

ADENOMA SEROSO MICROCÍSTICO DE PÂNCREAS E AS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS: RELATO DE CASO

Amira Martins Ghnnoum¹

Rafael Dangoni de Souza Pires²

Otávio Alencar Rodrigues Hilário³

Ovídio Neves Berquó de Passo⁴

Natália Leite Nascimento⁵

Júlia dos Anjos Borges⁶

Resumo: O objetivo principal desse resumo é entender as lesões císticas pancreáticas, com ênfase nos critérios de malignização e indicações cirúrgicas, principalmente do cisto adenoma seroso (CAS), através de exames de imagem e análise laboratorial. As lesões císticas pancreáticas englobam um vasto grupo de doenças que dependem de vários fatores como, origem, conteúdo do líquido e potencial de malignidade, podendo ser caracterizadas como neoplásicas ou não-neoplásicas. Os cistos podem ser identificados e avaliados através de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Em razão da natureza desse resumo, trata-se de um estudo de caso com revisão de literatura sobre lesões císticas pancreáticas, baseada na análise do presente caso e na busca de referencial teórico em base de dados eletrônicos. Dessa forma, foi observado que os exames radiológicos com boa acurácia permitiram a identificação das diferentes lesões e a qualificação do risco de malignização. Por fim, conclui-se que a evolução dos pacientes diagnosticados com CAS é acompanhada por métodos de imagem, que auxiliam na percepção de fatores sugestivos de malignidade, possibilitando uma melhor intervenção terapêutica.

Palavras-chave: Cistoadenomas. Pâncreas. Neoplasias. Cistos Pancreáticos.

¹ Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário de Mineiros– Trindade, GO. Amiramartins@hotmail.com

² Docente do Curso Medicina do Centro Universitário de Mineiros– Trindade, GO.

³ Acadêmico do Curso Medicina do Centro Universitário de Mineiros– Trindade, GO.

⁴ Acadêmico do Curso Medicina do Centro Universitário de Mineiros– Trindade, GO.

⁵ Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário de Mineiros– Trindade, GO.

⁶ Acadêmica do Curso Medicina do Centro Universitário de Mineiros– Trindade, GO.



INTRODUÇÃO

Lesões císticas pancreáticas apresentam conteúdo líquido como sangue, suco pancreático puro ou pus, as quais podem ser benignas ou malignas. Sendo assim, podem ser classificadas em neoplásicas e não neoplásicas (pseudocistos). As lesões neoplásicas possuem subtipos à depender de sua origem, como epitélio ductal (neoplasia cística serosa, neoplasia cística mucinosa, neoplasia mucinosa papilar intraductal, adenoma ductal), células endócrinas e acinares (cistoadenoma acinar e cistoadenocarcinoma acinar) e elementos mesenquimais.

Com relação a apresentação clínica das lesões císticas, pode-se dizer que em sua grande maioria são assintomáticos (40% a 75%) e quando sintomáticos, variam conforme o tipo da lesão. Partindo dos sinais e sintomas, é necessário uma boa avaliação clínica e complementar para a confirmação diagnóstica e um tratamento adequado.

Para isso, os exames de imagem e laboratoriais são primordiais para diferenciação das lesões, direcionando o tratamento segundo as características dos cistos e o risco de malignização. Dessa forma, o presente estudo abordará os aspectos pelos os quais levaram à ressecção cirúrgica da paciente em questão.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos, casada e natural de Campo Grande- MS, ao realizar exames para uma suspeita de colelitíase, em 2019, detectou ocasionalmente um cisto pancreático. Apesar de assintomática, realizou acompanhamento desde 2020 sendo submetida à exames de imagem periódicos, a fim de monitorar a evolução do cisto encontrado. Foi realizada uma ressonância magnética (RM), em janeiro de 2020, observando uma lesão cística no corpo do pâncreas medindo 1,2 x 0,9 cm, ovalada, com contornos bem definidos, microlobulados com sinais de comunicação com o ducto pancreático principal (Figura 1.B) Em novembro do mesmo ano, realizou uma nova RM apresentando as mesmas características radiológicas, porém com discreto aumento do cisto, 1,3 x 1,0 (Figura 1.A). Após controle por 2 anos e 3 meses, os achados de imagem se mantiveram, mas a lesão já apresentava 1,6 x 1,3 cm (Figura 1.C). A hipótese diagnóstica de início foi de Neoplasia Mucínica Papilar Intraductal devido os sinais de comunicação com o ducto. Com a realização de

ultrassonografia endoscópica (USE) com punção aspirativa por agulha fina (PAAF), obteve-se o diagnóstico de Cistoadenoma Microcístico Seroso e paciente foi submetida a ressecção cirúrgica.

