

A importância da indicação cirúrgica correta em tumores mucinosos papilares intraductais pancreáticos - um relato de caso

Introdução

Os tumores mucinosos papilares intraductais pancreáticos (IPMNs) correspondem a aproximadamente 35% de todos os tumores císticos do pâncreas e têm notável relevância devido ao seu alto potencial de malignidade.¹ A incidência aumenta com a idade, sendo mais comum após a quinta década, e afeta ambos os sexos em proporções similares.^{2,3} As lesões císticas encontradas no pâncreas normalmente são descobertas acidentais em pacientes que foram submetidos a exames de imagem abdominais por outros motivos.¹ Dentre os exames que podem diagnosticar essas afecções, pode-se citar a ressonância magnética (RM) de abdome com contraste, a colangiopressonância e a ultrassonografia endoscópica.³ Atualmente, há uma tendência no aumento do número de diagnósticos devido ao uso crescente de exames de imagem.¹

Os IPMNs podem ser classificados em relação à apresentação anatômica, à histopatológica e ao risco de malignização a que estão submetidos. A classificação anatômica baseia-se no acometimento ductal e/ou de seus ramos: neoplasia de ducto principal, neoplasia de ramo e neoplasia mista.¹ Já a histológica associa-se à probabilidade de desenvolvimento displásico ou maligno, e engloba quatro subtipos: intestinal, oncocítico, gástrico e pancreatobiliar, sendo este o de maior risco de progressão neoplásica.² Em relação ao seu potencial de malignidade, são divididos em: displasia de baixo grau (LGD), displasia de alto grau (HGD) - que corresponde ao carcinoma in situ - e carcinoma ductal invasivo (IC).^{1,2}

Objetivo

Relatar um caso de IPMN, com destaque para as dificuldades de diagnóstico e para a importância dos exames clínicos e de imagem na indicação correta de intervenção cirúrgica

Método

Análise de caso clínico e revisão da literatura, em que X artigos foram lidos e selecionados. Foram utilizadas as bases de dados: PubMed, SciELO, BVS e Google Acadêmico.

Resultados com discussão

Paciente A. C. M, masculino, 64 anos. Após consulta de rotina com cardiologista foi realizado um ultrassom abdominal (11/22), no qual houve achado incidental de cisto pancreático, confirmado após realização de Ressonância Magnética (RM) no Hospital Santa Mônica, em Divinópolis (07/23). Na RM foi visualizada lesão do ducto secundário na cabeça pancreática de 13mm com septo e outros cistos sem relevância. Após acompanhamento de 3 em 3 meses foram realizadas ultrassonografias endoscópicas (ECO EDA) e o paciente se manteve assintomático, porém em 10/01/24 foi visualizada em ECO EDA evolução para nódulo mural, com Doppler presente e 1 linfonodo aumentado. Após realização de tomografia computadorizada (TC), em 01/02/24, foi confirmado nódulo uncinado do pâncreas com captação de contraste e dimensão 1,2 x 1,0cm, sendo indicada a abordagem cirúrgica.

Foi realizada a gastroduodenopancreatectomia, cirurgia de Whipple, por videolaparoscopia (20/04/24). Sem intercorrências, paciente recebeu alta no 10º dia pós operatório. Pelo relatório anatomopatológico (10/05/24) na porção retirada do pâncreas foi constatada neoplasia intraductal papilar que combina com aspectos morfológicos do tipo mucinoso e do tipo oncocítico, de dimensão 1,5 x 1,3 x 1,0 cm, com intensa displasia e existência de focos microscópicos suspeitos para carcinoma invasor de borda, porém sem critérios suficientes para caracterizar neoplasia invasora de forma inequívoca. Não foi detectada invasão vascular e perineural, 11 linfonodos peripancreáticos livres de neoplasia e margem pancreática livre. Além disso, foram achados focos de pancreatite aguda com necrose de tecido e esteatonecrose, focos de hiperplasia das células de Langerhans e dilatação de ductos pancreáticos. Segmentos gástricos, Sistema Vateriano, colédoco distal e duodeno exibem arquiteturas íntegras. O acompanhamento oncológico pós-cirúrgico sugeriu 12 sessões de quimioterapia, com término em março de 2025. Foi realizada uma TC de controle (02/25) sem sinal de recidiva.

Em casos de IPMN, a decisão da conduta deve levar em consideração o balanço entre o risco de câncer e os riscos associados à cirurgia pancreática, que correspondem a uma mortalidade de 2,1% e morbidade de 30%.⁴ A RM é o exame de escolha inicial para o diagnóstico por apresentar alta especificidade.^{4,5} No caso relatado, após o diagnóstico foram identificados fatores de risco para a malignização que indicaram ao paciente a realização da ecoendoscopia, como aumento da dosagem sérica de CA19-9 (passou de 26 para 39 U/mL em 4 meses) e aumento das dimensões do cisto \geq 5mm em 2 anos. Na ecoendoscopia foi identificada evolução para nódulo mural e evidência de linfonodos, e na TC mostra captação de contraste, o que indicou a intervenção cirúrgica, segundo os critérios de Fukuoka. No tratamento de tumores mucinosos papilares intraductais pancreáticos, a cirurgia oferece alta possibilidade de cura em casos de diagnóstico precoce.¹

Conclusão

Os IPMNs são lesões com grande potencial de malignidade, mas, embora apenas 10 a 15% dos tumores císticos sejam malignos, cerca de 70% se apresentam como quadro assintomático, o que dificulta o seu diagnóstico^{1,2,5}. Certamente, é de extrema importância o conhecimento acerca da doença e a identificação dos pacientes portadores de IPMN, dado que estes estão mais expostos aos riscos de desenvolver neoplasias pancreáticas e extra pancreáticas.¹ Logo, são de notável relevância os estudos e as discussões acerca dos tumores mucinosos papilares intraductais pancreáticos, de modo a contribuir para a disseminação do conhecimento acerca do tema e, por conseguinte, para a garantia do diagnóstico precoce e do tratamento adequado aos pacientes portadores da doença.

Referências

1. Freire A, Lavínio Nilton Camarim, Alves F, Lucas Rodrigues Felício. Tumor mucinoso papilar intraductal pancreático e como diagnosticá-lo. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2023 Jul 28;23(7):e13750–0 [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13750/7746>.
2. Takao Ohtsuka, Carlos Fernández-del Castillo, Furukawa T, Susumu Hijioka, Jang J, Anne Marie Lennon, et al. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. Pancreatology. 2023 Dec [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38182527/>.
3. Bassaneze T, Laham AY, Gomes LGL, Coelho BQ, Martinez CAR. Mixed-type intraductal papillary mucinous neoplasm: Tailored surgical planning - case report. International Journal of Surgery Case Reports [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 12];76:111–5. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7548937/>
4. Mohapatra S, Krishna SG, Pannala R. Pancreatic Cystic Neoplasms: Translating Guidelines into Clinical Practice. Diagnostics. 2023 Feb 16;13(4):749.
5. Amico EC, Salgado CTS, Alves JR, Liguori A, Sousa RL. Non-inflammatory pancreatic cysts: from diagnosis to treatment (97 cases series). Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 12];48. Available from: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/KMDVKyM4FD65yVm4TnwFj3h/?format=pdf&lang=pt>.

-