



Cirurgia Paliativa em Pacientes com Tumor Periampular Irressecável: Estudo Retrospectivo de 5 Anos em um Hospital em São José dos Campos – SP

Surgical Palliation in Patients with Unresectable Periampullary Tumor: a Retrospective Study of 5 Years in a Hospital in the City of São José dos Campos - SP

José Henrique Gomes
Torres,¹
Rosyane Rena de Freitas.²

RESUMO

Objetivo: Avaliar diferentes métodos paliativos quanto a sua resolução, complicações e sobrevida em pacientes com tumor periampular irressecável. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo com análise dos prontuários de pacientes com tumor periampular irressecável e que foram submetidos a procedimento paliativo no Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence nos últimos cinco anos. **Resultados:** O principal tumor periampular foi o de cabeça de pâncreas, com incidência de 94%, acometendo pacientes com média de 66 anos, sem preferência por sexo. Os procedimentos mais realizados foram derivação biliar e colocação de endoprótese através de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, apresentando sobrevidas de 586 e 56 dias, respectivamente. **Conclusão:** A coledocojejunostomia foi o procedimento mais realizado e apresentou menor tempo de internação e maiores sobrevida e tempo de permanência anictérico. Pneumonia foi a complicação mais frequente.

Palavras chave: Câncer pancreático, Colangiocarcinoma, Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objective: To evaluate different palliative methods concerning its resolution, complications and survival in patients with unresectable periampullary tumor. **Materials and methods:** Retrospective study analysing records of patients with unresectable periampullary tumor and who underwent palliative procedure in the Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence in the past five years. **Results:** The main periampullary tumor was the head of the pancreas, with an incidence of 94%, affecting patients with an average of 66 years old, regardless of gender. The most common procedures were bypass and biliary stent, with survival rates of 586 and 56 days, respectively. **Conclusion:** Coledocojejunostomy was the procedure which was the most often performed and showed a shorter hospital stay and longer survival time and time without jaundice. Pneumonia was the main complication.

Keywords: Pancreatic cancer, Cholangiocarcinoma, Palliative care

1. Médico. Residente do Programa de Cirurgia Geral no Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence. São José dos Campos - SP
2. Médica. Cirurgiã Oncológica pelo Hospital Erasto Gaertner (Curitiba), Mestre em Oncologia pelo Hospital A. C. Camargo (São Paulo). Preceptora do Programa de Cirurgia Geral no Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence – Oncologia Abdominal (São José dos Campos – SP). Chefe do Serviço de Oncologia Ginecológica e Oncologia Cutânea do Hospital São Francisco de Assis (Jacareí – SP).

Instituição: Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence – São José dos Campos/SP

Recebido em outubro de 2013

Aceito em dezembro de 2013

Correspondência:

José Henrique Gomes Torres
Rua Saigiro Nakamura, 800. Vila Industrial
São José dos Campos - SP.
E-mail: josehenrique_gt@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os tumores periampulares compreendem um grupo de neoplasias que mantém estreita relação anatômica com a papila de Vater. Dentre eles estão os tumores de cabeça de pâncreas, de papila, via biliar distal e duodeno.¹

O câncer pancreático é o quarto colocado entre as causas de morte relacionadas a câncer nos Estados Unidos e implica em consideráveis gastos, tanto médicos e hospitalares, no tratamento de pacientes com tumores ressecáveis e paliativos, quanto em financiamento dos anos de vida produtivos perdidos, principalmente em pacientes jovens.² Este tumor apresenta as formas endócrina e exócrina, sendo esta última a responsável por 95% dos casos. O tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma ductal e aproximadamente 80% dos casos são considerados irrissecáveis quando do diagnóstico, com doença localmente avançada ou metástase a distância.³

Os indivíduos portadores de câncer pancreático apresentam idade média de 65 anos quando do diagnóstico. Observa-se predomínio de casos no sexo masculino, e diabetes e pancreatite recorrente parecem ser possíveis fatores de risco para o desenvolvimento desta neoplasia. O diagnóstico geralmente ocorre em fase avançada da doença e grande parte dos pacientes tem o tumor considerado irrissecável, sendo então encaminhada para palição.^{4,5,6}

O adenocarcinoma do duodeno é uma neoplasia rara que corresponde a 0,3% dos carcinomas do trato gastrointestinal e 33 a 45% dos carcinomas do intestino delgado. O diagnóstico frequentemente é tardio devido a sintomatologia inespecífica. O tratamento definitivo é cirúrgico, todavia, muitos pacientes são submetidos a tratamentos paliativos, em decorrência do diagnóstico tardio.⁷

