



# Pseudocisto pancreático simulando lesão cística neoplásica de cabeça de pâncreas: relato de caso

## Pancreatic pseudocyst simulating neoplastic pancreatic head injury: case report

Rhuan Antônio de Paula Silveira e Silva<sup>1</sup> , Marcos Alberto de Mendonça Veiga<sup>1</sup> , Érika Alves Dutra da Silva<sup>2</sup> 

1. Departamento de Cirurgia, Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, Porto Velho, RO, Brasil. 2. Discente do curso de Medicina pelo Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO, Brasil

### Resumo

**Introdução:** os cistos pancreáticos são diagnosticados, em sua maioria, como achados acidentais em pacientes submetidos à exame físico de rotina ou exame radiológico abdominal. As lesões neoplásicas representam 10-15% de todas as lesões pancreáticas. **Relato de caso:** Relatamos o caso de um paciente com 41 anos de idade apresentando pseudocisto de cabeça de pâncreas com diagnóstico pré-operatório sugestivo de neoplasia sólido-cística. **Conclusão:** O manejo das neoplasias císticas de pâncreas apresenta-se como um desafio. Os exames de imagem tiveram um papel essencial no diagnóstico diferencial. A ressecção cirúrgica continua sendo padrão ouro para pacientes sintomáticos e com elevada probabilidade de malignidade.

**Palavras-chave:** Cisto pancreático. Neoplasia pancreática. Pseudocisto Pancreático

### Abstract

**Introduction:** cystic lesions of the pancreas are mostly diagnosed as accidental findings in patients undergoing routine physical examination or abdominal radiological examination. Neoplastic pancreatic cysts represent 10-15% of all pancreatic lesions. **Case report:** We report the case of a 41-year-old patient with a pancreatic head pseudocyst with a preoperative diagnosis suggestive of solid-cystic neoplasm. **Conclusion:** The management of cystic pancreatic neoplasms is a challenge. Imaging exams played an essential role in the differential diagnosis. Surgical resection remains the gold standard for symptomatic patients with high probability of malignancy.

**Keywords:** Pancreatic cysts. Pancreatic neoplasms. Neoplastic pancreatic cysts

### INTRODUÇÃO

As lesões císticas do pâncreas são diagnosticadas, na maioria das vezes, de forma acidental durante o exame físico de rotina ou exame radiológico abdominal<sup>1</sup>. Os cistos pancreáticos podem ser divididos em: não-neoplásicos ou neoplásicos<sup>2</sup>. As lesões de origem não-neoplásicos incluem os pseudocistos que representam 75% de todas as lesões pancreáticas, e não apresentam potencial de malignidade<sup>2-3</sup>. Já os cistos pancreáticos neoplásicos possuem uma diversidade biológica que variam de tumores benignos à malignos e representam 10-15% de todas as lesões pancreáticas<sup>3-4</sup>. A maior parte dos cistos com baixo potencial de malignidade não necessitam de ressecção, podendo ser observado durante o acompanhamento ambulatorial, enquanto nos casos de cistos neoplásicos a ressecção é a única forma de tratamento<sup>2,5</sup>. Os autores descrevem um caso de pseudocisto pancreático com sinais e sintomas sugestivos de malignidade e diagnóstico pré-operatório de tumor sólido-cístico de pâncreas. O estudo foi consentido pelo paciente por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 41 anos, solteiro, operador de máquinas pesadas, refere que há aproximadamente 8 meses iniciou quadro de dor em abdome superior de forte intensidade que irradiava para o dorso, associado a episódios de êmese, sem fatores agravantes e atenuantes, acompanhada de perda ponderal de 15 kg. Após dois meses do início do quadro, a dor abdominal apresentava-se em intervalos menores, acompanhada de icterícia, colúria e acolia fecal. Realizou ultrassonografia de abdome que detectou em região de cabeça pancreática lesão cística com contornos internos irregulares com conteúdo anecoico, medindo 43 x 39 x 35 mm, cursando com dilatação do ducto pancreático principal e das vias biliares intra e extra hepáticas. Tomografia de abdome com contraste oral e venoso evidenciou lesão cística de paredes finas, medindo 5,5 cm com dilatação do ducto pancreático principal com calibre de 4 mm (Figura 1). Foi encaminhado para hospital de referência onde realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), que evidenciou vias biliares intra-hepáticas ectasiadas e vias biliares extra-hepáticas dilatadas difusamente

**Correspondente:** Érika Alves Dutra da Silva. Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO, Brasil. E-mail: erikaadutra@gmail.com  
Recebido em: 4 Set 2018; Revisado em: 23 Dez 2019; 12 Fev 2020 Aceito em: 4 Mar 2020

