

## **ADENOCARCINOMA DE JEJUNO OCASIONANDO VÔMITOS RECORRENTES:**

um relato de caso

Laura César Antunes<sup>1</sup>  
Gabriela Rabelo Cunha<sup>2</sup>  
Adão Jair de Souza<sup>3</sup>  
Daniela de Stefani Marquez<sup>4</sup>

### **RESUMO**

Os tumores malignos do trato gastrointestinal são relativamente frequentes na população, entretanto os tumores malignos de intestino delgado são raros e representam cerca de 2 a 3% do total das neoplasias malignas gastrointestinais. Normalmente, as neoplasias de intestino delgado possuem prognóstico ruim, pois os sintomas são inespecíficos e devido a isso o diagnóstico torna-se difícil, sendo realizado tardiamente. O tratamento disponível e mais efetivo para esta patologia é a ressecção cirúrgica. Ainda é possível que sejam feitas terapias adjuvantes, porém os resultados são pouco satisfatórios. Relataremos o caso de uma paciente com 47 anos que apresentava vômitos incoercíveis e recorrentes, associado à perda ponderal significativa, sendo realizada tomografia de abdome que evidenciou neoplasia de jejuno proximal.

**Palavras-chave:** Tumor de intestino delgado. Neoplasia maligna. Jejuno proximal.

Tratamento cirúrgico.

### **ABSTRACT**

Malignant tumors of the gastrointestinal tract are relatively frequent in the population, however malignant small-bowel tumors are rare and account for about 2 to 3% of all gastrointestinal malignancies. Normally, small bowel neoplasms have a poor prognosis because the symptoms are nonspecific and because of this the diagnosis becomes difficult, being performed late. The most effective and available treatment for this pathology is surgical resection. It is still possible that adjuvant therapies are performed, but the results are poor. We report the case of a 47-year-old woman with irreconcilable and recurrent vomiting, associated

---

1 Médica Residente em Cirurgia Geral do UniAtena

2 Médica Preceptora do UniAtenas

3 Médico Cirurgião Geral do Hospital de Ensino do UniAtenas

4 Professora do Centro Universitário Atenas.

with significant weight loss, with abdominal tomography showing neoplasia of proximal jejunum.

**Keywords:** Tumor of the small intestine. Malignant neoplasm. Proximal jejunum. Surgical treatment.

## INTRODUÇÃO

A incidência da neoplasia maligna do intestino delgado é cerca de 50 vezes menor do que a incidência de neoplasia maligna do intestino grosso, apesar do intestino delgado representar aproximadamente 75% do comprimento do trato digestivo (OVERMAN, 2013). É uma neoplasia rara, sendo estimado que em 2012 ocorreram 8070 casos novos nos Estados Unidos da América (EUA), cujos tipos histológicos foram carcinoides em 44%, adenocarcinoma em 33%, linfoma em 15% e sarcoma em 8% dos casos (SIEGEL et al, 2012).

A apresentação clínica do tumor maligno do intestino delgado é muito variável e inespecífica, sendo que os sintomas mais comuns são a dor abdominal e a perda de peso. Pode ocorrer ainda obstrução intestinal, hemorragia digestiva, perfurações e anemia, dentre outros sintomas que não são específicos desta patologia (TOWNSEND et al, 2010).

Esta é uma doença de prognóstico ruim, sendo que apenas metade dos pacientes diagnosticados apresentam lesões passíveis de ressecção cirúrgica curativa. A sobrevida global em 5 anos é de apenas 25% (TOWNSEND et al, 2010).

O objetivo do presente artigo foi relatar o caso de uma paciente atendida no Hospital Municipal de Paracatu – MG com quadro de vômitos recorrentes, evoluindo com desidratação e insuficiência renal aguda pré-renal. Por meio de exames de imagem, foi possível realizar o diagnóstico de lesão expansiva neoplásica de jejuno proximal, permitindo assim realização do tratamento. Este relato permite divulgação do presente caso para melhores estudos sobre esta rara patologia.

## RELATO DE CASO

S.A.F.L., 47 anos, sexo feminino, parda, natural e procedente de Paracatu – MG, com quadro de dor abdominal, perda ponderal significativa, porém não mensurada, vômitos que se intensificaram e ficaram mais frequentes ao longo do tempo, astenia e hiporexia há 4

meses. Evoluiu com vômitos recorrentes e incoercíveis, que a impediram de manter suas atividades habituais.

A paciente procurou os serviços públicos de saúde do município por diversas vezes, não sendo realizado diagnóstico preciso e sendo aventadas hipóteses de gastropatias inespecíficas, vômitos de origem psicossomática e transtornos ansiosos.

