

Adenoma de papila de Vater: relato de caso

Vater papilla adenoma: case report

DOI:10.34119/bjhrv6n4-221

Recebimento dos originais: 04/07/2023

Aceitação para publicação: 01/08/2023

Lia Lara Martins Vieira de Carvalho

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Rua 23, 72, Residencial das Brisas, Jataí - GO, CEP: 75803-500

E-mail: lialara1099@gmail.com

Daiane Malheiros Souza

Especialista em Anestesiologia

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Rua 23, 72, Residencial das Brisas, Jataí - GO, CEP: 75803-500

E-mail: daiane107@hotmail.com

Vanessa Resende Souza Silva

Doutora em Imunologia e Parasitologia

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Rua 22 Esq c/ Av. 21, St. Aeroporto, Mineiros - GO, CEP: 75833-130

E-mail: vanessa.resende@unifimes.edu.br

Kesley Vinicius de Alvarenga

Graduado em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Rua 37, Qd 13, Lt 03, Rialma – GO, CEP: 76310-000

E-mail: kesley222@hotmail.com

Marcella Azevedo Santos

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Avenida Jose Walter, 87, Vitoria Regia, Rio Verde – GO, CEP: 75908-740

E-mail: marcellaazevedosantos@hotmail.com

Ana Carolina Rizzato

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Endereço: Rua Alagoas, 218, Jardim Paulista, Araçatuba

E-mail: carol.rizzato@hotmail.com

Guilherme Victor Cardoso

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Adamantina (UNIFAI)

Endereço: Rua Afonso Pena, 532, Centro, Araçatuba - SP

E-mail: guicardoso13@hotmail.com

RESUMO

Os autores apresentam um caso de adenoma de ampola de Vater. Introdução: O adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara com determinação de origem complexa. O paciente pode ser assintomático, uma vez que, os sintomas começam a surgir com o aumento do tumor, assim, alguns sintomas importantes são - dor tipo cólica biliar, icterícia, náusea, vômito e perda de peso. Objetivo: Avaliar um caso de adenoma da papila de Vater em uma mulher jovem, localizada em Mineiros – Goiás, discutindo método diagnóstico e tratamento. Relato de caso: Paciente iniciou o quadro com icterícia e dor abdominal, realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite enantematosa do antro e papila de Vater hiperemiada. Após ampulectomia endoscópica paciente apresentou melhora do quadro clínico. Considerações finais: o adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara com poucos casos descritos na literatura médica. O seu tratamento é discutível, podendo ser feito por excisão local conservadora ou endoscópica, ou duodenopancreatectomia radical.

Palavras-chave: adenoma, ampola hepatopancreática, ressecção endoscópica de mucosa.

ABSTRACT

The authors present a case of Vater's ampoule adenoma. Introduction: Vater's papilla adenoma is a rare premalignant lesion with a complex origin. The patient may be asymptomatic, since the symptoms start to appear with the growth of the tumor, thus, some important symptoms are - biliary colic pain, jaundice, nausea, vomiting and weight loss. Objective: To evaluate a case of adenoma of the papilla of Vater in a young woman, located in Mineiros - GO, discussing the method of diagnosis and treatment. Case report: The patient started with jaundice and abdominal pain, underwent upper digestive endoscopy, which showed enanthematous gastritis of the antrum and hyperemic papillae of the hyperemic. After endoscopic ampulectomy, the patient improved his clinical condition. Final considerations: Vater's papilla adenoma is a rare premalignant lesion with few cases described in the medical literature. Its treatment is debatable and can be done by conservative or endoscopic local excision, or radical duodenopancreatectomy.

Keywords: adenoma, ampulla of vater, endoscopic mucosal resection.

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias ampulares podem apresentar vários tipos de lesões: adenoma, adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado e adenoescamoso, porém as mais frequentes dentre essas são o adenoma e adenocarcinoma^{1,2}. O adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara com determinação de origem complexa, visto que a papila duodenal é um local de união de diferentes epitélios, provenientes do duodeno, do pâncreas e da árvore biliar³.

