTEY G. Transhiatal Bilateral Splanicectomy for Pain Control in Pancreatic Cancer: Basic Anatomy, Surgical Technique and Immediate results in Fifty-one Cases. Surgery 1992; 111: 640-46.
17. ISHIKAWA O, OHIGASHI H, IMAOKA S et al. Preoperative Indications for Extended Pancreatectomy for Locally Advanced Pancreas Cancer Involving the Portal Vein. Ann Surg 1992; 215:231-36.
18. ANDERSEN HB, BADEN H, BRAHE NB, BURCHART F. Pancreaticoduodenectomy for Periampullary Adenocarcinoma. J Am Coll Surg 1994; 179:545-52.