
Caso Clínico / Clinical Case

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE VOLUMOSO ADENOMA DA AMPOLA DE VATER: RELATO DE UM CASO COM SEGUIMENTO A LONGO PRAZO

R. RIO TINTO, J. MARTINS, A. MATEUS DIAS, I. REDONDO, M. MARTINS NEVES

Resumo

Os autores apresentam o caso de um doente submetido a terapêutica endoscópica de tumor da ampola de Vater que, em exame histológico, mostrou ser um adenoma tubular com displasia de baixo grau. Após o diagnóstico endoscópico e histológico e o estudo complementar por tomografia computadorizada (TC) e ecoendoscopia, decidiu-se pela sua ressecção endoscópica. Foram necessárias três sessões, tendo o tumor sido ressecado na sua totalidade pela técnica de *piecemeal* utilizando ansa diatérmica, complementada com fotocoagulação com argon plasma. Em endoscopia de seguimento às 8, 40 e 56 semanas não existe evidência macroscópica ou histológica de recidiva tumoral.

Summary

The authors present a clinical case of a patient that underwent endoscopic resection of a large ampullary tumor that was, histologically, a tubular adenoma with low grade dysplasia. After endoscopy and histological examination, and complementary study by CT and endosonography, we decided to perform endoscopic resection. Three sessions were needed to the complete resolution, using a combined technique of piecemeal resection with diathermic snare, and argon plasma coagulation. In follow-up endoscopy at 8th, 40th and 56th week we didn't find any macroscopic or histological evidence of tumor recurrence.

GE - J Port Gastroenterol 2005, 12:210-214

INTRODUÇÃO

O carcinoma da Ampola de Vater é uma entidade clínica pouco frequente (1, 2). Os adenomas com esta localização ocorrem de forma esporádica ou associados a poliposes familiares e têm potencial de transformação maligna (3-5). O seu diagnóstico precoce e preciso, bem como a instituição da terapêutica adequada, são de importância decisiva no prognóstico.

Estas lesões são normalmente abordadas de forma cirúrgica, por pancreato-duodenectomia ou ressecção local limitada, procedimentos que se associam a morbilidade e mortalidade importantes (1,5-7). Encontram-se na literatura referências a casos isolados e pequenas séries de doentes submetidos a ressecção endoscópica de lesões com esta localização, embora não haja consenso em relação a esta abordagem e à necessidade e duração do seguimento.

A técnica combinada de polipectomia *piecemeal* e fotocoagulação com argon plasma é eficaz na ressecção de grandes pólipos sésseis do recto (8).

Com o registo da experiência de um caso de ressecção endoscópica de um tumor da ampola de Vater utilizando esta técnica, com seguimento do doente a longo prazo, pretendemos contribuir para a sua validação como alternativa à abordagem cirúrgica, em doentes seleccionados.

CASO CLÍNICO

Doente de 72 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, com antecedentes de diabetes *mellitus* do tipo 2 com macro e micro-angiopatia: cardiopatia isquémica (enfarte agudo do miocárdio 2 anos antes), retinopatia diabética e insuficiência renal terminal em diálise; foi referenciado à consulta de Gastroenterologia por dispepsia e obstipação. Tinha sido realizada colonoscopia total dois meses antes, havendo referência à identificação e excisão de 2 pólipos da sigmóide, sendo ambos histologicamente adenomas tubulares com displasia de baixo grau. Encontrava-se sob terapêutica antiagregante com ticlopidina e fazia também insulina, nitratos e medicação anti-hipertensiva combinada.

Foi realizada endoscopia alta tendo-se identificado volumoso ampuloma (diâmetro >3 cm), de aspecto morulado (Figura 1), ocupando uma parte substancial do lúmen duodenal. O exame histológico revelou tratar-se de um adenoma com arquitectura tubular e displasia baixo grau.

Do ponto de vista de avaliação laboratorial, o doente apresentava: Leucócitos: $9,70 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,00 - 11,00), eritrócitos $4,47 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4,60 - 6,20), VGM 91 FL (80 a 99), hemoglobina 11,4g/dL (14,0 - 18,0), hematócrito 38,0% (42,0 - 52,0), plaquetas 185.000 (150.000 a



Figura 1 - Diagnóstico endoscópico: observação parcial de ampuloma, impossível de visualizar na totalidade devido ao seu grande volume.