Ocorre de forma eventual com maior prevalência no sexo masculino e idade média de 60 anos⁴. Quando ocorre em uma faixa etária mais jovem apresenta um prognóstico pior. Bem como podem ocorrer com grande frequência em pacientes portadores da polipose adenomatosa familiar^{1,5}.

A importância desse adenoma deve-se ao fato do mesmo seguir uma sequência adenoma-displasia-carcinoma. O paciente pode ser assintomático, uma vez que, os sintomas começam a surgir com o aumento do tumor, assim, alguns sintomas importantes são - dor tipo cólica biliar, icterícia, náusea, vômito e perda de peso³.

O diagnóstico pode ser feito por meio de ultrassonografia, endoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, colangiopancreatografia retrógrada, biópsia, entre outros. A ampulectomia endoscópica é um método diagnóstico e terapêutico adequado, pois nesse mesmo procedimento é possível realizar a biópsia¹. Algumas características indicativas de carcinoma são a ulceração, erosão, hemorragia e consistência firme⁴.

O seu tratamento é discutível, podendo ser feito por excisão conservadora ou endoscópica, ou duodenopancreatectomia radical⁶. O tratamento endoscópico é benéfico, por ser menos invasivo e apresentar menos complicações, no entanto, não deve ser realizado na possibilidade de malignidade além de apresentar taxas de recorrência maiores, necessitando de um acompanhamento do paciente, avaliando a histologia e margem da lesão^{4,7}.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.S.B., feminino, 36 anos, raça parda, sem comorbidades, iniciou quadro com síndrome icterícia, dor abdominal e perda ponderal de 6kg. Procurou pronto atendimento em 07/02/2020 onde se iniciou investigação diagnóstica. Do ponto de vista laboratorial, a doente apresentava em janeiro de 2020: TGO 610U/L (até 42), TGP 870U/L 9 (até 41), Gama glutamiltransferase 1.756 U/L (7,0-32,0), Fosfatase alcalina

550 U/L (até 110), Amilase 45 U/L (23-88), Ureia 10mg/dL (10-40), Creatinina 0,5 (0,53- 1,0). Também foi realizada tomografia computadorizada de abdome total em janeiro de 2020 tendo-se identificado dilatação de vias biliares extra-hepáticas e moderada dilatação de vias biliares intra-hepáticas, sem fatores obstrutivos identificáveis.

Foi realizada endoscopia digestiva alta, em fevereiro de 2020, na qual identificou gastrite enantematosa do antro, de leve intensidade e papila de Vater hiperemiada e tamanho aumentado, sendo realizada biópsias da papila. O exame histológico revelou tratar-se de um adenoma tubular com displasia moderada. Não foi possível avaliar margem cirúrgica devido a fragmentação do espécime.

Paciente retornou dia 14/02/2020 com melhora da icterícia e da avaliação laboratorial realizada após a ressecção endoscópica, a qual apresentou: hemoglobina 12,5g/dL (13-17), plaquetas 292.000/mm³ (150.000-400.000), TGO 42U/L (até 42), TGP 41U/L (até 41), Gama

glutamyltransferase 188U/L (7-32), bilirrubina total 0,44mg/dL (0,3-1,2), bilirrubina direta 0,29 mg/dL (0,0-0,4), bilirrubina indireta 0,15md/dL (0,0-0,8) e amilase 60U/L (23-68). Bem como realizou outra biópsia no dia 17/03/2020 a qual revelou margens livres de lesão e duodenite crônica leve inespecífica. Salienta-se ainda que a paciente obteve melhora do quadro clínico e se encontra assintomática até o momento.

3 DISCUSSÃO

Os ductos colédoco e pancreático principal se unem para formar a ampola hepatopancreática (de Vater), que se abre em uma eminência, chamada papila maior do duodeno, localizada posteromedialmente na parte descendente do duodeno⁸. O adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara com determinação de origem complexa, visto que a papila duodenal é um local de união de diferentes epitélios, provenientes do duodeno, do pâncreas e da árvore biliar³.

