
Caso Clínico / Clinical Case

DUPLICAÇÃO DUODENAL

C. GONÇALVES, F. SILVA, I. COTRIM

Resumo

As duplicações gastrointestinais são situações detectadas em cada 1/4500 autópsias, sendo que as duplicações duodenais são relativamente raras, contribuindo para apenas 5.5-7% do total de casos descritos. O quadro clínico é muito diversificado, podendo apresentar-se como síndrome oclusiva, pancreatite aguda, icterícia obstrutiva ou mesmo como episódio de hemorragia digestiva.

Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito durante a infância (cerca de 80% dos casos ainda durante o primeiro ano de vida), sendo mais incomum a sua detecção já na idade adulta.

Apresentamos o caso clínico de um indivíduo de 29 anos, com queixas de epigastralgia inespecífica, a quem foi diagnosticada uma duplicação duodenal. A esse propósito, discutem-se os aspectos clínicos, métodos de diagnóstico e terapêutica.

Summary

Gastrointestinal duplications are detected in 1 of every 4500 autopsies, with only 5.5-7% of these being of duodenal origin. The clinical picture varies widely and can include occlusion symptoms, acute pancreatitis, obstructive jaundice or gastrointestinal bleeding. In most cases, the diagnosis is made during infancy (80% are detected in the first year of life); detection is uncommon in the adult.

We report on a case of a 29-year-old man with complaints of epigastric pain, in whom a diagnosis of duodenal duplication was made. The clinical features, diagnosis and treatment of this condition are discussed.

GE - J Port Gastreterol 2006, 13: 226-228

INTRODUÇÃO

As duplicações gastrointestinais são detectadas em 1/4500 autópsias, sendo mais prevalentes em indivíduos caucasianos do sexo masculino (1). Estas podem ser síncronas em 15% dos doentes, sendo o intestino delgado o local mais frequentemente envolvido (cerca de 44% dos casos, sobretudo no ileon terminal) (1). Por sua vez, as duplicações duodenais são relativamente raras, contribuindo para apenas 5.5 – 7% do total (2).

Acredita-se que esta entidade resulte de perturbações ocorridas durante a embriogénese, nomeadamente no processo de recanalização do tubo digestivo que ocorre na décima semana de gestação, pelo que a maioria dos casos são detectados ainda em idade pediátrica (cerca de 80% são diagnosticados no primeiro ano de vida) (3).

Apresentamos um caso clínico de duplicação duodenal diagnosticada num doente de 29 anos e, dada a raridade dessa patologia, fazemos uma breve revisão dos dados publicados na literatura a esse respeito.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 29 anos, enviado à con-

sulta de gastroenterologia por queixas de epigastralgias desde há longa data, bem como pirose que havia revertido com dose *standard* de Lansoprazol. Não havia referência a outras queixas, sendo os seus antecedentes pessoais irrelevantes. Dos seus antecedentes familiares destacam-se história de Doença de Crohn materna e de neoplasia intestinal em tia paterna. O exame objectivo não denotava alterações, sendo também normais as análises de rotina de que era portador.

Fez endoscopia digestiva alta, que revela eritema do esófago distal e abaulamento do bordo inferior do bolbo duodenal, sugestivo de formação submucosa. O trânsito baritado gastro-duodenal confirmou deformação do bolbo por estrutura de contorno arredondado e regular. Fez posteriormente ecografia abdominal onde se observa, na região epigástrica e em topografia sub-hepática, estrutura ovalada, hipocogénica, na dependência da parede anterior do arco duodenal, com cerca de 23 mm por 18 mm. A TAC abdominal não foi esclarecedora, demonstrando apenas um espessamento da parede duodenal a esse nível. Nessa sequência, foi pedida ecoendoscopia que detecta formação submucosa, com 18 mm por 8 mm, com área anecogénica na sua porção central, sendo as suas características compatíveis com duplicação duodenal (Figura 1). O cintigrama com tec-