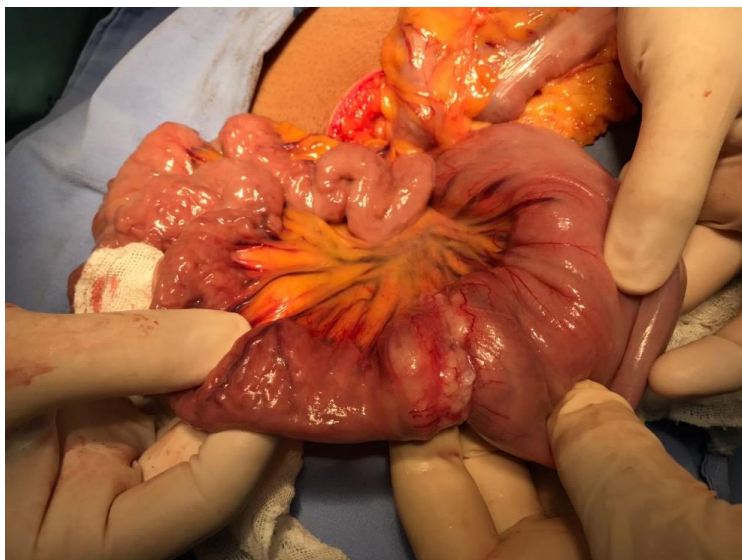
Evoluiu com insuficiência renal aguda pré-renal devido à desidratação ocasionada pelos vômitos recorrentes e foi encaminhada para o serviço de Nefrologia do município, quando foi solicitada tomografia computadorizada de abdome com triplo contraste para investigação. O exame revelou formação expansiva sólida de aspecto neoplásico acometendo o jejuno proximal a 70 mm do ângulo de Treitz, medindo 41 mm, promovendo estenose luminal e exuberante distensão líquida do duodeno e estômago. Ainda revelou ausência de linfonodomegalias ou de lesões indicativas de implantes secundários.

A paciente foi referenciada para a equipe de Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Paracatu-MG, sendo internada no fim do mês de maio de 2017 mantendo as mesmas queixas, porém clinicamente estável e ainda em acompanhamento com a equipe de Nefrologia. Encontrava-se em bom estado geral, corada, com dados vitais adequados, abdome doloroso à palpação de região periumbilical, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais iniciais mostravam hemoglobina 11,9 g/dL, global de leucócitos 8.100 mm<sup>3</sup>, creatinina 8,9 mg/dL, uréia 219,0 mg/dL, potássio 3,9 mEq/L e Sódio 120,0 mEq/L.

Foram então realizadas medidas de suporte, submetida à hemodiálise e compensação clínica. Para estadiamento, a paciente submeteu-se à tomografia de tórax que não revelou alterações.

No oitavo dia de internação hospitalar a paciente foi submetida à laparotomia exploradora quando foi confirmada lesão endurecida em jejuno proximal (**Figura 1**), sendo realizada ressecção do segmento afetado com margens de segurança amplas e linfadenectomia com enteroanastomose primária termino-terminal.

**Figura 1.** Tumor de jejuno proximal



**Fonte:** elaborada pelo próprio autor.

O procedimento cirúrgico transcorreu sem intercorrências e ao inspecionar a cavidade abdominal não foram evidenciadas outras lesões. A peça cirúrgica (**Figura 2**) foi encaminhada para análise anatomopatológica que evidenciou adenocarcinoma de jejuno proximal (**Figura 3**) comprometendo toda a parede intestinal, estendendo-se à subserosa e infiltrando a gordura periintestinal e um linfonodo com infiltração neoplásica (estadiamento patológico: pT4 pN1 pMx).

**Figura 2.** Peça cirúrgica



**Fonte:** elaborada pelo próprio autor.

**Figura 3.** Análise anatomopatológica da peça cirúrgica.



**Fonte:** elaborada pelo próprio autor.

## DISCUSSÃO

As neoplasias malignas do intestino delgado apresentam as características de serem raras, difíceis de diagnosticar devido aos sintomas inespecíficos e variabilidade da apresentação clínica. Ainda se apresentam tardiamente e por isso, possuem prognóstico ruim, uma vez que o diagnóstico precoce em doenças oncológicas é fundamental para o sucesso no tratamento.

A incidência, a localização e o tipo histológico mais comum dessa patologia vêm se modificando ao longo do tempo, sendo que um estudo americano revelou que de 1985 a 2005 a proporção de tumores carcinoides aumentou de 28% para 44%, diferente da proporção de adenocarcinomas que diminuiu para 33 % (CORREIA et al, 2015). Além disso, os tumores carcinoides são mais comuns no íleo, enquanto os adenocarcinomas são mais comuns no duodeno (CORREIA et al, 2015).