## 2 Pseudocisto pancreático simulando lesão cística neoplásica de cabeça de pâncreas

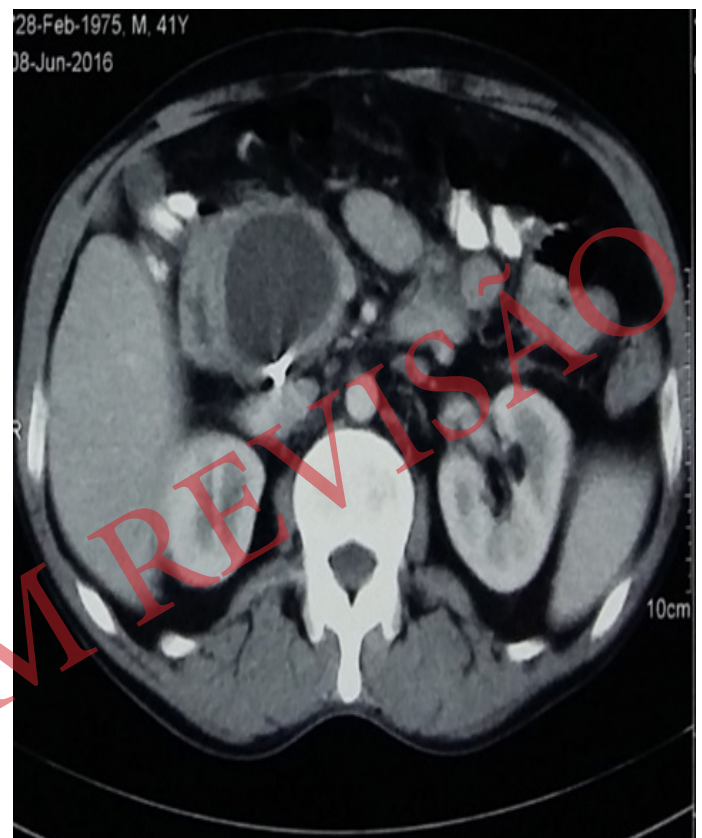
com subestenose progressiva distal, compatível com processo expansível da porção cefálica pancreática, sendo realizado papilotomia ampla e colocação de prótese biliar de Amsterdan calibrosa (10Fr x 7 cm). Com a melhora da dor abdominal e icterícia recebeu alta hospitalar e encaminhamento para a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Nesta unidade foi realizada ultrassonografia que detectou aumento de volume do cisto, sendo indicado nova tomografia de abdome com contraste oral e venoso que evidenciou volumosa lesão hipodensa, cística, expansiva, medindo nos maiores eixos cerca de 5 x 5 cm localizada na topografia da cabeça e corpo pancreático, presença de prótese biliar e gás nas vias biliares intra-hepáticas (Figura 2). Não foi realizada a ultrassonografia endoscópica por não dispor do mesmo no serviço. Foi então submetido à laparotomia com a hipótese diagnóstica de tumor sólido-cístico de cabeça de pâncreas, sendo realizado gastroduodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) e encaminhado a peça cirúrgica para exame histopatológico (Figura 3). Histopatológico revelou pseudocisto pancreático, ausência de atipias e de invasão, pancreatite crônica e alterações atrófico-compressivas do parênquima adjacente. Paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, sem recidiva do quadro, nos 3 anos subsequentes, até o momento.

**Figura 1.** Tomografia de abdome com contraste. Lesão cística uniloculada da cabeça do pâncreas medindo 5,5 cm.



Fonte: Arquivo pessoal

**Figura 2.** Tomografia de abdome com contraste. Lesão hipodensa, cística, expansiva do pâncreas.



Fonte: Arquivo pessoal

**Figura 3.** Peça cirúrgica: duodeno, cabeça de pâncreas (presença de lesão cística), antro e piloro



Fonte: Arquivo pessoal

## DISCUSSÃO

Cerca de 50% dos pacientes portadores de cistos pancreáticos são assintomáticos<sup>4</sup>. Em alguns estudos, os pacientes apresentaram sintomas gastrointestinais inespecíficos, como dor abdominal (40%), náuseas e vômitos (13%)<sup>3,4</sup>. Icterícia, significativa perda de peso e dor abdominal intensa estão associados a alto risco de malignidade em certos tipos de cistos<sup>3</sup>. O diagnóstico de cisto pancreático pode ser realizado através de ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada, podendo ajudar na diferenciação entre doença benigna ou maligna<sup>1,3</sup>. A ultrassonografia endoscópica possui boa acurácia no diagnóstico diferencial das lesões císticas pancreáticas, permitindo avaliar além dos aspectos de imagem os achados citológica por meio de aspiração por agulha fina guiada e dosagem de marcadores tumorais como o CA 19-9<sup>4,6</sup>.

