

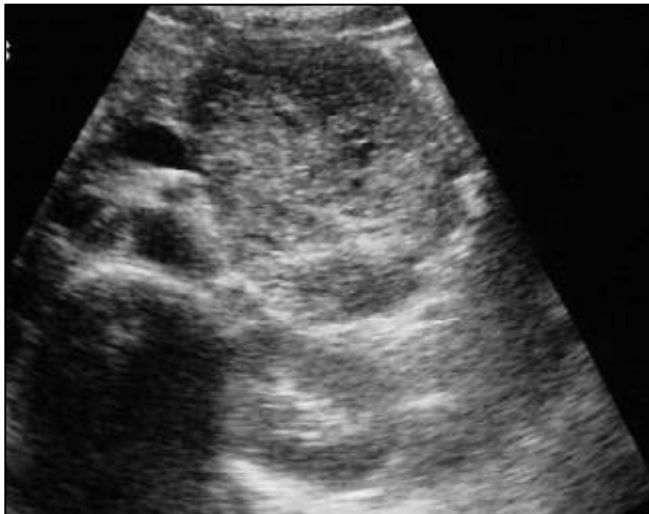
QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Márcio Martins Machado¹, Ana Cláudia Ferreira Rosa², Nestor de Barros³, Marcel C.C. Machado⁴, Giovanni Guido Cerri⁵

Trabalho realizado nos Departamentos de Radiologia do Hospital Sírio Libanês e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. 1. Médico Radiologista, Doutor em Radiologia pelo Departamento de Radiologia da FMUSP. 2. Médica Radiologista, Assistente do Departamento de Radiologia do Hospital Sírio Libanês, Doutora em Radiologia pelo Departamento de Radiologia da FMUSP. 3. Professor Doutor do Departamento de Radiologia da FMUSP. 4. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Experimental e Chefe do Serviço de Pâncreas e Vias Biliares da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FMUSP. 5. Professor Titular do Departamento de Radiologia da FMUSP, Chefe do Instituto de Radiologia (InRad) e Diretor da Divisão de Diagnóstico por Imagem do Instituto do Coração (InCor) do HC-FMUSP, Chefe do Departamento de Radiologia do Hospital Sírio Libanês. Endereço para correspondência: Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri. Instituto de Radiologia, HC-FMUSP. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, 3º andar. São Paulo, SP, 05043-001. E-mail: giovanni.cerri@hcnet.usp.br

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, procurou o serviço médico referindo epigastralgia há oito meses, sendo que há um mês a dor passou a irradiar para o dorso, com aparecimen-

to de massa abdominal palpável. Não apresentava icterícia, colúria ou acolia fecal. Exames laboratoriais e de função hepática sem alterações.



A

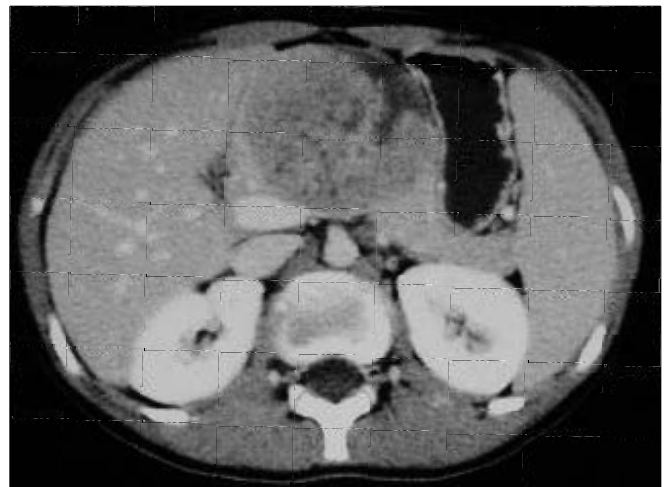


B

Figura 1. Ultra-sonografia abdominal em corte transversal na topografia do pâncreas.



A



B

Figura 2. Tomografia computadorizada helicoidal, fases sem contraste endovenoso (**A**) e com contraste endovenoso (**B**).