Colangiocarcinomas são tumores malignos originados do epitélio das vias biliares e vesícula biliar. São raros, mas sua incidência tem aumentado no mundo, e representam 3% dos tumores do trato gastrointestinal.⁸

Os indivíduos com doença em estágio avançado, que não são candidatos a tratamento definitivo por irrissecabilidade do tumor ou doença metastática, podem se submeter a procedimentos de decompressão da via biliar visando a melhora da icterícia, prurido e dor, e prevenir colangite e disfunção hepática colestática.^{9,10,11}

A obstrução biliar ocorre em torno de 37% dos pacientes com tumor de cabeça de pâncreas. O tratamento da obstrução biliar envolve o procedimento de derivação, a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada, ou ainda a drenagem transhepática percutânea. A cirurgia de derivação biliar obtém baixas taxas de recorrência da icterícia, em torno de 2 a 5%, mas apresenta morbidade e mortalidade pós-operatória expressivas, que chegam a 24%. O local de obstrução é fator determinante na escolha do procedimento: obstrução distal pode ser tratada cirurgicamente, endoscopicamente ou por via percutânea. Obstruções proximais são mais complexas e exigem a combinação de procedimentos endoscópicos e percutâneos para a palição adequada.^{12,13}

A hepaticojejunoanastomose é confeccionada utilizando-se uma alça jejunal a 40 – 60 cm do ângulo de Treitz. A anastomose pode ser antecólica ou retrocólica, dependendo do tumor e da via de acesso. Uma reconstrução com Y-de-Roux pode ser elaborada, prevenindo-se uma futura obstrução do trânsito intestinal. A colecistojejunoanastomose pode ser realizada se a inserção do ducto cístico estiver acima do local da obstrução biliar, e para tal, é utilizada uma alça antecólica de jejuno.¹²

Pacientes com tumor irrissecável que foram submetidos a gastroenterostomia

retrocólica em Y-de-Roux com hepaticojejunostomia e bloqueio do plexo celíaco tiveram uma sobrevida de 192 dias e 164 dias de permanência fora do hospital, médias maiores que os submetidos a tratamentos endoscópicos.^{14,15}

Com relação à obstrução da via biliar, a colecistojejunostomia é preferida em alguns serviços como método de palição porque é uma técnica simples, de fácil execução e com tempo operatório reduzido. Todavia, apresenta algumas deficiências. Primeiro, em cerca de 10% dos pacientes o ducto cístico desemboca na parte inferior do colédoco, apresentando obstrução devido ao tamanho da tumoração em cabeça do pâncreas ou mesmo de metástase linfonodal local. Segundo, para determinar a permeabilidade do ducto cístico, é necessário uma colangiografia intra operatória, que eleva o tempo cirúrgico. Terceiro, quando a parede da vesícula está comprometida por um processo inflamatório crônico, geralmente associado a colelitíase, o procedimento não deve ser realizado. Por fim, a incidência de obstrução do ducto cístico no pós-operatório, com recorrência da icterícia e aparecimento de colecistite, é significativamente maior que na derivação hepaticojejunal.¹⁶ Rosemurgy *et al* reportaram que a taxa de sucesso para resolução da icterícia com a colecistojejunostomia e com a hepaticojejunostomia era 89% e 97% respectivamente enquanto a incidência de recorrência da icterícia e colangite era de 20% e 8% respectivamente.¹⁷ Coledocojejunostomia e hepaticojejunostomia são preferidos a colecistojejunostomia por propiciarem maior durabilidade desobstrução biliar.¹⁸ Em uma revisão de 9807 pacientes de 37 grupos com carcinoma de pâncreas, Watanapa e seus colaboradores encontraram uma taxa de mortalidade da hepaticojejunostomia de 7% e um período de sobrevida de 9,2 meses. Ao mesmo

tempo, a taxa de mortalidade da colecistojejunostomia foi de 10% e a sobrevida de 6,7 meses.¹⁹

Em torno de 10 a 20 % dos pacientes com tumor periampular irressecável desenvolverão sintomas de obstrução gástrica, necessitando de gastrojejunostomia ou terapia endoscópica. A realização de gastroenteroanastomose profilática concomitante ao procedimento de derivação biliar não aumentou a permanência hospitalar e as taxas de complicações e evitou a ocorrência de reinternações por obstrução gástrica.²⁰