O diagnóstico e avaliação dos fatores de risco determinam a abordagem terapêutica e o prognóstico do paciente portador de cisto pancreático<sup>4,5</sup>. A ressecção cirúrgica continua sendo o padrão ouro para pacientes sintomáticos e com alta probabilidade de lesão maligna<sup>4,6-7</sup>. Entretanto, para pacientes com baixo risco de malignidade é recomendado o manejo não-cirúrgico, seguido de acompanhamento radiográfico da lesão<sup>8</sup>. Estudo realizado por You et al., na China, analisou 256 pacientes em que aproximadamente 10% dos casos apresentaram nódulos e componentes sólidos no interior do cisto, os quais estão correlacionados à malignidade da lesão pancreática<sup>4</sup>. Neste mesmo estudo foi constatado que o diagnóstico tende à malignidade em pacientes com idade avançada, presença de sintomas clínicos, tumor de grande volume e marcadores

tumorais séricos elevados<sup>4</sup>. Nassour et al., também destacam fatores de alto risco para malignidade que incluem sintomas ocasionados pelo cisto (dor abdominal, icterícia, náuseas e vômitos), tamanho maior que 3 cm, presença de paredes espessadas e dilatação do ducto pancreático principal<sup>1</sup>.

Embora essas informações possam levar a diferenciar tumores benignos de malignos, nem sempre a diferenciação é precisa<sup>3</sup>. A capacidade de estabelecer definitivamente o diagnóstico de malignidade ou excluí-lo ainda é ímprobo<sup>7</sup>. Como no caso supracitado, o paciente apresentava sinais e sintomas compatíveis com malignidade (dor abdominal, náuseas e vômitos, icterícia, cisto maior que 3 cm e presença de componentes sólidos no interior do cisto). Entretanto, visto a dificuldade da confirmação diagnóstica pré-operatória, optou-se em realizar o tratamento cirúrgico mais agressivo com o objetivo de aumentar a sobrevida e prevenir a progressão da malignidade.

Em suma, deve-se enfatizar que a capacidade de determinar o diagnóstico histológico de cistos pancreáticos sem ressecção continua laborioso. Devendo atentar-se aos pacientes que apresentam-se com idade avançada, perda de peso, icterícia e outros achados de imagem sugestivo de malignidade (tamanho da lesão, presença de componentes sólidos no interior do cisto e dilatação do ducto principal), pois requerem tratamento cirúrgico que dependerá da experiência do cirurgião, localização, tamanho, posição em relação ao ducto pancreático, além de outras características do tumor<sup>4,8</sup>. Apesar das conclusões deste estudo, o artigo possui suas limitações pela ausência de um grupo controle.

## REFERÊNCIAS

1. Nassour I, Choti MA. Diagnosis and Treatment of Pancreatic Cystic Neoplasms. *JAMA*. 2016; 316(12):1326.
2. Reid MD, Lewis MM, Willingham FF, Adsay V. The Evolving Role of Pathology in New Developments, Classification, Terminology, and Diagnosis of Pancreatobiliary Neoplasms. *Arch Pathol Lab Med*. 2017. *Arch Pathol Lab Med*. 2017 Mar;141(3):366-380. doi: 10.5858/arpa.2016-0262-SA. Epub 2017 Jan 5.
3. Lennon AM, Wolfgang C. Cystic Neoplasms of the Pancreas. *J Gastrointest Surg*. 2013; 17:645–653.
4. You L, Xiao J, Cao Z, Zhang W, Liao Q, Dai M, et al. Analysis of clinical characteristics and treatment of pancreatic cystic tumors. *Chin J Cancer Res*. 2016; 28(5):519-527.
5. Ngamruengphong S, Lennon AM. Analysis of Pancreatic Cyst Fluid. *Surg Pathol Clin*. 2016; 9(4):677-684.
6. Arshad HM, Bharmal S, Duman DG, Liangpunsakul S, Turner BG. Advanced endoscopic ultrasound management techniques for preneoplastic pancreatic cystic lesions. *J Investig Med*. 2017; 65(1):7-14.
7. Stark A, Donahue TR, Reber HA, Hines OJ. Pancreatic Cyst Disease: A Review. *JAMA*. 2016; 315(17):1882-1893.
8. Allen PJ. Cystic Lesions of the Pancreas: Observe or Operate. *Indian J Surg*. 2015; 77(5):393–394.

### Como citar este artigo/How to cite this article:

Silva RAPS, Veiga MAM, Silva EAD. Pseudocisto pancreático simulando lesão cística neoplásica de cabeça de pâncreas: relato de caso. *J Health Biol Sci*. 2020; 8(1):1-3.