Achados de imagem

Foi realizado estudo com ultra-sonografia (US) e tomografia computadorizada (TC) helicoidal. A US demonstrou lesão sólida, ecogênica, heterogênea, apresentando áreas focais hipocogênicas/anecóides, com “débris”, representando os pequenos componentes císticos da lesão, decorrentes dos prováveis fenômenos de necrose e hemorragia intralésional. O aspecto dominante da lesão era sólido (Figuras 1A e 1B). O tumor localizava-se na transição colo e corpo pancreáticos, com cerca de 8 cm de diâmetro. Ao estudo com Dopplerfluxometria colorida observou-se compressão importante da veia esplênica e parcial do tronco venoso mesentérico-portal ao nível da lesão, com aumento da velocidade de pico sistólico a este nível.

A TC helicoidal demonstrou lesão predominantemente sólida na transição entre o colo e o corpo pancreáticos (Figuras 2A e 2B), apresentando realce significativo e heterogêneo pelo meio de contraste endovenoso (Figura 2B) e determinando compressão da veia esplênica e do eixo venoso mesentérico portal. A referida lesão também apresentava áreas focais hipocogênicas na fase sem contraste endovenoso (Figura 2A), que se mostraram não captantes ou hipocaptantes na fase com contraste (Figura 2B), representando os componentes císticos da lesão.

A paciente foi operada, tendo sido submetida a pancreatectomia segmentar, com remoção do colo e parte do corpo pancreático. Havia apenas compressão dos vasos regionais pelo tumor, sem invasão vascular, tendo sido possível a liberação da lesão destas estruturas. A parte distal do pâncreas foi derivada para um segmento de alça de intestino delgado em “Y de Roux”, havendo a preservação do baço.

O exame anatomopatológico evidenciou tratar-se de neoplasia epitelial sólido-cística papilar de pâncreas (tumor de Frantz). A paciente evoluiu bem, tendo alta sem complicações.

COMENTÁRIOS

As neoplasias císticas pancreáticas apresentam ocorrência pouco frequente dentre os tumores pancreáticos. Muitos estudos publicados analisam seus aspectos

diagnósticos pelos métodos de imagem, histológicos, bioquímicos e imuno-histoquímicos⁽¹⁻¹⁰⁾.

A neoplasia epitelial papilífera sólido-cística de pâncreas (NEPSC), ou tumor de Frantz, representa uma variante rara dentre os tumores pancreáticos císticos, tendo sido descrita pela primeira vez por Frantz, em 1959⁽⁴⁾. Acomete preferencialmente o sexo feminino, com incidência maior na segunda e terceira décadas de vida. Apresenta tendência de crescimento local, habitualmente sem invasão vascular e sem disseminação a distância⁽⁵⁻⁹⁾. Entretanto, em algumas situações, se comportam mais agressivamente, podendo comprometer vasos e apresentar metástases a distância⁽⁶⁾. Usualmente, estas lesões se apresentam com grandes dimensões quando do diagnóstico, segundo alguns autores com média de 9,0 cm, ocorrendo predominantemente na cauda, embora possam ocorrer em qualquer parte do pâncreas⁽¹¹⁾.

Os tumores pancreáticos representam grande desafio ao manuseio cirúrgico, sendo que as ressecções pancreáticas apresentam índices de morbidade e mortalidade que não são desprezíveis⁽¹⁰⁾. Estes aspectos também devem ser considerados quando se avaliam as neoplasias pancreáticas menos agressivas, como a NEPSC.

A NEPSC representa uma variedade de tumor pancreático que apresenta baixo potencial de malignidade, mas que deve ser ressecada, para que se obtenha a cura^(6,7). A maioria dos pacientes que são submetidos à ressecção cirúrgica não apresenta recorrência da lesão, quer regionalmente ou a distância⁽⁷⁾.

Do ponto de vista patológico, essas lesões caracterizam-se por serem bem encapsuladas. Apresentam áreas sólidas contendo delicada e numerosa rede de vasos sanguíneos, observando-se, também, áreas císticas e papilares. A predominância dessas áreas depende da intensidade dos fenômenos de hemorragia e degeneração que ocorrem nesses tumores. A hemorragia intratumoral é extremamente comum^(5,6), tendo sido identificada em 55 dos 56 casos avaliados em estudo recente⁽⁵⁾. As calcificações podem ocorrer, apresentando usualmente padrão periférico. As metástases linfonodais, hepáticas e peritoneais, e a invasão vascular e de órgãos adjacentes, em-

bora pouco comuns, têm sido referidas na literatura^(5,8).

