

## TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE OBSTRUÇÃO DUODENAL EM PACIENTE PORTADOR DE CANCER AVANÇADO DE PÂNCREAS

Marcel Autran C. Machado, Julio R. Mariano da Rocha,  
Caio Bove e Marcel C.C. Machado.

MACHADO, M.A.C. e col. - Tratamento laparoscópico de obstrução duodenal em paciente portador de câncer avançado de pâncreas. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo** 52(1): 35-37, 1997

**RESUMO:** A incidência de câncer de pâncreas vem aumentando nos países ocidentais. No entanto, o prognóstico ainda é sombrio, apesar das possibilidades terapêuticas hoje disponíveis. O seu diagnóstico é, na maioria dos casos, feito tardiamente. A combinação de avanços nos métodos de imagem e o uso da laparoscopia no estadiamento do cancer do pâncreas levou a uma diminuição do número de laparotomias exploradoras. No entanto, grande parte destes pacientes ainda podem se beneficiar de um tratamento cirúrgico paliativo, seja através de derivação bilio-digestiva ou de gastroenteroanastomose. Apresentamos o relato de um paciente portador de câncer na cauda do pâncreas obstruindo a quarta porção do duodeno associado a metástases hepáticas, tratado por via laparoscópica.

**DESCRITORES :** Câncer de pâncreas. laparoscopia.

A incidência de câncer de pâncreas vem aumentando nos países ocidentais. No entanto, o prognóstico ainda é sombrio, apesar das possibilidades terapêuticas hoje disponíveis. O seu diagnóstico é, na maioria dos casos, feito tardiamente. A combinação de avanços nos métodos de imagem e o uso da laparoscopia no estadiamento do cancer do pâncreas levou a uma diminuição do número de laparotomias exploradoras<sup>1,2,3,6</sup>. No entanto, grande parte destes pacientes ainda podem se beneficiar de um tratamento cirúrgico paliativo, seja através de derivação bilio-digestiva ou de gastroenteroanastomose.

Apresentamos o relato de um paciente portador de câncer na cauda do pâncreas obstruindo a quarta porção do duodeno associado a metástases hepáticas, tratado por via laparoscópica.

### RELATO DE CASO

D.C.N., 56 anos, sexo masculino, com quadro de dor epigástrica com irradiação para dorso, emagrecimento de

cerca de 15 kg em dois meses e vômitos. Não apresentava qualquer antecedente clínico ou cirúrgico. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, anictérico e emagrecido. O abdomen era levemente doloroso à palpação de epigástrico e um pouco distendido. Os exames laboratoriais revelaram-se normais.

A ultra-sonografia abdominal revelou apenas distensão de alças intestinais. Foi submetida a endoscopia digestiva alta que mostrou-se normal até a segunda porção do duodeno. O exame tomográfico computadorizado revelou, na região da cauda do pâncreas volumosa lesão expansiva heterogênea com cerca de 8 cm no maior diâmetro, envolvendo parcialmente o tronco celíaco e a quarta porção do duodeno na emergência do ângulo de Treitz. O mesmo exame revelou ainda duas lesões hepáticas focais sugerindo tratar-se de patologia pancreática avançada metastática.

---

Trabalho realizado no Hospital do SESI e Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas do Hospital das Clínicas - FMUSP.

---

Em virtude do estado geral do paciente e do quadro de obstrução duodenal pela grande massa tumoral, optou-se pela realização de laparoscopia para confirmação diagnóstica, através de biópsia e gastroenteroanastomose para palição da obstrução duodenal.

### Técnica

Sob anestesia geral, com o paciente em decúbito dorsal horizontal e em posição semi-ginecológica, realizamos incisão infra-umbilical, colocação de trocarer de 10 mm sob visão direta e instalação de pneumoperitônio. Três outros portos, em flanco esquerdo (12 mm), para-retal direito (5 mm) e epigástrico (10 mm) foram instalados. À inspeção da cavidade, observamos duas grandes metástases hepáticas umbilicadas, que foram biopsiadas, implantes peritonais difusos e presença de enorme massa com infiltração do ângulo de Treitz. Iniciamos a exploração da cavidade, manipulação das alças jejunais com pinças laparoscópicas

atraumáticas e escolha da alça jejunal para a anastomose. Dois pontos de sutura entre o estômago e o jejuno foram passados nos limites da anastomose proposta, com o intuito de aproximá-los para a anastomose mecânica. Estes pontos foram exteriorizados através das incisões dos trocartes em flanco esquerdo e para-retal direito, reparados com pinças hemostáticas tipo Halsted. A reintrodução dos trocartes foi feita rapidamente ao lado destes pontos de reparo, de modo que à manipulação destes não houvesse perda de pneumoperitônio ou capacidade de instrumentação através dos trocartes. Foram realizados dois pequenos orifícios no estômago e jejuno com tesoura e cautério, por onde as duas cabeças do grampeador linear cortante endoscópico de 63 mm (Endopath, Ethicon) foram introduzidos. Após o disparo, a linha anastomótica foi verificada e a abertura anterior foi fechada com sutura em dois planos de pontos separados com fio absorvível 3-0.

O paciente evoluiu sem intercorrências, com retirada da sonda nasogástrica no segundo dia e alta no quarto dia de pós-operatório.

