

Utilização de endopróteses auto-expansíveis em tumores concomitantes de esôfago e região pré-pilórica: relato de caso

Self-expanding endoprosthesis in concomitant esophageal and pre-pyloric malignancies: case report

Carolina Frade Magalhães Girardin Pimentel
Carolina de Mendonça Brandão Pinto
Priscilla Ornellas Neves
Lincoln Eduardo Villela Vieira de Castro Ferreira¹
Gustavo Andrade de Paula
Alexandre Martins de Oliveira

RESUMO

palavras-chave

Endoscopia

Próteses e Implantes

Neoplasias

Endopróteses auto-expansíveis são dispositivos utilizados com objetivo de restituir a patência da luz do Trato Gastrointestinal, sendo consideradas ferramentas bem estabelecidas e minimamente invasivas. Antes de seu desenvolvimento, o único meio para a restituição da continuidade do trânsito era através de cirurgia paliativa, que, embora ainda considerada padrão-ouro, não é isenta de riscos, podendo acarretar aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. A utilização de múltiplas próteses na abordagem de tumores localizados em pontos distintos é rara, sendo poucos os casos relatados na literatura. Relatamos o caso de uma paciente de 92 anos com quadro de anemia de etiologia desconhecida e disfagia progressiva. Ao exame endoscópico, observou-se lesão infiltrante de esôfago e lesões vegetantes ulceradas em corpo e antro. Procedeu-se ao controle endoscópico da hemorragia gástrica. A família autorizou a introdução de endoprótese auto-expansível somente no esôfago inicialmente. Contudo, após nova reavaliação e explicação da possibilidade de obstrução gástrica, procedeu-se, um mês após, à colocação de endoprótese também na região pré-pilórica. Durante os últimos nove meses de sobrevida depois da introdução da segunda prótese, observou-se melhora importante da qualidade de vida da paciente.

ABSTRACT

Self-expanding endoprosthesis are well established and minimally invasive devices used to re-establish patency of the gastrointestinal tract. Before their development, patency could only be re-established through palliative surgery, a procedure that though still the gold standard, carries a significant risk and increases morbidity and mortality rates. Management of localized tumors with multiple prostheses is still rarely reported in the literature. We report a 92-year-old women with anemia of unknown origin and progressive dysphagia. Endoscopy revealed an infiltrative lesion of the esophagus along with ulcerated vegetative lesions of gastric body and antrum. Gastric hemorrhage was endoscopically controlled. The family initially agreed with the introduction of a self-expanding prosthesis in the esophagus alone. On re-evaluation one month later the possibility of gastric obstruction was discussed and the introduction of a pre-pyloric endoprosthesis was agreed upon. Significant improvement in life quality was observed in the last nine months of survival following introduction of the second prosthesis.

keywords

Endoscopy

Prostheses and Implants

Neoplasms

Serviço de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva do Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora

¹ E-mail: lincoln@jedcenter.com.br

INTRODUÇÃO

Endopróteses auto-expansíveis são dispositivos que podem ser utilizados no aparelho digestivo com objetivo de restituir a patência da luz, sendo consideradas ferramentas bem estabelecidas e minimamente invasivas. Desde 1992, estudos científicos ressaltam sua segurança e eficácia na abordagem de obstruções malignas do trato gastrointestinal (TGI) (YIM *et al.*, 2001).

Antes do desenvolvimento de endopróteses auto-expansíveis, o único meio para a restituição da continuidade do trânsito era através de cirurgias paliativas (gastroenteroanastomose, enterostomia, outras). Embora ainda consideradas padrão-ouro, não são isentas de riscos, podendo acarretar aumento nas taxas de morbidade e mortalidade (NEVITT *et al.*, 1998).

Endopróteses auto-expansíveis são estruturas metálicas de diversas formas e tamanhos que variam de acordo com o fabricante e o órgão onde são utilizadas. As que são cobertas por membrana previnem o crescimento tumoral por entre a malha da prótese e, conseqüentemente, a reobstrução da luz.

A utilização de múltiplas próteses na abordagem de tumores localizados em pontos distintos é rara, sendo poucos os casos relatados na literatura (BERNIK *et al.*, 2000).

