

Baço acessório intrapancreático

Intrapancreatic accessory spleen

Marcelo Protásio dos Santos¹, Aline Pacheco de Rezende¹, Paulo Vicente dos Santos Filho², José Eduardo Gonçalves¹, Fernando Bray Beraldo¹, Adriano Pereira Sampaio¹

RESUMO

Mulher de 79 anos, com achado incidental em ultrassonografia de abdome de lesão sólida em cauda de pâncreas. Em ressonância magnética, foi confirmada lesão de 12mm. Foi aventada a hipótese diagnóstica de tumor neuroendócrino não secretor, sendo realizada pancreatectomia distal laparoscópica. Em estudo anatomopatológico, diagnosticou-se tecido esplênico, configurando baço acessório intrapancreático. Este tipo de manifestação topográfica de baço é rara, mas deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais em tumores sólidos do pâncreas.

Descritores: Baço; Pâncreas; Tumores neuroendócrinos/diagnóstico; Diagnóstico diferencial; Relatos de casos

ABSTRACT

An asymptomatic 79-year-old woman, with incidental finding on abdominal ultrasound of a solid nodule in the tail of the pancreas. Magnetic resonance imaging showed a 12mm solid tumor. The suggested diagnosis was pancreatic neuroendocrine tumor. The pathological examination showed an intrapancreatic splenic tissue. This is a rare ectopic location of spleen tissue and it should be considered in the differential diagnosis of pancreatic solid tumors.

Keywords: Spleen; Pancreas; Neuroendocrine tumors/diagnosis; Diagnosis, differential; Case reports

INTRODUÇÃO

O baço acessório é uma alteração congênita causada por uma falha no desenvolvimento embriológico do tecido esplênico, com incidência aproximada de 10% na população em geral. Em 16% dos casos, este tecido localiza-se no segmento caudal do pâncreas.⁽¹⁾

O baço acessório intrapancreático é uma afecção benigna e raramente causa sintomas. Sua grande importância resulta no fato de ser um diagnóstico diferencial de tumores neuroendócrinos pancreáticos, mas com terapias e prognóstico completamente distintos.⁽²⁾

O presente caso descreveu um achado incidental de exame radiológico, que mimetizou tumor pancreático neuroendócrino.

RELATO DE CASO

Mulher de 79 anos, assintomática, em seguimento de hepatite C crônica, ao realizar ultrassonografia de abdome de rotina apresentou achado incidental de nódulo hipoeicoico de 10mm de diâmetro em cauda pancreática. Exame físico sem alterações e exames laboratoriais dentro da normalidade, inclusive CA19.9.

A ressonância magnética de abdome confirmou o achado de lesão nodular de 12mm em cauda pancreática, hipointenso em T1, hiperintenso em T2 e com realce após a infusão de contraste (Figura 1).

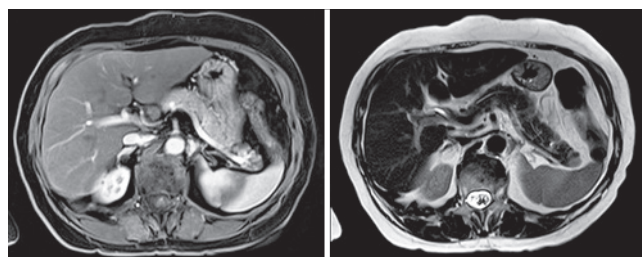


Figura 1. Ressonância magnética de abdome (T1 e T2)

Baseado nestes achados, suspeitou-se de tumor neuroendócrino pancreático não funcionante. Foi realiza-

¹ Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

Autor correspondente: Marcelo Protásio dos Santos – Rua Cedro, 213 – São José – CEP: 49020-170 – Aracaju, SE, Brasil – Tel.: (79) 3211-9119 – E-mail: marcelo_protasio@yahoo.com.br

Data de submissão: 1/12/2016 – Data de aceite: 10/2/2017

DOI: 10.1590/S1679-45082017RC3942

da pancreatectomia distal com preservação esplênica (Figura 2). O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências por acesso videolaparoscópico, e a secção pancreática foi realizada com grampeador linear 60mm (EndoGIA®) carga amarela. A paciente evoluiu com fistula pancreática no quinto dia pós-operatório, sem necessidade de nova abordagem cirúrgica, recebendo alta hospitalar no 16º dia pós-operatório.