Em estudo retrospectivo para comparação de ressecção tumoral paliativa e derivação biliar e gástrico, observou-se que o tempo de sobrevida média do primeiro procedimento era de 7,5 meses e do segundo de 6 meses. Entretanto, não se evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os procedimentos quanto a sobrevida e morbidade, mas houve melhor qualidade de vida naqueles submetidos a dupla derivação.²¹ Segundo trabalho de Tachezy *et al*, evidenciou-se que para tumor de pâncreas irressecável a cirurgia paliativa de derivação biliar e gástrica (hepaticojejunostomia com gastroenteroanastomose) mostrou-se de menor mortalidade e com menor permanência hospitalar quando comparada a cirurgia paliativa com ressecção a R2, sem diferença estatística na sobrevida.²² Em revisão sistemática envolvendo 4 estudos de coorte, envolvendo 399 pacientes, observou-se que as ressecções paliativas estiveram associadas a maior tempo cirúrgico e de internação, além de apresentar maior mortalidade e morbidade que cirurgias de derivação.²³

Em pacientes com tumor periampular irressecável que apresentam icterícia, o tratamento endoscópico paliativo é uma opção. Utilizando-se uma prótese constituída de materiais diversos como plástico, metal e dupla camada obtém-se melhora dos sintomas obstrutivos

e da qualidade de vida. Entretanto, essas próteses possuem limitações quanto aos seus custos e possível disfunção. Segundo Elwir *et al*, as próteses permitiram uma patência por período de 4 a 602 dias.²⁴ Em estudo sobre prognóstico de pacientes com tumor de pâncreas, evidenciou-se que a presença de metástase a distância constituiu o único fator prognóstico independente. Observou-se sobrevivência média de 3,1 e 6,6 meses para pacientes com e sem metástases à distância, submetidos a drenagem de via biliar com endoprótese.²⁵

A drenagem da via biliar por punção transhepática está indicada em casos de tumores obstrutivos proximais e em casos em que a terapia endoscópica falha. Os pacientes submetidos a esse procedimento apresentam média de permanência hospitalar de 20 dias, com 19% não apresentando redução significativa da bilirrubina. As complicações neste trabalho foram colangite e pancreatite. Os óbitos ocorreram por colangite e pneumonia. O tempo médio entre a queda da bilirrubina e a morte do paciente foi de 25 dias.²⁶ A drenagem biliar percutânea mostrou-se efetiva no alívio do prurido em pacientes com neoplasia periampular maligna, mas não trouxe melhoria estatisticamente significativa na qualidade de vida dos pacientes. Os pacientes tiveram sobrevida média de 4,74 meses após a drenagem.²⁷ Segundo trabalho retrospectivo avaliando uso de stent ou cirurgia paliativa, hepaticojejunostomia em Y-de-Roux e gastrojejunostomia, não observou-se diferença significativa entre a mortalidade e complicações. A taxa de readmissões foi maior no grupo stent (39,4% versus 13,0%), e a sobrevida dos pacientes submetidos a cirurgia foi maior, 382 versus 135 dias.²⁸

A mortalidade foi de 3,1% na dupla derivação e morbidade de 22%. As complicações pós operatórias dos procedimentos paliativos foram o retardo no esvaziamento gástrico em 9%, vazamento bile em 5%, abscesso intra

abdominal em 4% e infecção de ferida em 4%. O tempo de permanência hospitalar foi de 10,1 dias. Os pacientes submetidos a procedimentos paliativos apresentaram um tempo médio de vida de 17 meses, mediana de 8,5 meses.²⁹

Diante das possibilidades cirúrgicas paliativas a serem empregadas em pacientes com tumor periampular irressecável, esse trabalho visa avaliar diferentes métodos paliativos quanto a sua resolução, complicações e sobrevida em pacientes com tumor periampular irressecável.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho foi realizado no período de setembro de 2012 a setembro de 2013, tratando-se de um estudo retrospectivo, com análise dos prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de tumor periampular irressecável, submetidos à cirurgia paliativa no Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence, no período de 2008 a 2012, cujo objetivo foi avaliar diferentes tratamentos paliativos para pacientes com tumor periampular irressecável, quanto ao tempo necessário para a resolução paliativa da cirurgia, a sobrevida dos pacientes e complicações dos procedimentos efetuados.