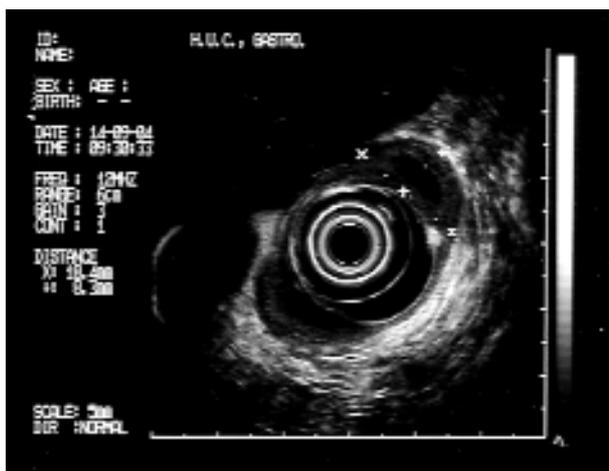


Figura 1 - Ecoendoscopia: formação submucosa a nível do bulbo duodenal, anecogénica na porção central, com 18 por 8mm

nécio não revelou presença de mucosa gástrica intradiverticular.

Optou-se por uma atitude conservadora, mantendo-se o doente em vigilância, sendo que, até ao momento, este se tem mantido assintomático.

DISCUSSÃO

A duplicação de um segmento do tubo digestivo apresenta-se como uma estrutura quística, cuja parede é revestida por mucosa de tipo gastrointestinal e contém uma camada de músculo liso (que geralmente está em continuidade com o segmento do tubo digestivo que lhe está adjacente). No entanto, o tipo de epitélio nem sempre coincide entre eles, podendo mesmo existir tecido pancreático no seu interior. Essas formações são geralmente esféricas e o seu lúmen não comunica com o órgão de origem. A nível duodenal, localizam-se mais frequentemente ao longo do bordo mesentérico da 1ª ou 2ª porções (2).

Como já referimos atrás, esta entidade é geralmente diagnosticada na infância, podendo assumir aspectos clínicos muito variados, desde os sintomas “obstrutivos” (dor, vômitos, massa abdominal palpável), à hemorragia digestiva (por úlcera péptica, já que em cerca de 15% dos casos existe mucosa gástrica ectópica intraluminal, podendo mesmo evoluir para perfuração), bem como icterícia (por obstrução biliar) ou pancreatite (por inflamação de tecido pancreático intra-cístico ou por compressão, sobretudo se localizados à segunda porção do duodeno, podendo causar episódios recidivantes) (1). O caso que apresentamos é invulgar pela idade do doente à

data do diagnóstico, embora as queixas manifestas fossem já arrastadas desde há longa data.

Em termos de diagnóstico, o exame ecoendoscópico é essencial, ao demonstrar uma lesão unilocular, com parede estratificada (composta por duas camadas, a mais interna das quais ecogénica, correspondendo à mucosa, sendo a mais externa hipoecogénica e representando a túnica muscular), bem como actividade peristáltica a nível da parede do quisto, fornecendo-nos dados quase patognomónicos (3,4). No entanto, este diagnóstico imagiológico pode ser dificultado pela presença de material ecogénico intracavitário (que se pode dever a secreções mucosas, conteúdo hemorrágico ou processo infeccioso do conteúdo do quisto), o que obriga a um diagnóstico diferencial cuidadoso com abscessos ou tumores (3). A ecografia e TAC abdominais podem revelar alterações inespecíficas, como a presença de estrutura quística adjacente a um segmento intestinal, condicionando algum efeito de massa e eventualmente causando compressão do verdadeiro lúmen. Os estudos endoscópicos e baritados podem mostrar alguma deformação luminal, sugestiva de compressão extrínseca ou formação submucosa, aspectos estes também observados no nosso doente. Nos casos que se apresentem sob a forma de hemorragia digestiva, a cintigrafia com tecnécio pode ser útil para demonstrar mucosa gástrica ectópica, a qual, como já referimos, existe em 15% dos doentes.

