

Cistoadenocarcinoma papilífero do pâncreas: estudo anatomoclínico de um caso

B.M. ROSSI¹, R.A. POSSIK², R.B. COSTA³, A. ABRÃO⁴

Unitermos: Pâncreas — Cistoadenocarcinomas papilíferos.

Key words: Pancreas — Papillary-cystic adenocarcinomas.

RESUMO — Os autores apresentam um caso de uma jovem com 19 anos, portadora de cistoadenocarcinoma papilífero de cauda de pâncreas. Fazem também uma breve revisão de literatura, ressaltando a raridade do caso e o seu melhor prognóstico.

INTRODUÇÃO

Os adenocarcinomas pancreáticos têm péssimo prognóstico, com sobrevida que varia de 2,3% a 8,5% em cinco anos para os casos operáveis⁽⁷⁾; apenas 3% dos pacientes portadores dessa doença têm a possibilidade da ressecção cirúrgica do tumor⁽¹¹⁾.

O mesmo não acontece com os pacientes portadores de cistoadenocarcinoma papilífero do pâncreas, que apresentam crescimento lento, bom prognóstico e baixo índice de metástases⁽⁹⁾ e geralmente ocorrem em mulheres jovens^(1,3,6,9).

Os tumores pancreáticos são raros em jovens⁽⁵⁾, como mostra estudo feito no Japão⁽²⁾, onde, de 8.757 necropsias, foram encontrados apenas seis pacientes (qualquer tipo histológico) com idade menor que 20 anos.

RELATO DO CASO

M.E.O., 19 anos, sexo feminino, procurou o hospital com dor epigástrica há um ano, intermitente, que piorava com a alimentação, sem melhora com uso de analgésicos

e sem irradiação. Nega náuseas, vômitos, sangramentos digestivos ou alterações intestinais. Refere emagrecimento de 13kg nesse período, com sensação de plenitude gástrica após alimentação. Fumante de cinco cigarros por dia. Nega uso de álcool.

O exame físico revelou-se normal, sem a presença de adenopatias ou massa abdominal. Quanto aos exames complementares, apresentou amilase = 104U e hemoglobina = 10,6g; ultra-som abdominal mostrou massa complexa, cística e sólida (8 x 8cm em topografia de cauda de pâncreas).

A radiografia contrastada de estômago e duodeno mostrou corpo gástrico discretamente desviado medial e anteriormente, sugestivo de compressão extrínseca com falha de enchimento; esvaziamento gástrico normal; duodeno normal; não foi realizada tomografia computadorizada.

A paciente foi submetida à laparotomia, tendo sido realizada pancreatectomia corpocaudal com esplenectomia, pois, macroscopicamente, havia também invasão de cápsula esplênica. Cabeça e corpo de pâncreas normais (fig. 1). Evoluiu bem nos pós-operatórios, sem intercorrências. Oito meses após encontra-se em bom estado geral, sem atividade tumoral.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Macroscopia — O material enviado para estudo anatomopatológico constou de produto de pancreatectomia corpocaudal, esplenectomia, esvaziamento ganglio-

Trabalho realizado no Depto. de Cirurgia Abdominal e Depto. de Anatomia Patológica no Hospital A.C. Camargo, Fundação Antônio Prudente, São Paulo, SP. Aprovado para publicação em 2/5/88.

¹ Residente em Cirurgia Oncológica.

² Titular do Departamento de Cirurgia Abdominal.

³ Residente em Anatomia Patológica.

⁴ Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal.



Fig. 1 — Aspecto cirúrgico mostrando o pâncreas seccionado após a retirada do tumor. À esquerda, vê-se o estômago rebatido.

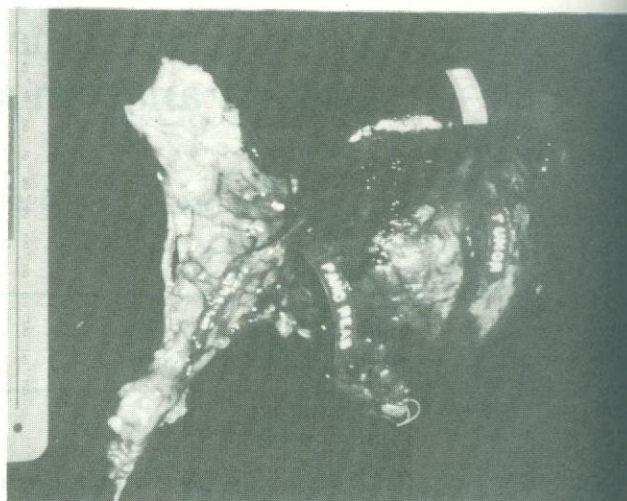


Fig. 2 — Macroscopia da peça cirúrgica. Da esquerda para a direita, vemos grande epíloon, nível de secção do pâncreas, tumor e baço.

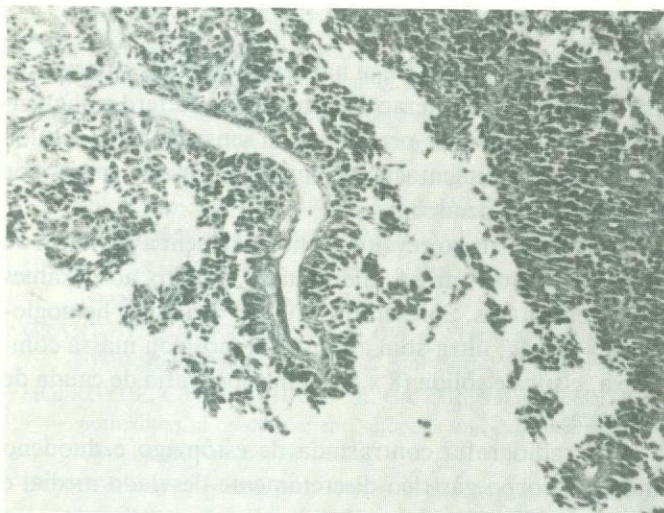


Fig. 3 — À esquerda, a neoplasia possui arranjo papilífero pluriestratificado. À direita, observam-se áreas mais sólidas, com formação de pseudocistos (HE, 60x).

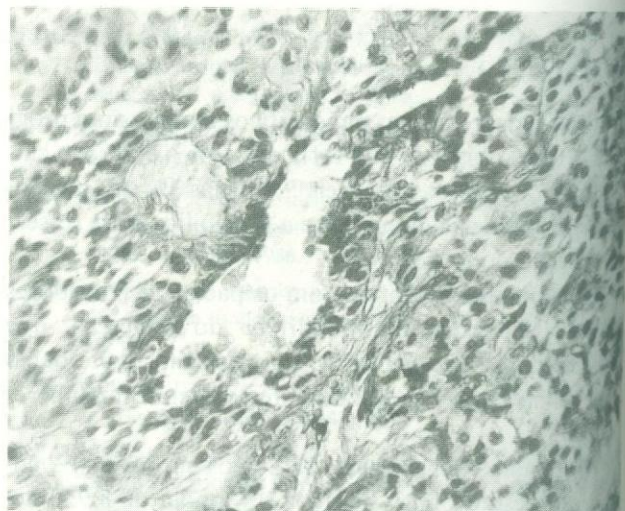


Fig. 4 — À esquerda, no campo superior, há formação cística preenchida por material amorfo e homogêneo. Detalhe para a pouca atipia celular (ácido periódico de Schiff (PAS), 400x).

nar da cadeia esplênica e retirado epíloon, medindo o conjunto 20x11x7cm (fig. 2).

A peça veio fixada em formalina e previamente seccionada para exame de congelação. O pâncreas media 16x7x6cm. Externamente era firme, lobulado, castanho-alaranjado e apresentava-se aderido ao baço. Aos cortes, a superfície interna revelou-se friável, exibindo formações císticas, medindo a maior delas 2,5cm de diâmetro. Havia áreas de necrose e focos granulares, esbranquiçados e endurecidos.

Microscopia — Fragmentos representativos foram submetidos a exame histológico, sendo corados pela he-

matxilina-eosina (HE), ácido periódico de Schiff (PAS), *alcian blue*, mucicarmín, reticulina e tricrômico de Masson.

Observou-se neoplasia constituída por células epiteliais cubóides, com citoplasma claro, abundante, núcleos arredondados, claros, com nucléolos evidentes. O tumor mostra esparsas áreas de necrose e hemorragia, com células formando massas sólidas, e freqüentes projeções papilares de revestimento pluriestratificado (fig. 3). Nas zonas mais sólidas as células às vezes formam pseudocistos, ocupados por material amorfo e compacto que resultou positivo para *alcian blue* e PAS (fig. 4).



Fig. 5 — Pequeno aumento mostrando, no campo inferior, à direita, a espessa cápsula fibrosa que envolve a lesão. Nesta área, a neoplasia é predominantemente papilífera (HE, 100x).

Notou-se pouca atipia celular e a atividade mitótica foi baixa.

Periféricamente, o tumor era limitado por espessa cápsula de tecido fibroso (fig. 5), que se apresentava focalmente invadida por glândulas neoplásicas. A invasão neoplásica da cápsula esplênica não foi confirmada histologicamente, observando-se somente espessamento capsular fibroso e congestão esplênica.

Foram dissecados e submetidos a exame histopatológico cinco linfonodos, que não revelaram neoplasia.

O diagnóstico final foi cistoadenocarcinoma papilífero bem diferenciado do pâncreas.

DISCUSSÃO

É importante em pacientes jovens, portadores de tumores pancreáticos, realizar um estudo pré-operatório cuidadoso para se estabelecer o diagnóstico diferencial das lesões císticas do pâncreas (tabela 1).

Dentre as lesões malignas, a mais comum é o cistoadenocarcinoma, que pode chegar a grandes massas geralmente multilobuladas, com até 7kg⁽⁹⁾, e com cistos contendo mucina. As demais neoplasias císticas do pâncreas são raras.

Dentre as lesões benignas temos os pseudocistos inflamatórios, que podem aparecer em torno de um mês após trauma ou pancreatite aguda. Seu conteúdo geralmente é necrótico, com restos sanguíneos. As demais lesões císticas benignas são raras.