Em revisão, Fischer e colaboradores (2004)⁹ descreveram que a maioria das neoplasias ampulares são do tipo intestinal com um padrão tubuloviloso. Geralmente estes adenomas ocorrem eventualmente por volta de 65 anos de idade, com maior prevalência no sexo masculino, e se manifestam em até 8 anos antes do carcinoma, sendo que quando ocorre em jovens deve-se pensar em predisposição genética.

O paciente pode ser assintomático, uma vez que, os sintomas começam a surgir com o aumento do tumor, assim, alguns sintomas importantes são - dor tipo cólica biliar, icterícia, náusea, vômito e perda de peso. Bem como achados laboratoriais podem estar alterados, apresentando níveis séricos de bilirrubina altos, fosfatase alcalina elevada, proteínas séricas reduzidas, aspartato aminotransferase (TGO), alanina aminotransferase (TGP) e Gama glutamiltransferase elevados¹⁰.

Yamaguchi e colaboradores (1990)¹¹ estudaram 145 pacientes com carcinoma ampular que foram divididos em três grupos: grupo I com idade menor ou igual à 50 anos, grupo II com idade entre 51 e 69 anos e grupo III com idade por volta de 70 anos. A maioria dos pacientes se queixaram de icterícia e não houve muita diferença em relação ao tamanho do tumor, tipo histopatológico, invasão linfática ou pancreática. A diferença entre esses grupos foi que o prognóstico do grupo I foi pior que dos grupos II e III, evidenciando maior risco aos pacientes jovens.

O diagnóstico pode ser feito através de ultrassonografia, endoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, colangiopancreatografia retrógrada, biópsia, entre

outros. A endoscopia permite avaliar se há comprometimento linfonodal e a proporção da lesão. A colangiopancreatografia retrógrada também é importante, pois avalia se há crescimento intraductal. Além disso, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética avaliam a presença de metástase³.

O seu tratamento é discutível, podendo ser feito por excisão conservadora ou endoscópica, ou duodenopancreatectomia radical¹¹. Saurin e colaboradores (2003)¹² estudaram 24 pacientes com adenomas benignos da papila de Vater que foram tratados através de endoscopia e papilotomia, no entanto a papilotomia só foi realizada nos pacientes sintomáticos. Esses pacientes foram acompanhados com endoscopia por 66 meses e 66% obtiveram remissão endoscópica nesse período.

Esses resultados mostram que o tratamento endoscópico é benéfico para grande parte dos pacientes, no entanto, é essencial realizar um controle através da endoscopia tendo em vista a frequência (30%) das recorrências, as quais podem ser tratadas nesse mesmo procedimento⁷. Os intervalos desses controles com a endoscopia são baseados na histologia, na margem da lesão, idade do paciente e presença de comorbidades. É recomendado avaliar 3 meses após a ressecção primária. Se o paciente apresentar resultado negativo para adenoma residual, avalia após 1 ano, e a cada 3 a 5 anos após essas avaliações iniciais², até confirmar a remissão.

Panzeri et al⁴ comparou os tipos de tratamento, demonstrando que na duodenopancreatectomia havia uma taxa de mortalidade perioperatória em torno de 5%, porém a taxa de complicação era mais alta, ocorrendo em 20% a 40% dos pacientes e dentre as complicações constava: fístula pancreática, pneumonia, esvaziamento gástrico retardado, entre outras.

A ampulectomia endoscópica é menos invasiva, causando menor trauma ao paciente e é um método que pode ser realizado quando não há evidência de malignidade, sendo algumas características de lesões benignas a presença de margem regular, ausência de ulceração, ausência de sangramento e consistência mole^{1,13}. Porém, por meio desta opção não é possível realizar a linfadenectomia. As complicações acometem quase metade dos pacientes, sendo elas sangramento, colangite, estenose papilar, pancreatite aguda, infecção de sítio cirúrgico, retardo no esvaziamento gástrico e fístula pancreática¹⁵. A ampulectomia cirúrgica apresenta as mesmas complicações da endoscópica, contudo, possibilita a execução da linfadenectomia⁴.

Assim, a intervenção de pacientes com lesões benignas é a ampulectomia endoscópica e com câncer invasivo deve ser com a duodenopancreatectomia, à exceção de casos com alto risco cirúrgico, em que se pode realizar a ampulectomia^{4,14}.