A coleta dos dados foi realizada pelos próprios autores, sendo pesquisadas as características gerais do paciente: nome, número do prontuário, data da internação, sexo, e idade; condição clínica do paciente: Classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) e comorbidades; caracterização da neoplasia: tipo de tumor periampular (duodeno, colédoco, papila e cabeça de pâncreas), estadiamento, presença de icterícia, nível das bilirrubinas, presença de dilatação de vias biliares, presença de distensão da vesícula biliar, presença de obstrução duodenal; tipo de cirurgia realizada e se foi realizada

gastroenteroanastomose; evolução pós-operatória: complicações imediatas, tempo de permanência hospitalar, tempo para melhora da icterícia, tempo de permanência anictérico, número de reinternações e sobrevida.

A população estudada foi composta de indivíduos portadores de tumor periampular irressecável e que foram submetidos à cirurgia paliativa no Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence, no período de 2008 a 2012. Os pacientes operados em outros serviços, aqueles submetidos à cirurgia curativa e os que apresentavam prontuário incompleto foram desconsiderados. Os dados foram agrupados e tabelados em números absolutos e porcentagens.

O presente estudo é isento de conflito de interesses e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr José de Carvalho Florence, sob o protocolo número 054/12.

RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 98 prontuários de pacientes com diagnóstico de tumor periampular segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10). Destes, apenas 16 constituíram-se de pacientes com tumor periampular em estágio avançado e que foram submetidos a alguma forma de procedimento paliativo.

Os pacientes selecionados tiveram suas internações compreendidas no período de junho de 2009 a novembro de 2012. A idade dos pacientes variou de 49 a 83 anos, com média de 66 anos. Homens e mulheres tiveram 8 pacientes cada. Quanto à classificação da ASA, dois pacientes foram classificados como 1, nove foram classificados como 2, três como 3 e dois como 3E. Dentre as comorbidades presentes, as mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica, com 6 casos, seguida de diabetes com 3 casos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes com tumor periampular em estágio avançado e que foram submetidos a alguma forma de procedimento paliativo

Características	Valores
<i>Idade</i>	49 a 83 anos (média: 66 anos)
<i>ASA</i>	
1	2
2	9
3	3
3E	2
<i>Comorbidades</i>	
Hipertensão	6
Diabetes	3
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	2
Fibrilação atrial	1
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1
Insuficiência Renal Crônica	1
Cirrose hepática	1

O tipo de tumor predominante entre os pacientes foi o de cabeça de pâncreas, com 15 casos, havendo apenas 1

caso de tumor coledociano. Não foram encontrados casos de tumor de papila e duodeno. Observou-se que nove pacientes

(56,3%) encontravam-se em estágio IV de sua doença e 7 (43,7%) em estágio III. Todos os pacientes apresentaram-se icterícos à internação, com bilirrubina total variando de 5,4 a 19,7mg/dL e média de 13,0mg/dL e bilirrubina direta com níveis de 4,0 a 17,0 mg/dL e média de 11,0 mg/dL, conforme mostrado na tabela 2.

As vias biliares dos pacientes apresentavam-se dilatadas, com diâmetros de 1,2 a 2,5 cm e média de 1,7cm e doze

pacientes apresentavam distensão da vesícula biliar. Observou-se que 5 (31,2%) dos pacientes apresentavam sinais de compressão duodenal, mas apenas 2 destes foram submetidos a gastroenterostomia. Três pacientes sem sinais de obstrução ao diagnóstico do tumor periampular foram submetidos à gastroenterostomia profilática e nenhum deles apresentou obstrução posterior no seguimento.

Tabela 2 - Características clínicas do tumor e repercussão nas vias biliares

Dados	Valores
<i>Estadiamento</i>	
III	43,7%
IV	56,3%
Presença icterícia	100%
Bilirrubina total pré-operatório	5,4 – 19,7mg/dL (média: 13,0mg/dL)
Bilirrubina direta pré-operatório	4,0 – 17,0mg/dL (média: 11,0mg/dL)
Diâmetro via biliar	1,2 – 2,5cm (média: 1,7cm)
Presença distensão vesícula biliar	75,0%
Presença obstrução duodenal	31,2%

Na tabela 3 é observado que a cirurgia mais realizada entre os pacientes foi a derivação biliodigestiva coledocojejunal em Y de Roux, realizada em 7 pacientes (43,7%); seguida de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) com dilatação e colocação de endoprótese, em 4 pacientes (25%); punção de via biliar guiada por tomografia computadorizada, em 3 (18,7%); colecistostomia e drenagem de via biliar com dreno de Kher, em apenas 1 paciente cada (6,3%). Dos pacientes

submetidos a CPRE, um também foi submetido a colecistostomia e outro a gastroenterostomia.