450.000), tempo de protrombina 83% (N > 80), glicémia 156 mg/dL (76 - 110), ureia 110 mg/dL (10 - 50), creatinina 1,95 mg/dL (0,60 - 1,10), TGO 22 U/L (0 - 37), TGP 26 U/L (0 - 41), fosfatase alcalina 140 U/L (39 - 117), gama GT 228 U/L (10 - 66), bilirrubina total 1,02 mg/dL (0,00 - 1,00), bilirrubina directa 0,53 mg/dL (0,0 - 0,3), albumina: 3,1 g/dL (3,5 - 5,0), colesterol: 312 mg/dL (50 - 200), amilase 60 U/dL (20 - 104).

Perante o achado endoscópico e na presença de colestase, foi realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com o objectivo de documentar a morfologia das vias biliares, de realizar esfínterectomia biliar (ETE) e de colocar prótese biliar. A presença de volumosa lesão vegetante duodenal ocupando grande parte do lúmen, que não permitia reconhecer a anatomia desta zona, impediu a canulação da papila.

Em tomografia computadorizada abdominal confirmámos a existência de lesão duodenal de crescimento endoluminal com cerca de 3,5 cm de maior diâmetro, aparentando por este método ser uma lesão da mucosa. Não se identificaram adenopatias loco-regionais (Figura 2). O estudo imagiológico foi complementado com ecoendoscopia que confirmou os aspectos já conhecidos.

A existência de comorbilidades contra-indicando a cirurgia levou-nos a ponderar a ressecção endoscópica da lesão, apesar das suas dimensões. Usámos uma técnica combinada de ressecção com ansa diatérmica (*piecemeal*) e fotocoagulação com árgon plasma (Figuras 3 e 4) utilizando um duodenoscópio.

Foram necessárias 3 sessões, realizadas num período de

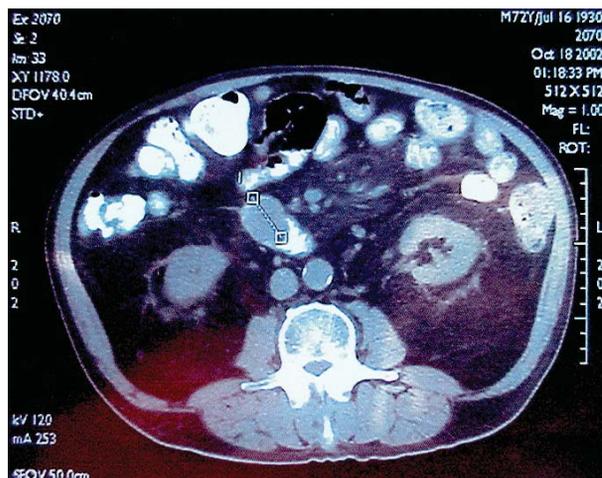


Figura 2 - Imagem de TC abdominal: lesão com crescimento intraduodenal, ocupando a quase totalidade do lúmen.

8 semanas, para a ressecção completa da lesão. Alguns dias antes da última sessão foi colocada uma prótese biliar de poliuretano, permitindo a fácil identificação da papila. No final de cada sessão foi feita fotocoagulação com árgon plasma. Não se registaram complicações em nenhum dos procedimentos. O estudo histológico dos fragmentos tumorais identificou áreas de displasia de alto grau.

Em reavaliação endoscópica (e histológica) às 8, 40 e 56 semanas (Figura 5) confirmámos a inexistência de tecido neoplásico.

DISCUSSÃO

Os tumores peri-ampulares são uma entidade clínica que engloba as lesões benignas e malignas que se situam na periferia da papila de *Vater* até uma distância de 1-2 cm. Incluem-se nesta designação tumores da porção cefálica do pâncreas, do colédoco distal, do duodeno envolvente e da ampola. Este conceito resulta de manifestações clínicas e de estratégias de diagnóstico e terapêutica comuns, embora existam particularidades muito importantes relativamente a tumores com origem em cada uma daquelas estruturas (1,9). A obstrução ao fluxo biliar é frequentemente um fenómeno precoce (1), embora a semiologia inicial possa estar também associada à erosão tumoral ou à obstrução intestinal (4).