## DISCUSSÃO

A incidência de câncer de pâncreas vem aumentando nos países ocidentais. No entanto, o prognóstico ainda é sombrio, apesar das possibilidades terapêuticas hoje disponíveis. A maioria dos pacientes apresentam doença avançada

no momento do diagnóstico. Por este motivo, com os recentes avanços da cirurgia mini-invasiva, a introdução de novas técnicas, materiais e instrumentos de cirurgia vídeo-laparoscópica, a laparoscopia vem sendo utilizada de maneira crescente nos últimos anos, no diagnóstico e estadiamento do câncer de pâncreas<sup>1,2,3,6</sup>.

Apenas pequena porção destes pacientes apresentam tumores ressecáveis. Metástases hepáticas, implantes peritonais e envolvimento de grandes vasos podem contra-indicar a ressecção pancreática. Contudo, grande parte destes pacientes ainda podem se beneficiar de um tratamento cirúrgico paliativo, seja através de derivação bilio-digestiva ou de gastroenteroanastomose, como o caso aqui descrito.

A experiência inicial com a laparoscopia diagnóstica mostra que este é um método de grande valor para o diagnóstico e estadiamento do câncer de pâncreas. Os autores da maioria destas séries concluíram que a laparoscopia é superior à ultra-sonografia e à tomografia computadorizada na detecção de pequenas metástases hepáticas e implantes peritonais<sup>1,2,3,6</sup>.

No entanto, apesar de propiciar o diagnóstico de doença avançada e comprovação histológica através de biópsias, a laparoscopia diagnóstica não permite palição. Com o avanço tecnológico recente, a maior experiência dos cirurgiões com o método laparoscópico e a introdução, no nosso mercado, de grampeadores mecânicos adaptados para a

cirurgia vídeo-laparoscópica, possibilitou-se a utilização deste método para a realização de cirurgias paliativas<sup>4,5,7</sup>.

Do mesmo modo que na cirurgia laparotômica, a gastroenteroanastomose está indicada somente nos casos de doença pancreática avançada onde exista alguma forma de obstrução do trânsito gastrointestinal. Neste caso em particular, por tratar-se de paciente com neoplasia em pâncreas distal, com invasão do ângulo de Treitz e doença metastática, optou-se pela realização da gastroenteroanastomose. À este procedimento não foi associada uma derivação bilio-digestiva por não haver comprometimento da árvore biliar.

A experiência da literatura mostra que a utilização do método laparoscópico propicia uma melhor evolução pós-operatória com retorno precoce às atividades diárias, fatores que são importantes para estes pacientes que possuem sobrevida média de apenas 6 meses<sup>4,5,7</sup>. No entanto, a experiência mundial ainda é limitada e os casos, como o do presente relato são selecionados. Esta técnica necessita por parte do cirurgião e de sua equipe treinamento em cirurgia laparoscópica avançada e conhecimento de técnicas de sutura laparoscópica e mecânica.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o Sr. Erik Boilesen e a Sra. Rosario E.R. Valenzuela pelo apoio logístico para a realização deste trabalho.

## SUMMARY

MACHADO, M. A. C. et al. - Laparoscopic gastrojejunostomy: case report. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 52(1): 35-37, 1997.

We present a case report of laparoscopic gastrojejunostomy in a

patient with duodenal obstruction from unresectable cancer. We performed an side-to-side intracorporeal gastrojejunostomy using endoscopic stapling devices. The patient had no morbidity and he was discharge on fourth postoperative day. Laparoscopic gastric

bypass is an alternative to open procedure in well selected cases.

DESCRIPTORS: **Gastroenterostomy. laparoscopy**

REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

1. BEMELMAN, W.A.; WIT, L.T.; DELDEN, O.M.; SMITS, N.J.; OBERTOP, H. RAUWS, E.J.A. & GOUMA, D.J. - Diagnostic laparoscopy combined with ultrasonography in staging of cancer of the pancreatic head region. *Br. J. Surg.* 82:820-824, 1995.
2. FERNÁNDEZ-DEL CASTILLO, C.; RATTNER, D.W. & WARSHAW, A.L. - Further experience with laparoscopy and peritoneal cytology in the staging of pancreatic cancer. *Br. J. Surg.* 129:255-298, 1975.
3. JOHN T.G.; GREIG J.D.; CARTER, D.C.; GARDEN J. - Carcinoma of the pancreatic head and periampullary region. Tumor staging with laparoscopy and laparoscopic ultrasonography. *Ann. Surg.* 221:156-164, 1995.
4. RHODES, M.; NATHANSON, L. & FIELDING G. - Laparoscopic biliary and gastric bypass: a useful adjunct in the treatment of carcinoma of the pancreas. *Gut* 36:778-780,1995.
5. SHIMI, S.; BANTING, S. & CUSCHIERI, A. - Laparoscopy in the management of pancreatic cancer: endoscopic cholecystojejunostomy for advanced disease. *Br. J. Surg.* 79:317-319, 1992.
6. WARSHAW, A.L.; TEPPER, J.E. & SHIPLEY W.U. - Laparoscopy in the staging and planning of therapy for pancreatic cancer. *Am. J. Surg.* 151:76-80, 1986.
7. WILSON, R.G. & VARMA, J.S. - Laparoscopic gastroenterostomy for malignant duodenal obstruction. *Br. J. Surg.* 79:1348, 1992.