O tempo de permanência hospitalar variou de 4 a 31 dias, com média de 5,6 dias. O tempo para melhora da icterícia variou de 8 a 30 dias, com média de 20,6 dias, e a permaneceram anictérico por 15 a 1185 dias, com média de 495 dias. A sobrevida dos pacientes submetidos à derivação biliodigestiva coledocojejunal foi de 17 a 1170 dias, com média de 585,5 dias. Os pacientes submetidos a CPRE

exclusiva permaneceram internados de 5 a 18 dias, com média de 9,5 dias. Houve melhora da icterícia entre 5 e 24 dias, média de 12,3 dias, persistindo anictérico por 7 a 92 dias, média de 46,3 dias. Um paciente permaneceu icterico por todo o período. A sobrevida variou de 3 a 120 dias, com média de 56,2 dias. Nos pacientes submetidos a punção de via biliar guiada por tomografia a permanência hospitalar variou de 5 a 18 dias, com média de 9,6 dias. A melhora da icterícia ocorreu entre 6 e 8 dias, com média de 7 dias, sendo que uma paciente permaneceu icterica. O

paciente que foi submetido a colecistostomia exclusiva permaneceu internado por 11 dias e após a alta não prosseguiu no acompanhamento ambulatorial ou teve reinternação. O paciente que teve o dreno de Kher colocado na via biliar permaneceu internado por 16 dias, havendo melhora da icterícia com 20 dias, persistindo anictérico por 90 dias com reinternação por perda do dreno. Teve sobrevida de 90 dias (Tabela 3).

Tabela 3 - Desfecho dos procedimentos quanto ao tempo de internação, sobrevida e evolução da icterícia.

	Procedimento	Internação *	Melhora icterícia*	Permanência anictérico*	Sobrevida*
Derivação coledocojejunal	43,7%	4 – 31	8 – 30	15 – 1185	17 – 1170
CPRE	25,0%	5 – 18	5 – 24	7 – 92	3 – 120
Punção guiada por Tomografia	18,7%	5 – 18	6 – 8	-----	-----
Colecistostomia	6,3%	11	-----	-----	-----
Dreno de Kher	6,3%	16	20	90	90

* tempo em dias.

Dos pacientes submetidos à derivação biliodigestiva coledocojejunal em Y de Roux, 2 apresentaram pneumonia no pós operatório, conforme exposto na tabela 4. Esses pacientes apresentaram 7 reinternações, sendo as causas pancreatite aguda e evisceração, dor abdominal, vômitos, brida, pneumonia e trombose venosa profunda.

Entre os pacientes submetidos a CPRE exclusiva não houve complicações, mas naquele em que gastroenterostomia

também foi realizada apresentou pancreatite aguda pós CPRE e seroma da ferida operatória. Ocorreram 3 reinternações, uma por colangite e outra por dor abdominal, e aquele submetido a CPRE e gastroenterostomia apresentou sepse por coleção abdominal.

Os pacientes submetidos à punção de via biliar guiada por tomografia não apresentaram complicações imediatas. Apresentaram reinternações por dor abdominal e acidente vascular encefálico,

tendo-se perdido o seguimento após. Aquele paciente em que foi colocado dreno de Kher na via biliar não apresentou

complicações imediatas, teve reinternação por perda do dreno (Tabela 4).

Tabela 4 - Causas de complicação e reinternação para os procedimentos

	Complicações	Reinternações
Derivação coledocojejunal	Pneumonia (2)	Pancreatite aguda (1)+ Evisceração (1) Dor abdominal (1) Vômitos (1) Brida (1) + pneumonia (1) Trombose venosa profunda (1)
CPRE	Pancreatite aguda (1) + seroma ferida operatória (1)	Sepse (1) Dor abdominal (1) Colangite (1)
Punção guiada por Tomografia	-----	Acidente vascular encefálico (1) Dor abdominal (1)
Colecistostomia	-----	-----
Dreno de Kher	-----	Perda do dreno (1)

DISCUSSÃO

Dentre os tumores periampulares, o tipo mais comum é o tumor de cabeça de pâncreas, sendo encontrado em 94% dos casos,²⁹ o que também foi observado no presente trabalho.