O carcinoma da ampola de *Vater* é uma entidade rara, ocorrendo de forma esporádica ou em doentes com polipose adenomatosa familiar (PAF), mas que tem vindo a ser reconhecida com maior frequência (3,10).

Representa 2% de todos os carcinomas e 5% dos tumores do aparelho digestivo, tendo um pico de incidência na sexta década de vida (10).

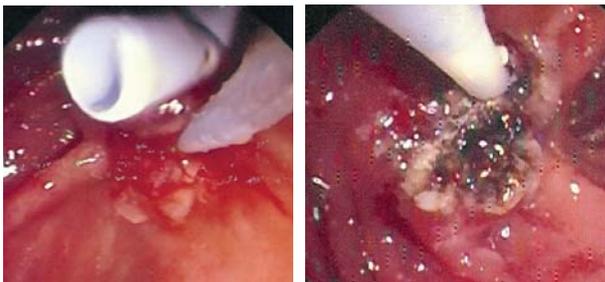


Figura 3 e 4 - Após colocação de prótese biliar, foi ressecada a totalidade do tecido neoplásico com ansa diatérmica e realizada termo-coagulação com árgon-plasma.

Os adenomas com esta localização são lesões com potencial de transformação maligna, seguindo a sequência adenoma-carcinoma, bem estabelecida para os tumores do cólon (3-5). O seu diagnóstico precoce e preciso tem implicações sobre a escolha da terapêutica mais adequada.

Aos adenomas com displasia de alto grau é reconhecido um risco elevado de progressão para adenocarcinoma e de recorrência, comprovado pelos estudos de peças operatórias. Nestas lesões, a abordagem cirúrgica indicada divide-se entre a pancreatoduodenectomia com preservação do piloro e a ressecção local limitada (ampulectomia) (7,11).

A cirurgia continua a ser o *gold standard* no tratamento de tumores peri-ampulares (4,5,7,12,13), mas a elevada morbidade e mortalidade associada a estes procedimentos tornam controversa a sua utilização no tratamento de lesões benignas (1,5,8,7). A técnica óptima para a abordagem dos adenomas da papila não está ainda estabelecida (12).

Os mais radicais argumentam que o risco de progressão adenoma-carcinoma nos adenomas com displasia de baixo grau recomenda uma abordagem cirúrgica radical (4). Para outros autores, a ampulectomia cirúrgica parece ser o procedimento mais indicado no tratamento de lesões presumivelmente benignas, menores que 3 cm, de pequenos tumores neuro-endócrinos e de carcinomas da ampola no estágio T1 (7,13). Outros entendem que, doentes com pequenos tumores, aos quais não é possível realizar laparotomia, ou que a recusem, poderão ter indicação para ampulectomia endoscópica (12). Outros ainda, argumentando com a baixa taxa de progressão para carcinoma, sugerem que apenas deverá ser feita uma vigilância endoscópica apertada até à demonstração de que existiu transformação maligna (3).

A verdade é que, embora seja genericamente aceite que os tumores ampulares devem se ressecados, a selecção dos doentes para as várias opções, incluindo pancreatoduodenectomia, ressecção local e terapêutica endoscópica permanece controversa (1).

À decisão terapêutica acresce o problema da acuidade



Figura 5 - Endoscopia de seguimento (56 semanas) com biópsias.

diagnóstica pré-operatória. A natureza benigna ou maligna dos tumores da ampola tem valor prognóstico e implicações terapêuticas importantes mas a dificuldade em obter um diagnóstico pré-operatório correcto é um dado reconhecido.

A endoscopia é o melhor método para a detecção de tumores da ampola; no entanto, nada pode ser inferido do aspecto macroscópico da lesão, e a sensibilidade das biópsias endoscópicas também é limitada na detecção de focos de carcinoma em adenomas da ampola de *Vater*, existindo uma elevada percentagem de falsos negativos para adenocarcinoma focal (1-3). A impossibilidade de um diagnóstico de certeza pré-operatório implica um cuidado redobrado na escolha da opção terapêutica.