Sobre o prognóstico desses pacientes, a taxa de sobrevida em 5 anos varia de 30% a 67%. Como a presença de metástase linfonodal está relacionada à um prognóstico pior, pacientes com linfonodos positivos apresentam uma taxa de sobrevida menor comparados à pacientes com linfonodos negativos, de 21% a 50,8% para 43% a 63,5%, respectivamente⁴.

4 CONCLUSÃO

O adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara com poucos casos descritos na literatura médica. O seu tratamento é discutível, podendo ser feito por excisão local conservadora ou endoscópica, ou duodenopancreatectomia radical. Nesta paciente a ressecção endoscópica (ampulectomia endoscópica) mostrou-se segura e eficaz, com sucesso apresentado posteriormente através do quadro clínico e dos exames laboratoriais.

REFERÊNCIAS

1. El Hajj II, Coté GA. Endoscopic diagnosis and management of ampullary lesions. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2013; 23 (1): 95-109.
2. Espinel J, Pinedo E, Ojeda V, Del Rio MG. Endoscopic management of adenomatous ampullary lesions. *World J Methodol*. 2015; 5 (3): 127-35.
3. Melo GC, Castro COP, Guilherme JRM, Artiaga MR. Carcinoma da ampola de Vater: uma breve revisão dos ampulomas. *Rev Med Saude Brasilia*. 2014; 3 (3): 301-7.
4. Panzeri F, Crippa S, Catelli P, Aleotti F, Partelli S, Falconi M, et al. Management of ampullary neoplasms: A tailored approach between endoscopy and surgery. *World J Gastroenterol*. 2015; 21 (26): 7970-7987.
5. Rio Tinto R, Martins J, Dias AM, Redondo I, Neves MM. Ressecção endoscópica de volumoso adenoma da ampola de Vater: relato de um caso com seguimento a longo prazo. *GE - J Port Gastreterol*. 2005; 12: 210-4.
6. Santos FAV, Soares NG, Oliveira RM, Oliveira JS, Borges GM. Adenoma da papila de Vater associado a tumor carcinoide em papila duodenal menor. *Rev Med Minas Gerais*. 2012; 22 (1): 120-122.
7. Klein A, Tate DJ, Burgess N, Byth K, Bourke MJ, Ahlenstiel G, et al. Endoscopic resection of large duodenal and papillary lateral spreading lesions is clinically and economically advantageous compared with surgery. *Endoscopy*. 2017; 49 (7): 659-667.
8. Moore K, Daley II. *Anatomia orientada para a clínica*. 7ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2014.
9. Fischer H, Zhou H. Pathogenesis of carcinoma of the papilla of Vater. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2004; 11: 301-309.
10. Ponka JL, Uthappa NS. Carcinoma of the ampulla of Vater. *Am J Surg*. 1971; 121 (3): 263-270.
11. Yamaguchi K, Enjoji M. Ampullary carcinoma in patients under 50 years of age with a poor prognosis. *J surg oncol*. 1990; 45 (3): 201-6.
12. Saurin JC, Chavaillon A, Napoléon B, Descos F, Bory R, Berger F, et al. Long-term follow-up of patients with endoscopic treatment of sporadic adenomas of the papilla of Vater. *Endoscopy*. 2003; 35 (05): 402-406.
13. Almeida AM, Coêlho GR, Sales RMP, Garcia JHP. Excisão local de adenoma de papila

em paciente com risco cirúrgico elevado para duodenopancreatectomia. *Arq Bras Cir Dig.* 2014; 27 (2): 303-311.

14. CARDOSO VECCHI, I. G. O. R., et al. "ADENOCARCINOMA DA AMPOLA DE VATER EM ADULTO JOVEM: UM RELATO DE CASO." *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research* 31.2 (2020).

15. Machado, Helder José Moreira Alves, Amanda Moreira Alves Machado, and Daniel De Castro Salgado. "Abordagem intensiva e as principais complicações no pós-operatório de duodenopancreatectomia para ressecção de Tumor Periapular: uma revisão narrativa." *Brazilian Journal of Development* 9.3 (2023): 11726-11743.