Dada a raridade desta patologia, este não será um diagnóstico de primeira linha, mas sim um diagnóstico de exclusão. Assim os diagnósticos diferenciais a colocar diferem de acordo com a idade do doente em causa. Por um lado, nas crianças devemos pensar em outras causas de massas abdominais quísticas, como é o caso do divertículo de Meckel, quistos do colédoco ou quistos mesentéricos. Já em pacientes com mais idade, devem ser excluídas lesões abcedadas ou pseudoquistos do pâncreas secundários a episódio de pancreatite aguda ou traumatismos (3).

No que diz respeito à terapêutica, a ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha na maioria dos casos de duplicação, nomeadamente porque estão descritos casos complicados por malignização do epitélio de revestimento. No entanto, no caso particular de duplicação do duodeno, esta não deve ser uma opção de primeira linha, devido ao risco de lesão das vias biliares durante o acto cirúrgico (1). Assim, antes de ser considerada esta hipótese, é mandatório um estudo por CPRE ou colangiressonância para adequada caracterização da anatomia local. Têm sido publicados alguns trabalhos que utilizam

outros métodos alternativos, como drenagem cirúrgica do quisto para o duodeno ou jejuno (sendo que, neste caso, se recomenda avaliação cintigráfica prévia para avaliar a existência de mucosa gástrica uma vez que, caso esta se confirme, deverá ser excisada para abolir o risco de ulceração posterior e todas as complicações a ela associadas) (1). Outros trabalhos descrevem diferentes abordagens, nomeadamente ressecção parcial da parede quística por via endoscópica, usando o *kit* de laqueação elástica (5). Quer a marsupialização quer a drenagem externa são procedimentos que, aparentemente, não têm utilidade. No caso que apresentamos optámos por uma atitude expectante, dado que a clínica é muito fruste e o cintigrama não mostrou existência de mucosa gástrica intra-cavitária. Pensamos que, no futuro, novas abordagens terapêuticas podem ser desenvolvidas, nomeadamente com aperfeiçoamento das técnicas endoscópicas, evitando assim as potenciais complicações do acto cirúrgico.

CONCLUSÃO

As duplicações duodenais são malformações congénitas infrequentes, geralmente detectadas na infância, sendo o diagnóstico na idade adulta relativamente raro. O quadro clínico é muito diverso, podendo variar desde síndrome oclusivo, episódio de pancreatite aguda, icterícia obstrutiva ou hemorragia digestiva. Em termos diagnósticos, a ecoendoscopia é um exame crucial, revelando a característica parede com dupla camada e presença de movimentos peristálticos. O tratamento cirúrgico deve ser ponderado com cautela, dado o risco de lesão dos ductos biliares ou pancreáticos. Assim, alguns autores sugerem apenas drenagem cirúrgica da cavidade para o lúmen

duodenal, havendo outros que avançam a abordagem endoscópica como opção. No entanto, há que ter algum cuidado na exclusão da existência de mucosa gástrica intracavitária por métodos cintigráficos, uma vez que esta poderá levar a complicações tardias como a ulceração, hemorragia ou mesmo perfuração, sendo que nesse caso deve ser considerada a ressecção da mesma.

Correspondência:

Cláudia Gonçalves
Rua Coronel Pereira Pascoal, nº81 CV Esq., Pousos
2410-234 Leiria
Tel.: 244852582 / 918721750
e-mail: c.goncalves@iol.pt

BIBLIOGRAFIA

1. Saxena AK, et al. Gastrointestinal duplications (Online). URL <http://www.emedicine.com/ped/topic2959.htm>.
2. Zissin R, et al. CT of duodenal pathology. *Br Journal Radiol*, 2002; 75: 78-84.
3. Lobo L, Fonseca-Santos J. ECR 2002 COD #14: Duodenal duplication cyst (enteric mucosal) (Online). URL <http://www.euro-rad.org/case.cfm?UID=1396>.
4. Deftereos S, et al. Duodenal duplication. Is ultrasound appearance enough to confirm the diagnosis? *Rom J Gastroenterol* 2004; 13: 345-7.
5. Wada S, et al. Endoscopic partial resection of a duodenal duplication cyst. *Endoscopy* 2001; 33: 808-810.