As indicações para a ressecção de adenomas da ampola incluem o tratamento imediato de sintomas mas também a prevenção da transformação maligna.

A cirurgia radical tem a vantagem da baixa recorrência mas à custa de grande morbidade (25% - 65%) e mortalidade (0% - 10%). A excisão local (ampulectomia cirúrgica) tem as vantagens de mais baixa morbidade (0% - 25%) e mortalidade (0% - 2%), baixo tempo de hospitalização, mas acompanha-se de maior risco de recorrência (5% - 30%), implicando a necessidade de vigilância endoscópica posterior (3).

Encontram-se na literatura referências a casos isolados e pequenas séries de doentes submetidos a terapêutica endoscópica de lesões da ampola de *Vater* comprovando que a ressecção endoscópica, complementada com a realização de CPRE e ETE, é uma alternativa válida à pancreatoduodenectomia em doentes com adenocarcinomas T1 e T2, com dimensões máximas de 3 cm, sendo

eficaz e segura na terapêutica de doentes seleccionados (5,10,13). A CPRE é ainda uma técnica de grande utilidade no diagnóstico (observação directa, estudo da árvore biliar e colheita de material para histologia) e estadiamento dos tumores peri-ampulares.

A ampulectomia com ansa diatérmica é uma técnica recentemente utilizada na excisão endoscópica de lesões da ampola, acerca da qual existem poucos dados disponíveis. As vantagens, quando comparada com a pancreatoduodenectomia radical, são sobreponíveis à da ressecção cirúrgica local, mas com mais baixas mortalidade (0% - 1%) e morbilidade (12%) que esta última e dispensando a necessidade de anestesia geral e de laparotomia. As desvantagens parecem ser; o facto de se tratar de procedimentos por vezes complexos, requerendo modalidades adjuvantes, a necessidade de várias sessões para a excisão completa (em média 2,0 sessões), a taxa de recorrência próxima dos 30% e a necessidade de vigilância endoscópica apertada (3).

Em última análise a escolha da opção terapêutica deve ser determinada pelo estágio da doença, pela disponibilidade de um técnico diferenciado, pela tolerância do doente à vigilância endoscópica a longo prazo, pela presença ou não de PAF, e pela comorbilidade e esperança de vida global (1,3).

Num trabalho recente (5), o tratamento endoscópico foi bem sucedido em 83 (78%) dos pacientes tratados, falhando e/ou recorrendo em 20 pacientes (27%). O sucesso da terapêutica associou-se a idade mais avançada e a lesões pequenas, sendo também superior quando se tratava de lesões esporádicas versus lesões em doentes com PAF. Houve 10 casos de insucesso inicial. O sucesso inicial foi semelhante para os doentes que tiveram terapêutica termoablativa adjuvante (81%) e para os que não tiveram (78%), mas a recidiva foi maior neste último grupo. As complicações incluíram pancreatite aguda (n = 5), hemorragia (n = 2) e estenose papilar tardia (n = 3). Um estudo retrospectivo mostrou que a ampulectomia endoscópica com ansa diatérmica evitava a progressão adenoma-carcinoma, reduzia a mortalidade por carcinoma e provavelmente aumentava a sobrevivência, concluindo que estes resultados, apesar de animadores, devem ser comprovados prospectivamente (14).

O conhecimento do resultado a longo prazo do tratamento endoscópico de adenomas da ampola ainda é escasso, embora séries cirúrgicas sugiram que a avaliação endoscópica inicial destas lesões pode negligenciar focos de carcinoma em adenomas, condicionando os resultados. Num estudo recente, o seguimento a longo termo não revelou nenhum carcinoma e sugere que a ampulectomia endoscópica foi uma boa opção para uma grande maioria dos pacientes com adenomas ampulares tratados com esta técnica (15).

O caso clínico apresentado constitui um exemplo paradigmático que confirma a dificuldade do diagnóstico "pré-operatório" preciso das lesões periampulares e que põe em evidência a necessidade de encontrar alternativas à cirurgia em doentes com comorbilidade, permitindo-nos compreender a complexidade e as potencialidades da abordagem endoscópica.