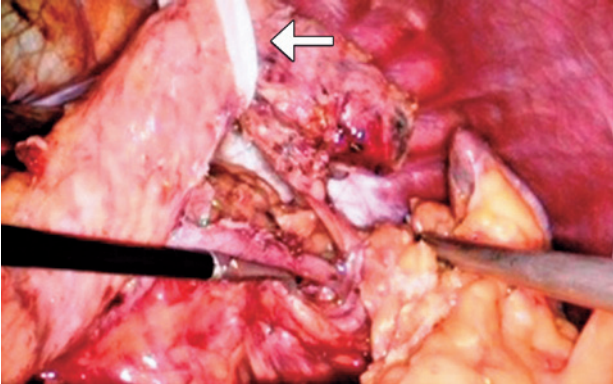


Figura 2. Intraoperatório com pâncreas reparado e isolado dos vasos esplênicos

Aos cortes macroscópicos o espécime cirúrgico revelou área nodular com 12x7x7mm, de aspecto liso e coloração acastanhada, circundada por tecido pancreático. O diagnóstico de baço acessório intrapancreático foi confirmado pelo estudo anatomopatológico (Figura 3).

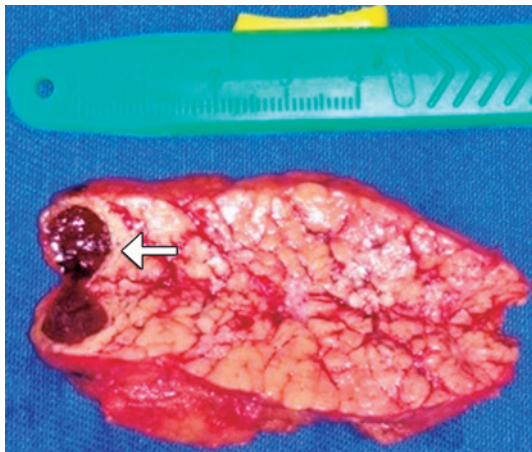


Figura 3. Peça cirúrgica de pancreatectomia distal com baço ectópico intrapancreático

DISCUSSÃO

O baço acessório é uma anormalidade congênita com incidência de aproximadamente 10% em estudos de necrópsias.⁽¹⁾ Seu desenvolvimento resulta de uma alteração durante a diferenciação das células mesenquimais na formação do tecido esplênico ao longo do trajeto dos

vasos esplênicos.⁽²⁾ Geralmente baços ectópicos (em torno de 80%) localizam-se próximo ao hilo esplênico, e 16% estão localizados na cauda pancreática.⁽³⁾

Em geral, o baço acessório intrapancreático é uma lesão assintomática e sem indicação de terapia cirúrgica. No entanto, na maioria dos casos descritos, o diagnóstico foi firmado após ressecção cirúrgica, devido à dificuldade no diagnóstico diferencial pré-operatório com tumores neuroendócrinos pancreáticos.⁽⁴⁾

Os tumores neuroendócrinos pancreáticos são neoplasias neuroendócrinas raras, com incidência anual estimada de <1/100 mil em estudos populacionais e correspondem a menos de 2% de todos os tumores pancreáticos.^(5,6) São classificados em funcionantes e não funcionantes, de acordo com a secreção hormonal e a sintomatologia decorrente, mas, infelizmente, ainda não há um consenso mundial para tal definição. A maioria dos tumores neuroendócrinos pancreáticos é não funcionante, e estes são em sua maioria malignos.⁽⁶⁾ A ressecção cirúrgica primária se mostrou um fator associado ao aumento de sobrevida a longo prazo nestes tumores, principalmente nas lesões acima de 20mm. A terapia conservadora é preferida em casos de tumores menores que 10mm.⁽⁷⁾

A grande importância em se diferenciar baço acessório intrapancreático de tumores neuroendócrinos pancreáticos no pré-operatório reside no fato de que este necessita de intervenção cirúrgica enquanto o primeiro deve preferencialmente ser manejado de forma conservadora. A dificuldade consiste em fazer tal diagnóstico diferencial, visto que, até o presente momento, não existem exames laboratoriais ou radiológicos capazes de confirmar ou excluir o diagnóstico de baço acessório intrapancreático.⁽⁴⁾

Os exames de imagem podem ser úteis na diferenciação entre as duas lesões. Entretanto, a tomografia computadorizada com contraste e a ressonância magnética convencional são limitadas nesta avaliação, principalmente nas lesões menores que 10mm.⁽⁸⁾