Entre as indicações clássicas para a utilização de endopróteses auto-expansíveis no TGI estão as obstruções malignas de esôfago, estômago, duodeno, intestino delgado, via biliar e papila. O carcinoma avançado de cabeça pancreática é a causa mais comum de obstrução maligna da região duodenal (BARON; HAREWOOD, 2003).

A maioria dos pacientes com obstrução proximal do TGI somente desenvolverá sintomas em fases tardias de sua doença, tais como náuseas, vômitos, plenitude pós-prandial e emagrecimento (NEVITT *et al.*, 1998), além daqueles sintomas específicos decorrentes da localização do tumor.

Relatamos a seguir um caso em que neoplasias malignas gástrica e esofágica concomitantes foram abordadas com colocação de endopróteses auto-expansíveis.

RELATO

IGB, 92 anos, feminina, branca, residente em Juiz de Fora, foi encaminhada ao serviço de Endoscopia com quadro de disfagia progressiva, inicialmente para sólidos e, posteriormente, também referida para líquidos. Somava-se uma anemia crônica de etiologia desconhecida, confirmada como anemia de padrão hipocrômico microcítico (++)/4 no exame laboratorial da admissão. Ao exame físico, a paciente encontrava-se estável, lúcida, orientada, hidratada e afebril. O abdome estava flácido, sem sinais de irritação peritoneal, sendo a palpação indolor, sem percepção de tumor

abdominal. Relatava ser hipertensa em uso de medicação, apresentando à admissão pressão arterial de 110x70mmHg e frequência cardíaca de 80bpm.

A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou lesão infiltrante, subestenotante e friável, localizada em esôfago distal, medindo cerca de 8cm e ocupando toda a circunferência esofágica

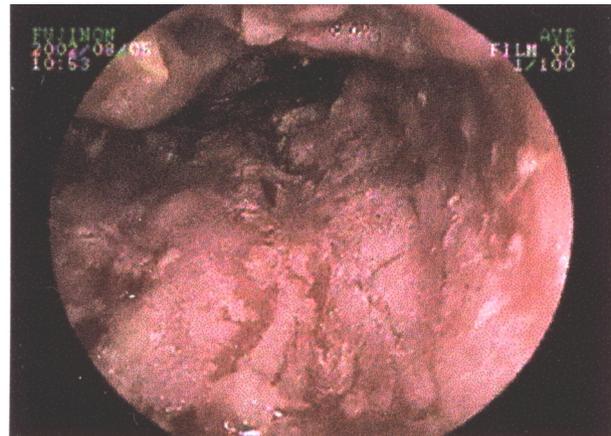


Figura 1: Endoscopia Digestiva Alta - lesão infiltrante e subestenotante em esôfago distal

Na transição do corpo para o antro e avançando sobre este, grandes lesões vegetantes e ulceradas sangravam facilmente ao toque do aparelho e dificultavam sua passagem através do piloro.



Figura 2: Lesões vegetantes e ulceradas através do piloro.

Procedeu-se à hemostasia das lesões sangradoras com alcoolização das mesmas, seguida de dilatação pneumática do esôfago com balão dilatador 10 a 12mm CRE Boston. Os exames anatomopatológicos das lesões, esôfago e estômago revelaram tratar-se de adenocarcinoma. A opção das endopróteses foi oferecida à família.

Após três meses do diagnóstico, com piora da disfagia, a paciente foi encaminhada para colocação de endoprótese auto-expansível, inicialmente, a pedido da família, somente na lesão esofágica.