CONCLUSÃO

A abordagem de lesões neoplásicas da ampola de Vater impõe cuidada avaliação endoscópica, radiológica e histológica, de forma a ponderar o seu potencial para terapêutica endoscópica. Só a combinação de vários métodos de diagnóstico (duodenoscopia com biopsias, ecoendoscopia e CPRE) permite o diagnóstico e estadiamento correctos.

A ampulectomia endoscópica, realizada em centros especializados, é uma técnica recomendada para pequenos tumores ou em doentes em que a laparotomia não é possível.

A ressecção por via endoscópica de lesões da ampola de Vater, por técnica de *piecemeal*, em combinação com foto-destruição com argon plasma, apoiada pela colocação prévia de prótese biliar, é uma abordagem válida mesmo em lesões de volume considerável, implicando menor morbilidade que as técnicas cirúrgicas, com mortalidade quase inexistente, sendo de particular interesse em doentes com co-morbilidades importantes, que contra-indicam a cirurgia.

São necessários mais estudos para definir indicações, procedimentos, esquemas de seguimento e risco de recorrência.

Correspondência:

Ricardo Rio Tinto
Serviço de Gastroenterologia
Hospital dos Capuchos
Alameda St. António dos Capuchos
1169-050 Lisboa
Tel.: 213 136 300
E-mail: ricardo_rio_tinto@yahoo.com

BIBLIOGRAFIA

1. Jean M, Dua K. Tumors of the ampulla of Vater. *Curr Gastroenterol Rep* 2003; 5: 171-5.
2. Madjov R, Chervenkov P. Carcinoma of the papilla of Vater. Diagnostic and surgical problems. *Hepatogastroenterology* 2003;

- 50: 621-4.
3. Martin JA, Haber GB. Ampullary adenoma: clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2003; 13: 649-69.
 4. Hartenfels IM, Dukat A, Burg J, Hansen M, Jung M. Adenomas of Vater's ampulla and of the duodenum. Presentation of diagnosis and therapy by endoscopic interventional and surgical methods. *Chirurg* 2002 Mar; 73: 235-40.
 5. Catalano MF, Linder JD, Chak A, Sivak MV Jr, Raijman I, Geenen JE, et al. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 225-32.
 6. Myung-Hwan K, Sung-Koo L, Doug-Wan S, Sun Young W, Sang Soo L, Young-II M. Tumors of the Major Duodenal Papilla. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 609-20.
 7. Miossec S, Parc R, Paye F. Ampullectomy in benign lesion: indications and results. *Ann Chir* 2004; 129: 73-8.
 8. Regula J, Wronska E, Polkowski M, Nasierowska-Guttmejer A, Pachlewski J, Rupinski M, et al. Argon plasma coagulation after piecemeal polypectomy of sessile colorectal adenomas: long-term follow-up study. *Endoscopy* 2003; 35: 212-8.
 9. Trede M, Richter A, Wendl K. Personal observations, opinions, and approaches to cancer of the pancreas and the periampullary area. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 595-610.
 10. Desilets DJ, Dy RM, Ku PM, Hanson BL, Elton E, Mattia A, et al. Endoscopic management of tumors of the major duodenal papilla: Refined techniques to improve outcome and avoid complications. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 202-8.
 11. Heidecke CD, Rosenberg R, Bauer M, Werner M, Weigert N, Ulm K, et al. Impact of grade of dysplasia in villous adenomas of Vater's papilla. *World J Surg* 2002; 26: 709-14. Epub 2002 Mar 26.
 12. Norton ID, Gostout CJ, Baron TH, Geller A, Petersen BT, Wiersema MJ. Safety and outcome of endoscopic snare excision of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 239-43.
 13. Rattner DW, Fernandez-del Castillo C, Brugge WR, Warshaw AL. Defining the criteria for local resection of ampullary neoplasms. *Arch Surg* 1996; 131: 366-71.
 14. Vogt M, Jakobs R, Benz C, Arnold JC, Adamek HE, Riemann JF. Endoscopic therapy of adenomas of the papilla of Vater. A retrospective analysis with long-term follow-up. *Dig Liver Dis.* 2000; 32: 339-45.
 15. Saurin JC, Chavaillon A, Napoleon 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: