



PANCREATECTOMIA CORPO-CAUDAL COM ESPLENECTOMIA POR CISTOADENOMA MUCINOSO DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO



Diego Arley Gomes da Silva (SILVA, D. A. G.)^b, Miguel Nunes Rodrigues Terceiro Neto (TERCEIRO NETO, M. N. R.)^c,
Olga Lanusa Leite Veloso (VELOSO, O. L. L.)^b, Hellosman De Brito Dias Junior (DIAS JUNIOR, H. D. B.)^b,
Rodrigo Soares da Costa (COSTA, R. S.)^c, Matheus Souto Perazzo Valadares (PERAZZO VALADARES, M. S.)^b,
Marcelo Gonçalves Sousa (SOUSA, M. G.)^a

^a Cirurgião do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário Lauro Wanderley; Doutor em Gastroenterologia Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo.

^b Médicos Residentes em Cirurgia Geral pela Universidade Federal da Paraíba.

^c Médicos Residentes em Área Cirúrgica Básica pela Universidade Federal da Paraíba.

Introdução

Lesões císticas do pâncreas são um grupo de patologias com espectro de lesões benignas a malignas, incluem cistoadenoma seroso, cistoadenoma/cistoadenocarcinoma mucinoso e neoplasia mucinosa papilar intraductal, mais diagnosticadas com o uso crescente de exames de imagem. A neoplasia cística mucinosa (MCN) do pâncreas compreende raros cistos com potencial de malignidade que tipicamente ocorrem no corpo ou cauda do pâncreas de mulheres na perimenopausa, cujo tratamento cirúrgico é tradicionalmente considerado para todos os pacientes.