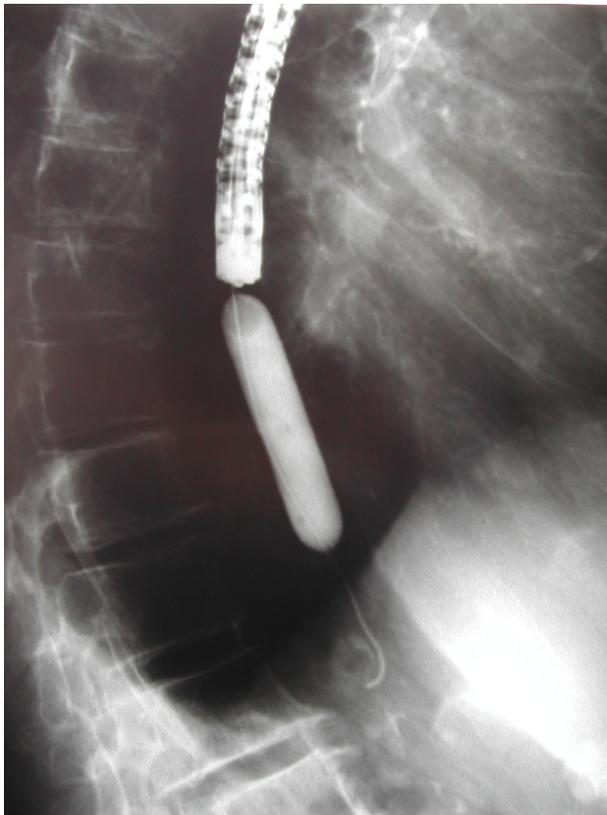


Figura 3: Endoprótese na lesão esofágica.



Figura 4: Endoprótese na lesão esofágica.

Após nova reavaliação e explicação da possibilidade de obstrução gástrica, procedeu-se, um mês depois, à colocação de endoprótese na lesão transpilórica.

Para o esôfago, utilizou-se o modelo Ultraflex niti-nol mesh stent e, para a região transpilórica, o modelo Wallstent.

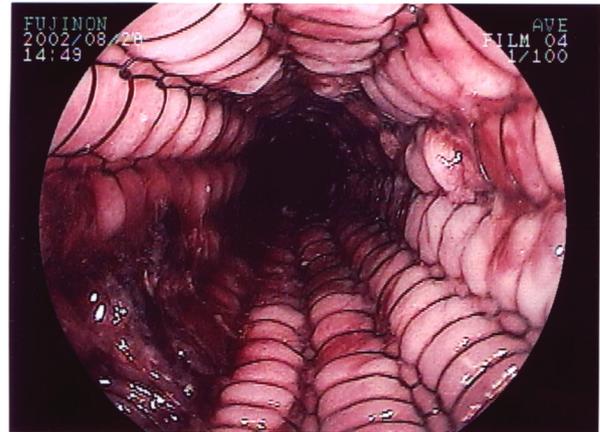


Figura 5: Visão endoscópica da endoprótese sobre lesão transpilórica.

A paciente evoluiu bem, não apresentando intercorrências posteriores aos dois procedimentos. Aceitou bem a dieta e não referiu dor após colocação das próteses. Evoluiu com melhora da anemia, disfagia e do estado geral. Não foi realizada Quimioterapia ou Radioterapia. Houve significativa melhora da sua qualidade de vida, tendo o óbito ocorrido nove meses após a colocação da última prótese.

A família, representante legal da paciente, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, foi devidamente informada e permitiu a realização deste artigo científico.

DISCUSSÃO

A obstrução maligna da porção proximal do TGI, historicamente, teve como principal opção terapêutica a abordagem cirúrgica com a confecção de bypass (NEVITT *et al.*, 1998). Tal obstrução é considerada, na maioria das vezes, complicação tardia dos processos neoplásicos. Estas lesões acarretam prejuízo significativo na qualidade de vida dos pacientes (HOLT *et al.*, 2004).

Ao considerar o perfil destes pacientes, observam-se, com grande frequência, pessoas idosas, francamente debilitadas, em estadiamentos avançados, muitas vezes incapazes de se submeter a procedimentos cirúrgicos (SOETIKNO *et al.*, 1998). Diante de tal aspecto, a abordagem operatória, embora considerada padrão-ouro, tem seu valor limitado pelos altos índices de morbidade e mortalidade (HOLT; PATEL; AHMED, 2004).

O uso de endoprótese auto-expansível tornou-se assim uma terapia alternativa segura, efetiva e menos invasiva (KAW *et al.*, 2003), capaz de obter melhora clínica em cerca de 80% a 90% dos casos. Em mãos experientes, a taxa de sucesso no posicionamento das próteses alcança 100% (HOLT; PATEL; AHMED, 2004).

Segundo recente guidelines publicado no Reino Unido (ALLUM *et al.*, 2002), a escassez de publicações na literatura demonstra a limitada experiência com esta terapia, apesar da comprovada eficácia do método. Não há estudos prospectivos e randomizados que comparem os resultados da terapia endoscópica com a cirúrgica na palição de obstrução maligna gastrointestinal. Geralmente, observam-se estudos retrospectivos com populações diferentes, tipos variados de endopróteses e taxas variadas de sucesso e complicação (BARON, 2003; FERETIS, 1997).