O diagnóstico do câncer de pâncreas ocorreu em pacientes com média de 66 anos, semelhante ao encontrado na literatura. Entretanto, houve igualdade de ocorrência do número de casos quanto ao sexo, contrastando com outros trabalhos que evidenciaram predomínio no sexo masculino.⁴⁻⁶

Gobbi *et al* evidenciaram a hipertensão arterial sistêmica e diabetes

melito como as comorbidades mais frequentes em pacientes com câncer pancreático, achado também observado nesse estudo.⁴

A maioria dos indivíduos, 56%, encontrava-se no estágio IV e 44% em estágio III. Na literatura também é relatado maior número de casos no estágio IV, mas em maior proporção, sendo de 78%. O estágio III do tumor pancreático foi referido em 22% dos doentes.⁴ Todavia, Weber *et al* encontraram maior número de pacientes no estágio III.²⁵ Kneuert *et al* relatam predomínio dos pacientes ASA 1 e 2 em suas pesquisas, o que também foi observado nesse estudo, onde 56% dos pacientes eram ASA 2.¹¹ Quando presente, a icterícia

ocorre em 72% dos pacientes à época do diagnóstico do tumor periampular,¹¹ o que contrasta com o presente trabalho, no qual todos os pacientes apresentavam-se icterícos. Na literatura observa-se valores de bilirrubina total média variando de 3 a 10,7mg/dL, valores inferiores ao observado neste trabalho.²⁵

Ao diagnóstico do tumor pancreático, 31% dos pacientes apresentavam sinais de obstrução gástrica, sendo este um achado variável entre os autores, com valores de 11 a 55%.^{11,20} Estudos mostram que 19% dos pacientes sem sinais de obstrução gástrica inicial não submetidos a gastrojejunostomia profilática desenvolveram obstrução, e que nenhum indivíduo desenvolveu obstrução ao ter se submetido ao procedimento previamente.²⁰ Nos pacientes pesquisados, nenhum apresentou obstrução, independentemente se realizado ou não gastrojejunostomia.

Pacientes que foram submetidos a cirurgia de derivação apresentaram menor período de permanência hospitalar que aqueles submetidos a colocação de endoprótese, apesar do período para haver melhora da icterícia ter sido menor no segundo grupo. Quanto a sobrevida, esta foi mais longa naqueles que foram submetidos a procedimento cirúrgico. Tal fato poderia ser justificado pela maior gravidade dos pacientes com endopróteses, pois seu quadro clínico debilitado impediria a realização de cirurgia. Tais achados também são relatados por outros autores.^{11,28}

As reinternações não demonstraram uma causa principal quando analisados separadamente os pacientes que se submeteram a procedimento cirúrgico ou endoscópico. Entretanto, ao avaliar as causas de reinternações para todos os pacientes, observa-se predomínio da dor abdominal. Scott *et al* evidenciaram que as principais causas de reinternações em pacientes cirúrgicos foram a icterícia e sepse, e entre os tratados com método endoscópico foi o vômito.²⁸

Segundo trabalho de Robson *et al*, a punção de via biliar guiada por tomografia mostrou-se um bom método para promover melhora da icterícia, sem melhorar qualidade de vida, e com esses pacientes apresentando alta mortalidade precoce.²⁷ Devido aos poucos pacientes que se submeteram a esse procedimento e a falta de seguimento, não dispõe-se de dados sobre a evolução dos mesmos. Pode-se inferir que também tiveram mortalidade precoce, devido a doença em estágio avançado e da gravidade do quadro, que não permitiu a realização de procedimento cirúrgico.

No pós-operatório, uma complicação comum que também contribuiu diretamente para aumentar a mortalidade dos pacientes cirúrgicos foi a pneumonia.²⁸ Outros citam como complicação mais comum a infecção de ferida operatória.^{11,22} Na presente série, apenas um paciente apresentou seroma da ferida operatória. As outras complicações foram episódios de pneumonia, fator que

pode ter implicado na evolução do paciente, o qual apresentou evisceração no pós-operatório tardio.

Kneuertz *et al* relatam a ocorrência de obstrução das derivações gástrica e biliar, sendo consideradas falhas da cirurgia paliativa.¹¹ Nos pacientes submetidos a esses procedimentos, não foram encontradas complicações semelhantes, entretanto, deve-se considerar que a amostra do presente estudo é demasiadamente pequena.