Figura 1

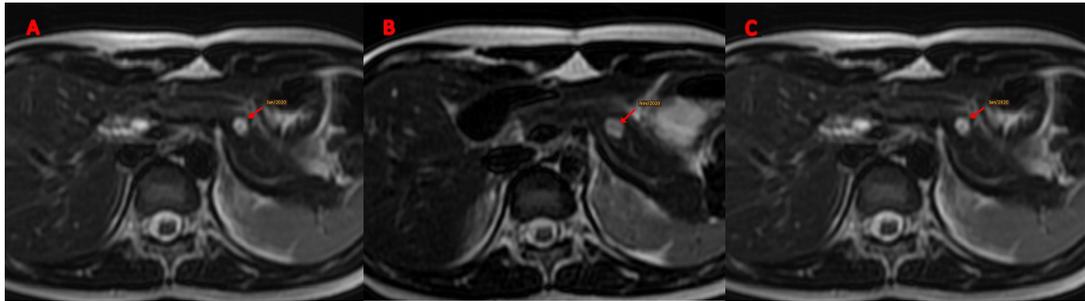


Imagem do abdome superior no plano axial ponderada em T2. Lesão cística no corpo do pâncreas, medindo 1,2 x 0,9 cm, 1,3 x 1,0 cm e 1,6 x 1,3 cm, respectivamente, nos maiores eixos axiais, ovalada, com contornos bem definidos e microlobulados, exibindo hipersinal em T2 e finas septações em seu interior com realce pós-contraste. Nas sequências colangiográficas, observam-se sinais de comunicação com o ducto pancreático principal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cistos e pseudocistos do pâncreas, apesar de apresentarem baixa incidência, vem ganhando notoriedade devido ao aumento das ressecções pancreáticas. Como as lesões císticas pancreáticas possuem amplo espectro clínico e prognóstico, em decorrências de cada subtipo, a propedêutica irá mudar a depender de cada situação. Sabe-se que 80% das lesões correspondem a pseudocistos, 10% a 15% neoplasias císticas e 5% a cistos pancreáticos não neoplásicos. Das neoplasias císticas, 45%-50% são do tipo cístico mucinoso e 30% cístico seroso.

Devido a evolução tecnológica nos últimos 30 anos, é evidente a melhoria nos exames de imagem os quais possibilitam maior sensibilidade aos achados diagnósticos para tais lesões. Com isso, foi possível criar critérios para um diagnóstico mais assertivo das lesões, mas ainda assim o diagnóstico segue um desafio aos cirurgiões, pois 40%-75% dos pacientes são assintomáticos, sendo comum o diagnóstico incidental.

O paciente quando apresenta um quadro clínico, varia de acordo com o tipo de lesão cística presente, podendo indicar dor abdominal, lombalgia, icterícia, pancreatite, perda de peso e massa abdominal palpável. Dessa forma, uma história clínica detalhada associada aos

exames de imagens, exames laboratoriais e biopsia, caso necessário, é essencial para um diagnóstico objetivo e um tratamento direcionado.

Em relação aos exames de imagens, a USG, apesar de ser um exame de baixo custo, é útil apenas para distinguir lesões sólidas e císticas. A TC confirma e caracteriza as lesões císticas. Entretanto, a RM possui maior acurácia na análise dos cistos pois avalia a anatomia ductal. Já a EUS, é usualmente utilizada juntamente com a RM, sendo ambos os melhores métodos para diagnóstico devido maior sensibilidade para as lesões menores que 2 cm. Além disso, a EUS permite a análise anatomopatológica por meio da (PAAF), o qual analisa o líquido cístico, possibilitando a diferenciação de cistoadenoma seroso macrocístico e cistoadenoma mucinoso.

Os exames laboratoriais auxiliam no diagnóstico diferencial das lesões císticas, sendo eles: dosagem bioquímica de amilase, antígeno carcinoembrionário (CEA) e marcador tumoral CA 19-9 do líquido cístico. A indicação para a dosagem dos marcadores moleculares são sugeridos em caso de diagnósticos duvidosos. À vista disso, a dosagem de CEA tem por objetivo diferenciar lesões mucinosas das não-mucinosas. Ademais, a presença CA 19-9 irá diferenciar os cisto malignos dos benignos.