Os achados dos exames de imagem refletem a variabilidade de apresentação patológica (macroscópica) desses tumores, referidas acima. Algumas lesões mostram-se predominantemente císticas, outras predominantemente sólidas, e ainda existem aquelas com equilíbrio dos componentes sólidos e císticos.

Ao ultra-som evidenciam-se as áreas sólidas como imagens ecogênicas e hiperecogênicas, e as áreas císticas (hemorrágicas ou não-hemorrágicas) como imagens hipocogênicas apresentando ecos em seu interior, ou anecóides com ecos em suspensão.

À TC, a NEPSC apresenta, habitualmente, áreas de degeneração cística e necrose, sendo comum também a presença de focos hemorrágicos intratumorais. Embora os focos hemorrágicos possam ser hipoperatenuantes, mais comumente representam áreas hemorrágicas antigas, mostrando-se hipotenuantes. Nas áreas císticas é comum observar-se a presença de fluido apresentando “débris” em suspensão, indicando muitas vezes os produtos de degradação do sangue⁽¹¹⁾. As áreas sólidas apresentam realce significativo pelo meio de contraste, ficando heterogêneas devido à presença constante do componente cístico, ora mais, ora menos exuberante.

Tanto à ultra-sonografia quanto na tomografia, é habitual a demonstração de compressões vasculares, devido às grandes dimensões apresentadas por esses tumores. Entretanto, como referido acima, habitualmente não existe invasão vascular propriamente dita.

REFERÊNCIAS

1. Lewandowski KB, Southern JF, Pins MR, Compton CC, Warshaw AL. Cystic fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cysts. A comparison of pseudocysts, serous cystadenomas, mucinous cystic neoplasms, and mucinous cystadenocarcinoma. *Ann Surg* 1993;217:41-7.
2. Rubin D, Warshaw AL, Southern JF, Pins M, Compton CC, Lewandowski KB. Expression of CA 15.3 protein in the cyst contents distinguishes benign from malignant pancreatic mucinous cystic neoplasms. *Surgery* 1994;115:52-5.
3. Alles AJ, Warshaw AL, Southern JF, Compton CC, Lewandowski KB. Expression of CA 72-4 (TAG-72) in the fluid contents of pancreatic cysts. A new marker to distinguish malignant pancreatic cystic tumors from benign neoplasms and pseudocysts. *Ann Surg* 1994;219:131-4.

4. Frantz UK. Tumors of the pancreas. Atlas of tumor pathology. Section 7, Fascicles 27 and 28. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1959:32-3.
5. Buetow PC, Buck JL, Pantongrag-Brown L, Beck KG, Ros PR, Adair CF. Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas: imaging-pathologic correlation in 56 cases. *Radiology* 1996;199:707-11.
6. Pettinato G, Manivel JC, Ravetto C, *et al.* Papillary cystic tumor of the pancreas. A clinicopathologic study of 20 cases with cytologic, immunohistochemical, ultrastructural, and flow cytometric observations, and a review of the literature. *Am J Clin Pathol* 1992;98:478-88.
7. Zinner MJ, Shurbaji MS, Cameron JL. Solid and papillary epithelial neoplasms of the pancreas. *Surgery* 1990;108:475-80.
8. Nishihara K, Nagoshi M, Tsuneyoshi M, Yamaguchi K, Hayashi I. Papillary cystic tumors of the pancreas. Assessment of their malignant potential. *Cancer* 1993;71:82-92.
9. Machado MCC, Cunha JEM, Bacchella T, *et al.* Tumor de Frantz (neoplasia epitelial papilar e cística de pâncreas). Estudo de três casos. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1993;48:29-34.
10. Murr MM, Sarr MG, Oishi AJ, van Heerden JA. Pancreatic cancer. *CA Cancer J Clin* 1994;44:304-18.
11. Stanley RJ, Semelka RC. Pancreas. *In:* Lee JKT, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP, eds. *Computed body tomography with MRI correlation*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998:873-959.