Em 2001, um estudo retrospectivo comparou os resultados obtidos com procedimentos cirúrgicos e aqueles com endopróteses. Os autores observaram que a terapia endoscópica acarretava menor número de dias de internação hospitalar, menor número de procedimentos intra-hospitalares e menor custo (YIM *et al.*, 2001).

Com relação ao custo, SOETIKNO *et al.* (1998) demonstraram que a utilização de endoprótese auto-expansível possui melhor relação custo benefício quando comparada a gastrojejunostomia, uma vez que a colocação das próteses dispensa a utilização de centros cirúrgicos, proporciona uma recuperação mais rápida dos pacientes com menor hospitalização e menor morbidade.

Embora Holt, Patel e Ahmed (2004) tenham concluído, em seu artigo de revisão, que o procedimento endoscópico é seguro, não sendo descrito nenhum resultado adverso relacionado ao procedimento ou as endopróteses especificamente, relatos de posicionamento inadequado, perfuração, obstrução decorrente de crescimento tumoral, migração de próteses, fístula e hemorragia provocada por erosão da mucosa têm sido observados na literatura (BARON, 2003; HOLT, 2004; FERETIS *et al.*, 1997; YIM *et al.*, 2001). Oclusão sintomática da endoprótese por invasão do tumor ou por alimentos impactados pode ocorrer e deve ser tratada endoscopicamente. (BARON; HAREWOOD, 2003).

Poucas informações estão disponíveis acerca da evolução em longo prazo dos pacientes com endoprótese auto-expansível, obviamente, decorrente da pequena sobrevida destes doentes devido ao estágio avançado de sua doença (FERETIS *et al.*, 1997). Há relatos de sobrevida entre cinco e 16 semanas (BARON; HAREWOOD, 2003). No caso apresentado, observou-se sobrevida de 36 semanas, demonstrando ganho significativo se comparado aos dados da literatura consultada.

CONCLUSÃO

Diante do caso exposto, concluímos que a utilização de endoprótese auto-expansível no tratamento de obstrução maligna do TGI mostrou-se uma terapia paliativa segura, com melhor custo-benefício, eficaz e com menores taxas de morbidade e mortalidade, o que acarretou ganho inegável na qualidade de vida da paciente em questão, fato este já relatado na literatura referente à abordagem de pacientes com neoplasias do TGI em estádios avançados.

REFERÊNCIAS

- ALLUM, W.H. *et al.*, D. Guidelines for management of oesophageal and gastric cancer. **Gut**, n. 50, p. VI-23, 2002.
- BARON, T.H.; HAREWOOD, G.C. Enteral self-expandable stents. **Gastrointest Endosc**, n. 58, p. 421-33, 2003.
- BERNIK, T.R. *et al.*, Palliative treatment of recurrent obstructing gastric cancer. A case report of successful treatment with three self-expanding metallic stents. **Surg Endosc**, n. 594, p. 594, 2000.
- FERETIS, C. *et al.*, N. Duodenal obstruction caused by pancreatic head carcinoma: palliation with self-expandable endoprosthesis. **Gastrointest Endosc**, n. 46, p. 161-5, 1997.
- HOLT, A.P.; PATEL, M.; AHMED, M.M. Palliation of patients with malignant gastroduodenal obstruction with self-expanding metallic stents: the treatment of choice? **Gastrointest Endosc**, n. 60, p.1010-7, 2004.
- KAW, M. *et al.*, Role of self-expandable metal stents in the palliation of malignant duodenal obstruction. **Surg Endosc**, n 17, p. 646-50, 2003.
- NEVITT, A.W. *et al.*, Expandable metallic prostheses for malignant obstructions of gastric outlet and proximal small bowel. **Gastrointest Endosc**, n. 47, p. 271-6, 1998.
- SOETIKNO, R.M. *et al.*, Palliation of malignant gastric outlet obstruction using an endoscopically placed Wallstent. **Gastrointest Endosc**, n. 47, p. 267-70, 1998.
- YIM, H.B. *et al.*, Clinical outcome of the use of enteral stents for palliation of patients with malignant upper GI obstruction. **Gastrointest Endosc**, n. 53, v. 3, p. 329-32, 2001.

Enviado em 20/03/2006

Aprovado em 13/12/2007