As cirurgias de derivação biliar e gástrica em tumor periampular irresssecável não possuem intuito curativo, e sim, proporcionar qualidade de vida aos pacientes. Não obstante, a sobrevida desses pacientes parece não sofrer alteração com o procedimento, ficando com valores entre 135 e 180 dias.^{11,22,28} Os pacientes submetidos a derivação nesse estudo apresentaram sobrevida de 585 dias, média maior que a observada na literatura. Tal fato poderia ser explicado pela amostra pequena e sendo um paciente jovem e sem comorbidades.

Pacientes mais graves, com comorbidades ou com risco cirúrgico proibitivo são submetidos a procedimentos endoscópicos, porém, o estado geral dos

mesmos acarreta em sobrevida menor nesse grupo quando comparado aos submetidos a cirurgia. A sobrevida dos indivíduos submetidos a colocação de endoprótese foi menor do que a citada na literatura, 56 dias versus 135 dias.²⁸ Este achado poderia ser atribuído a idade mais avançada dos pacientes, todos com mais de 70 anos.

O trabalho retrospectivo apresenta como desvantagem ao trabalho prospectivo o fato de estudar dados secundários. Outra dificuldade apresentada no transcorrer do estudo foi a perda de seguimento dos pacientes, acarretando uma amostra pequena e com dados incompletos, impossibilitando análise estatística entre as formas de procedimentos paliativos realizadas.

CONCLUSÃO

A derivação coledocojejunal foi o procedimento mais realizado e apresentou menor tempo de internação e maiores sobrevida e tempo de permanência anictérico. Estudos prospectivos e com maior número de pacientes são necessários para se estabelecer quais métodos são adequados para cada grupo de pacientes e se há superioridade entre eles.

REFERÊNCIAS

1. Norero E, Viñuela E, Baéz S, Martínez C, Reyes J, Kusanovic R, et al. Resultados actuales de la pancreatoduodenectomía para el tratamiento de los tumores periampulares y análisis de factores pronósticos de sobrevida. *Rev Med Chile*. 2011;139:1015-24.
2. Tingstedt B, Andersson E, Flink A, Bolin K, Lindgren B, Andersson R. Pancreatic cancer, healthcare cost, and loss of productivity: a register-based approach. *World J Surg*. 2011;35:2298-305.
3. Paulson AS, Cao HST, Tempero MA, Lowy AM. Therapeutic advances in pancreatic cancer. *Gastroenterology*. 2013;144(6):1316-26.
4. Gobbi PG, Bergonzi M, Comelli M, Villano L, Pozzoli D, Vanoli A, Dionigi P. The prognostic role of time to diagnosis and presenting symptoms in patients with pancreatic cancer. *Cancer Epidemiol*. 2013;37:186-90.
5. Idilbi NM, Barchana M, Milmam U, Carel RS. Incidence of cancer among diabetic and non-diabetic adult Israeli Arabs. *IMAJ*. 2013;15:342-7.
6. Sharma C, Eltawil KM, Renfrew PD, Walsh MJ, Molinari M. Advances in diagnosis, treatment and palliation of pancreatic carcinoma: 1990-2010. *World J Gastroenterol*. 2011;17(7):867-97.
7. Chung WC, Paik CN, Jung SH, Lee KM, Kim SW, Chang UI, et al. Prognostic factors associated with survival in patients with primary duodenal adenocarcinoma. *Korean J Intern Med*. 2011;26(1):34-40.
8. Aljiffry M, Walsh MJ, Molinari M. Advances in diagnoses, treatment and palliation of cholangiocarcinoma: 1990-2009. *World J Gastroenterol*. 2009;15(34):4240-62.
9. Nakakura EK, Warren RS. Palliative care for patients with advanced pancreatic and biliary cancers. *Surg Oncol*. 2007;16:293-7.
10. Lyons JM, Karkar A, Correa-Gallego CC, D'Angelica MI, DeMatteo RP, Fong Y, et al. Operative procedures for unresectable pancreatic cancer: does operative bypass decrease requirements for postoperative procedures and in-hospital day? *HPB*. 2012;14:469-75.
11. Kneuert PJ, Cunningham SC, Cameron JL, Torrez S, Tapazoglou N, Herman JM, et al. Palliative surgical management of patients with unresectable pancreatic adenocarcinoma: Trend and Lessons learned from a large, single institution experience. *J Gastrointest Surg*. 2011;15(11):1917-27.
12. Hugget MT, Ghaneh P, Pereira SP. Drainage and Bypass procedures for palliation of malignant diseases of the upper gastrointestinal tract. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2010; 22(9):755-63.
13. van der Gaag NA, Castro SMM, Rauws EAJ, Bruno MJ, van Eijck CHJ, Kuipers EJ, et al. Preoperative biliary drainage for periampullary tumors causing obstructive jaundice; DRainage vs. (direct) OPERATION (DROP-trial). *BMC Surgery* 2007 12;7:3.
14. van Djikum EJMN, Romjin MG, Terwee CB, Wit LT, van der Meulen JHP, Lameris HS, et al. Laparoscopic staging and subsequent palliation in patients with peripancreatic carcinoma. *Ann Surg*. 2003;237(1):66-73.
15. Nuzzo G, Clemente G, Greco F, Ionta R, Cadeddu F. Is the chronologic age a contra-indication for surgical palliation of unresectable periampullary neoplasms? *J Surg Oncol*. 2004;88:206-9.
16. Tao KS, Lu YG, Dou KF. Palliative operation procedures for pancreatic head carcinoma. *HBPD Int*. 2002;1:133-6.
17. Rosemurgy AS, Burnett CM, Wasselle JA. A comparison of choledochenteric bypass and cholecystoenteric bypass in patients with biliary obstruction due to pancreatic cancer. *Am Surg*. 1989;55:55-60.
18. Tempero MA, Arnoletti JP, Behrman S, Bem-Josef E, Benson III Al B, Berlin JD. Pancreatic adenocarcinoma: clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010;8(9):972-1017.