Os cistoadenocarcinomas papilíferos do pâncreas são tipicamente tumores de mulheres jovens, que subitamente apresentam dor abdominal incomum, acompanhada de massa abdominal palpável.

Dentre os exames para diagnóstico⁽⁵⁾, os mais importantes são ultra-som e tomografia computadorizada; ambos são de extrema valia, sendo que o ultra-som mostra detalhes do conteúdo tumoral, tamanho e localização do tumor; a tomografia computadorizada dá com mais precisão a origem do tumor.

Os exames radiográficos também revelam dados importantes para o diagnóstico; no raio-X simples de abdômen podem aparecer calcificações ou massa na topografia pancreática. Ao realizarmos as radiografias contrastadas de estômago e duodeno, poderemos visualizar compressão extrínseca dessas estruturas pelo tumor, como ocorreu no caso descrito. A angiografia de tronco celíaco e de mesentérica superior pode ser útil, especialmente se suspeitarmos de infiltração vascular ou estivermos planejando ressecções de metástases hepáticas.

Os cistoadenocarcinomas do pâncreas são tumores com prognóstico favorável^(1,3,6,9) e, mesmo atingindo dimensões maiores, raramente constituem metástases^(3,9). Assim sendo, devemos realizar, sempre que possível, sua ressecção cirúrgica, que muitas vezes será curativa⁽⁹⁾, mesmo que para isso haja necessidade da remoção de estruturas contíguas ao tumor, o que pode ocorrer em até 70% dos casos⁽⁶⁾.

TABELA 1
Lesões císticas do pâncreas

<i>Neoplásicas</i>
cistoadenocarcinoma
adenomicrocísticos
linfangiomas
hemangiomas
angiossarcomas
cistoadenocarcinomas de células acinares
tumores epiteliais cistopapilíferos
<i>Não neoplásicas</i>
cistos disgenéticos (associados com rim policístico ou síndrome de Hippel-Lindau)
cistos de retenção (associados com fibrose cística ou obstrução do ducto pancreático)
pseudocistos inflamatórios (pós-necróticos, pós-traumáticos), parasitárias (<i>Echinococcus</i>)

SUMMARY

The authors report one case of a young woman, 19, with papillary-cystic adenocarcinoma of tail of the pancreas. They also do a brief review of the literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOMBI, JA et al Papillary-cystic neoplasm of the pancreas: report of two cases and review of the literature. *Cancer*, 54: 780-784, 1984.
2. CYLWIK, B; NOWAK, HF; GLOWINSKA, L Malignant neoplasms of the pancreas: a study based on autopsy data from 1953 to 1982 in Bialystok-Poland. *Neoplasma*, 31: 597-603, 1984.
3. DALES, RL; GARCIA, JC; DAVIES, RS Papillary-cystic carcinoma of the pancreas. *J. Surg. Oncol.* 22: 115-117, 1983.
4. IMAI, S et al Pancreatic carcinoma in childhood. *Acta Pathol. Jpn.* 36: 279-284, 1986.
5. KALSER, MH et al Exocrine tumors of the pancreas. In: BERK, JE Bockus gastroenterology. 4ª ed., Philadelphia, W.B. Saunders, 1985. p. 4.094-4.109.
6. KOMORN, HJ; ZIRKIN, RM; NATHAN, LE Papillary cystic neoplasm of the pancreas: report of two cases of a surgically curable tumor. *Surgery*, 99: 110-113, 1986.
7. MATSUMO, S. & SATO, T Surgical treatment for carcinoma of the pancreas. *Am. J. Surg.* 152: 499-503, 1986.
8. NAGAI, H; KURODA, A; MORIOKA, Y Lymphatic and local spread of T1. pancreatic tumors. *Ann. Surg.* 204: 65-71, 1986.
9. RUSTIN, RB et al Papillary cystic epithelial neoplasms of the pancreas: a clinical study of cases. *Arch. Surg.* 121: 1.073-1.076, 1986.
10. STAIR, JM et al Cystic islet cell tumor of the pancreas. *J. Surg. Oncol.* 32: 46-49, 1986.
11. THE LANCET. Early diagnosis and screening for pancreatic cancer. *Lancet*, II: 785-786, 1986.

XXX Reunião Anual de Cancerologia XIV Encontro dos Ex-Residentes do Instituto Central III Jornada de Enfermagem em Oncologia

13 a 15 de outubro de 1988

Local: Hospital A.C. Camargo — Fundação Antônio Prudente
Anfiteatro Senador José Ermírio de Moraes
Rua Prof. Antônio Prudente, 211, São Paulo, SP — CEP 01509

Informações: Tel. (011) 278-8811, ramal 134

Convidados estrangeiros: Jeffrey Eckardt (EUA) — Tumores ósseos
Arlan Fuller (EUA) — Tumores ginecológicos
Reinaldo D. Chacon (Argentina) — Tumores de mama

Inscrição: médicos — 6 OTN's
estudantes e residentes — 4 OTN's
enfermeiras — 2 OTN's