A ressonância magnética em combinação com a fase de difusão ponderada revelou-se um método de alta acurácia no diagnóstico e na diferenciação entre baço ectópico intrapancreático e pequenos tumores pancreáticos sólidos. O baço ectópico intrapancreático normalmente apresenta-se na ressonância magnética de difusão ponderada hiperintenso em T2 e hipointenso em T1, em comparação ao tecido pancreático normal.⁽⁸⁾ O ultrassom endoscópico com biópsia aspirativa, além das imagens, fornece o diagnóstico definitivo por meio do anatomopatológico, mas se trata de um exame que depende do investigador e da localização da lesão, além de ser um método invasivo.⁽⁹⁾

A ^{68}Ga -DOTA-TOC PET/CT é um método de alta especificidade para o diagnóstico de tumores neuroendócrinos pancreáticos, pois nela existe uma expressão importante de receptores de somatostatina nos linfócitos. Assim, sempre há um acúmulo fisiológico de ^{68}Ga -DOTA-TOC no tecido esplênico.⁽¹⁰⁾

A cintilografia com hemácias marcadas com tecnécio 99 é um dos métodos de maior especificidade para o diagnóstico de baço ectópico intrapancreático, pois, ao injetar as hemácias marcadas com o radiofármaco, mais de 90% do material é captado pelo tecido esplênico, o que contribui de maneira importante para a detecção de tecido esplênico intrapancreático e o diferencia dos tumores pancreáticos neuroendócrinos e, principalmente, evita um procedimento cirúrgico desnecessário ao paciente.⁽¹¹⁾

CONCLUSÃO

O baço ectópico intrapancreático é uma afecção rara que, em pacientes assintomáticos, não tem indicação de intervenção cirúrgica. Este diagnóstico diferencial deve ser considerado no pré-operatório de lesões sólidas pancreáticas sugestivas de neoplasias neuroendócrinas, a fim de evitar ressecções pancreáticas desnecessárias.

REFERÊNCIAS

- Halpert B, Gyorkey F. Lesions observed in accessory spleens of 311 patients. *Am J Clin Pathol.* 1959;32(2):165-8.
- Octavio A, Castillo C, Pizzi PI. Aberrant spleen simulating an adrenal mass. *Rev Chil Cir.* 2013;65(2):162-5.
- Halpert B, Alden ZA. Accessory spleens in or at the tail of the pancreas. A survey of 2,700 additional necropsies. *Arch Pathol.* 1964;77:652-4.
- Zhu HX, Lou WH, Kuang TT, Wang DS. Post-splenectomy intrapancreatic accessory spleen mimicking endocrine tumor of the pancreas. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(12):1151-3.
- Lam KY, Lo CY. Pancreatic endocrine tumour: a 22-year clinico-pathological experience with morphological, immunohistochemical observation and a review of literature. *Eur J Surg Oncol.* 1997;23(1):36-42. Review.
- Halfdanarson TR, Rabe KG, Rubin J, Petersen GM. Pancreatic neuroendocrine tumors (PNETs): incidence, prognosis and recent trend toward improved survival. *Ann Oncol.* 2008;19(10):1727-33.
- Chung JC, Choi DW, Jo SH, Heo JS, Choi SH, Kim YI. Malignant nonfunctioning endocrine tumors of the pancreas: predictive factors for survival after surgical treatment. *World J Surg.* 2007;31(3):579-85.
- Jang KM, Kim SH, Lee SJ, Park MJ, Lee MH, Choi D. Differentiation of an intrapancreatic accessory spleen from a small (<3-cm) solid pancreatic tumor: value of diffusion-weighted MR imaging. *Radiology.* 2013;266(1):159-67.
- Bastidas AB, Holloman D, Lankarani A, Nieto JM. Endoscopic ultrasound-guided needle-based probe confocal laser endomicroscopy (nCLE) of intrapancreatic ectopic spleen. *ACG Case Rep J.* 2016;3(3):196-8.
- Fülber I, Wurster C, Librizzi D, Röbler M, Gallmeier E, Bartsch DK. Intrapancreatic accessory spleen: a differential diagnosis to neuroendocrine tumors of the pancreas on Ga-68- DOTATOC PET/TC. *JOP J Pancreas.* 2016;17(4):427-30.
- Kim SH, Lee JM, Han JK, Lee JY, Kim KW, Cho KC, et al. Intrapancreatic accessory spleen: findings on MR imaging, CT, US and scintigraphy, and the pathologic analysis. *Korean J Radiol.* 2008;9(2):162-74. Review.