19. Watanapa P, Williamson RCN. Surgical palliation for pancreatic cancer: developments during the past two decades. *Br J Surg.* 1992;79:8-20.
20. Lillemoe KD, Cameron JL, Hardacre JM, Sohn TA, Sauter PK, Coleman J, et al. Is prophylactic gastrojejunostomy indicated for unresectable perampullary cancer? A prospective randomized trial. *Ann Surg.* 1999;230(3):322-30.
21. Walter J, Nier A, Rose T, Egberts JH, Schafmayer C, Kuechler T, et al. Palliative pancreaticoduodenectomy impairs quality of life compared to bypass surgery in patients with advanced adenocarcinoma of the pancreatic head. *EJSO.* 2011;37:798-804.
22. Tachezy M, Bockhorn M, Gebauer F, Vashist YK, Kaifi JT, Izbicki JR. Bypass surgery versus intentionally incomplete resection in palliation of pancreatic cancer: is resection the lesser evil? *J Gastrointest Surg.* 2011;15:829-35.
23. Gillen S, Schuster T, Friess H, Kleeff J. Palliative resections versus palliative bypass procedures in pancreatic cancer – a systematic review. *Am J Surg.* 2012;203:496-502.
24. Elwir S, Sharzei K, Veith J, Moyer MT, Dye C, McGarrity T, et al. Biliary stenting in patients with malignant biliary obstruction: comparison of double layer, plastic and metal stents. *Dig Dis Sci.* 2013;58:2088-92.
25. Weber A, Kehl V, Mittermeyer T, Herberich E, Rothling N, Schmid RM, et al. Prognostic factors for survival in patients with unresectable pancreatic cancer. *Pancreas J.* 2012;39(8):1247-53.
26. Sut M, Kennedy R, McNamee J, Collins A, Clements B. Long-Term results of percutaneous transhepatic cholangiographic drainage for palliation of malignant biliary obstruction. *J Palliat Med.* 2010;13(11):1311-13.
27. Robson PC, Heffernan N, Gonen M, Thornton R, Brody A, Holmes R, et al. Prospective study of outcomes after percutaneous biliary drainage for malignant biliary obstruction. *Ann Surg Oncol.* 2010;17:2303-11.
28. Scott EN, Garcea G, Doucas H, Steward WP, Dennison AR, Berry DP. Surgical bypass vs endoscopic stenting for pancreatic ductal adenocarcinoma. *HPB.* 2009;11:118-24.
29. Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, Huang JJ, Pitt HA, Yeo CJ. Surgical palliation of unresectable perampullary adenocarcinoma in the 1990s. *J Am Coll Surg.* 1999;188(6):658-66.

Correspondência: José Henrique Gomes Torres - Rua Saigiro Nakamura, 800. Vila Industrial - São José dos Campos - SP. E-mail: josehenrique_gt@yahoo.com.br