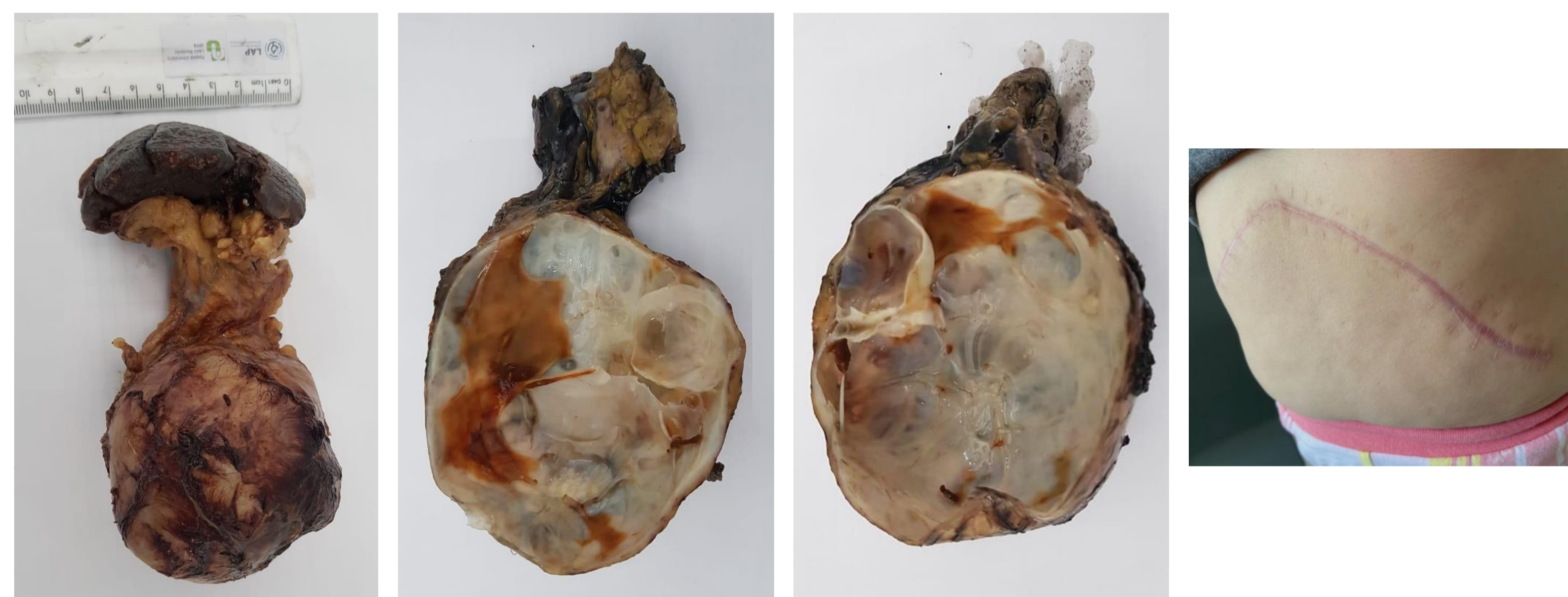
Relato de caso

Mulher, 50 anos, hipertensa, ex-tabagista, IMC 26,1, admitida no ambulatório de Cirurgia por queixas dispépticas havia 06 meses, sem perda ponderal ou sintomas obstrutivos, inicialmente investigada com endoscopia digestiva alta e ultrassonografia de abdome, esta com formação cística em cauda pancreática de contornos regulares e conteúdo anecoide heterogêneo, com septações, sem captação central de fluxo vascular. Realizada ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome com contraste, com “formação expansiva com sinal cístico, apresentando septações grosseiras internas localizada no corpo e cauda do pâncreas, restringindo a difusão, medindo aproximadamente 8,1x6,8x7,2cm e apresentando impregnação dos septos pelo agente paramagnético, sugerindo processo neoplásico cístico mucinoso”.



Realizada Pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia por acesso subcostal esquerdo, e achado intraoperatório de volumoso cisto em topografia de corpo e cauda do pâncreas. Utilizado grampeador linear 80mm carga azul e tratado coto pancreático com sutura contínua de polipropileno 3-0. Realizada esplenectomia e retirada da peça em bloco, instalado dreno de Blake na loja esplênica. Paciente apresentou boa evolução clínica e laboratorial, recebeu alta no 4º dia pós-operatório (DPO) com dreno, retornando no 7º DPO em bom estado geral para sua retirada, sem sinais de fístula pancreática. Anatomopatológico confirmou neoplasia cística mucinosa pancreática com displasia de baixo grau ("cistoadenoma mucinoso"),

com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico. Baço e 02 linfonodos peripancreáticos sem sinais de malignidade. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, no 4º mês pós-operatório, sem novas queixas.



Discussão

Os tumores císticos do pâncreas são em sua maioria achados de exames de imagem realizados por outros motivos, e a RNM apresenta maior resolução para tecidos moles, permitindo avaliação de comunicação com ducto, debris, hemorragia, septos, nódulos murais pequenos, calcificações e componentes parciais sólidos, ajudando na distinção entre as lesões serosas e mucinosas. O guideline de Fukuoka recomenda a ressecção pancreática com linfadenectomia como abordagem curativa para MCN invasivos e não invasivos, enquanto reserva-se ressecções limitadas sem linfadenectomia ou esplenectomia para casos sem suspeita de malignidade. A Associação Americana de Gastroenterologia recomenda RNM anual após ressecção de MCN com displasia ou malignidade.

Referências

1. Abraham AS, Simon B, Eapen A, Sathyakumar K, Chandramohan A, Raju RS, et al. Role of Cross-sectional Imaging (CT/MRI) in Characterization and Distinguishing Benign from Malignant/Potentially Malignant Cystic Lesions of Pancreas. *Journal of Clinical Imaging Science*. 2020;10.
2. Le O, Rovira JJJJoG, Radiology A. Cystic Pancreatic Lesions: A Review of Diagnosis and Management. 2020;3(01):035-9.
3. Pezzilli R, Buscarini E, Pollini T, Bonamini D, Marchegiani G, Crippa S, et al. Epidemiology, clinical features and diagnostic work-up of cystic neoplasms of the pancreas: Interim analysis of the prospective PANCY survey. *Digestive and Liver Disease*. 2020;52(5):547-54.
4. Postlewait LM, Ethun CG, McInnis MR, Merchant N, Parikh A, Idrees K, et al. Association of Preoperative Risk Factors With Malignancy in Pancreatic Mucinous Cystic Neoplasms: A Multicenter Study. *JAMA Surgery*. 2017;152(1):19-25.
5. Ketwaroo GA, Morteale KJ, Sawhney MS. Pancreatic Cystic Neoplasms: An Update. *Gastroenterology Clinics*. 2016;45(1):67-81.
6. Sun Y, Zhou F, Liu F, Hu Y, Tan S, Liang P, et al. Discrimination of serous cystadenoma from mucinous cystadenoma in the pancreas with contrast-enhanced ultrasonography: a prospective study in 61 patients. *Oncology Targets Ther*. 2017;10:1285-94.
7. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang J-Y, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology*. 2012;12(3):183-97.
8. Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P, Adams MA, Dorn SD, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Asymptomatic Neoplastic Pancreatic Cysts. *Gastroenterology*. 2015;148(4):819-22.