O adenocarcinoma, que é o tipo histológico da paciente em questão, apresenta evolução semelhante ao adenocarcinoma de intestino grosso, sendo assim originado de um pólip adenomatoso (adenoma) que sofre mutações genéticas, se tornando uma neoplasia maligna.

Os fatores que aumentam o risco para as neoplasias de intestino delgado são polipose adenomatosa familiar, câncer colorretal hereditário não polipoide, doença de Crohn,



doença celíaca e dieta rica em gorduras animais, carne vermelha e alimentos defumados. E o fator de proteção que impede a neoplasia celular frequente nesta região parece ser a renovação rápida e constante da mucosa desta parte do intestino.

A sintomatologia desta patologia é bastante variável podendo ocorrer dor abdominal, perda ponderal, náuseas e vômitos, obstrução intestinal e hemorragia digestiva, não sendo nenhum destes sintomas específicos para tal doença. E ainda mais grave do que isto é o fato de que a maioria dos tumores de intestino delgado é diagnosticada em estágio avançado e são descobertos devido a uma complicação local importante do tumor, especialmente a obstrução e a perfuração intestinal. Estas situações requerem intervenção cirúrgica de emergência, o que está associado a significativa morbimortalidade (NEGOI et al, 2015).

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens de segurança mínima de 5 centímetros associado a linfadenectomia local e a quimioterapia e radioterapia têm resultados pouco satisfatórios. Cerca de 50% a 80% dos pacientes já apresentam lesões secundárias à distância na primeira abordagem (RANGEL et al, 2000).

A dificuldade no diagnóstico se deve não apenas aos sintomas inespecíficos e tardios, como também pela dificuldade de se avaliar o intestino delgado por exames de imagem convencionais. Exames endoscópicos e exames radiológicos avançados ainda possuem limitações para identificação precisa e precoce de lesões no intestino delgado por completo. Estima-se que apenas 50% dos pacientes têm o diagnóstico preciso de neoplasia de jejuno antes de serem submetidos à terapia cirúrgica (COSTA JUNIOR et al, 2014).

A paciente deste caso foi contemplada com o diagnóstico ainda no pré-operatório através de tomografia computadorizada. Entretanto duas endoscopias digestivas foram realizadas anteriormente ao exame citado, além de outros exames de imagem menos complexos não sendo observado nenhum sinal de doença no intestino delgado. Ainda vale ressaltar que o diagnóstico do caso em questão foi dado de forma tardia, uma vez que a paciente já apresentava doença avançada, comprometendo toda a parede do órgão e metástase para linfonodo regional.

Dada a não especificidade dos sintomas, apenas um alto índice de suspeição clínica pode favorecer o diagnóstico e o tratamento precoce, o que poderia melhorar o prognóstico que atualmente é reservado. Apenas cerca de 50% dos pacientes diagnosticados e tratados cirurgicamente sobrevivem após 5 anos (TOWNSEND et al, 2010).

## **CONCLUSÃO**

As neoplasias malignas do intestino delgado são raras e, quando ocorrem, os sintomas são inespecíficos, tornando o diagnóstico difícil e tardio. Apenas o conhecimento da existência desta patologia e um alto índice de suspeita podem proporcionar maior eficiência na abordagem e melhora do prognóstico desta patologia, podendo assim ser realizada a ressecção cirúrgica ampla de forma curativa e precocemente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORREIA, Tito, et al. **Adenocarcinoma primário da terceira porção do duodeno com identificação concomitante de GIST do jejuno - caso clínico.** Jornal Português de Gastreenterologia, v.21, p. 26-30, 2013.

COSTA JUNIOR, Ademar, et. al. **Tumor maligno primário do intestino delgado: Relato de caso.** GED: Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva., v. 33, n.4, p. 151-155, 2014.

KUMMAR, Shivanni; CIESIEISKI, Thomas; FOGARASI, Miklos. **Management of small bowel adenocarcinoma.** Oncology Journal, v. 16, n.10 1364-1373, 2002.

NEGOI, Ionut, et al. **A maioria dos cânceres de intestino delgado são revelados por uma complicação.** Einstein, São Paulo, v.14. n.4, p. 500-505, 2015.

OVERMAN, Michael. **Rare but real: management of small bowel adenocarcinoma.** American Society of Clinical Oncology Educative Book, p. 189-193, 2013.

RANGEL, Marcelo, et al. **Tumores malignos do intestino delgado.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, vol. 27, n. 6, p. 385-388, 2000.

SIEGEL Rebeca; NAISHADHAM Deepa; JEMAL, Ahmedin. **Cancer statistics, 2012.** CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 62, p. 10-29, 2012.

TOWNSEND, Courtney M. et. al. **Sabiston, Tratado de Cirurgia.** 18. ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2010.