Foi proposto pela Associação Americana de Gastroenterologia (AGA) os seguintes critérios de risco para malignização: lesões císticas maiores que 3 cm, presença de ducto pancreático principal dilatado maior que 5mm ou componente sólido. A partir disso, a AGA recomenda o uso de EUS quando dois ou mais dos critérios são identificados.

O presente caso indica uma lesão cística serosa (adenoma seroso microcístico). As neoplasias císticas serosas possui curso clínico benigno com risco desprezível de malignização, sendo formadas por células do tipo cubicas ricas em glicogênio oriundas de células centroacinares, localizada em corpo ou cauda. O cisto adenoma seroso típico (CAS) são descritos como pequenos (até 20 mm) e múltiplos (maior que 6) cistos agrupados em aspecto de “cacho de uva”.

Como o CAS apresenta característica benigna o tratamento conservador é o mais indicado. Entretanto, devido ao fato de algumas lesões se assemelharem aos cistoadenomas mucinosos, são frequentemente confundidas e indicadas à ressecção cirúrgica. Além disso, uma diferenciação entre as lesões típicas e a neoplasia papilar intraductal mucinosa, seria a comunicação entre cisto e ducto pancreático principal, estando presente na segunda situação.

Porém, CAS grandes de cabeça do pâncreas podem simular uma comunicação apenas pela compressão do ducto desencadeando sua dilatação.

O tratamento dessas lesões serão baseados no risco de malignização. Para isso, os exames de imagem, principalmente a PAAF guiada por EUS, são decisivos para a conduta adequada. Uma combinação de padrões de alto risco (maiores que 3 cm, ducto pancreático principal dilatado maior que 5mm ou componente sólido) e citologia positiva para lesões mucinosas com presença de CEA, indica grande acurácia para malignidade. Dessa maneira, a AGA propôs recomendações para a ressecção cirúrgica, em que analisaram não somente o tamanho do cisto, mas o índice de crescimento em um intervalo de tempo. Estudos apontam que o aumento maior que 100% em cistos < 0,5 cm, maior que 50% em cistos entre 0,5 e 1,5 cm, e maior que 20% em cistos > 1,5 cm, possuem suspeição para malignidade e indicações cirúrgicas. Paciente sem indicações cirúrgicas, devem ser monitorados através de RM em 1 anos após diagnóstico e, a cada 2 anos, em um período de 5 anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente, portanto, que para um diagnóstico assertivo de cistoadenomas e uma conduta adequada, é primordial a solicitação de exames de imagem com boa acurácia, além de exames laboratoriais complementares. No caso relatado, a paciente apresentou um crescimento da lesão de 33,33% em dois anos, não enquadrando nos critérios de risco de malignização (diâmetro maior é superior a 50% em cistos de 0,5 a 1,5 cm). Entretanto, apresentava uma possível comunicação com o ducto pancreático principal, o que justificou a hipótese diagnóstica inicial de neoplasia papilar intraductal mucinosa. Após realização da PAAF através da USE, obteve-se o diagnóstico de CAS, sendo, portanto, submetida a ressecção cirúrgica devido ao rápido crescimento da lesão.

REFERÊNCIAS

AMICO, Enio Campos et al. Cistoadenoma seroso de pâncreas. Por que a acurácia é baixa aos exames de imagem?. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo). 2021, v. 34, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1640>.

17, 18 e 19
de OutubroSemana
Universitária 2022BICENTENÁRIO DA
INDEPENDÊNCIAANOS DE CIÊNCIA,
Tecnologia e Inovação no Brasil.

WWW.UNIFIMES.EDU.BR

D'IPPOLITO, Giuseppe. Cisto Pancreático incidental: ainda muita estrada para percorrer. **Radiologia Brasileira**. 2018, v. 51, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2018.51.4e1>

FALQUETO, Aline et al. Prevalence of pancreatic cystic neoplasms on imaging exams: association with signs of malignancy risk. **Radiologia Brasileira**. 2018, v. 51, n. 4, pp. 218-224. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0105>>.

NUNES, Gabriel et al. Manejo de lesões císticas pancreáticas: Uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 7, p. e3180, 30 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3180.2020>

MALAGELADA, Juan, et al. **World Gastroenterology Organisation global guidelines on pancreatic cystic lesions**. 2009 Disponível em< <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/pancreatic-cystic-lesionsportuguese-2019.pdf>>

