

Cistoadenocarcinoma papilífero do pâncreas

Papillary-cystadenocarcinoma of the pancreas

ALCINO LÁZARO DA SILVA⁽¹⁾ JOÃO BAPTISTA DE REZENDE NETO⁽²⁾

Unitermos: Pâncreas, Neoplasma, Cistoadenocarcinoma - Sobrevida

Key Words: Pancreas, Neoplasms, Cystadenocarcinoma - Survival

Resumo: Apresentamos uma paciente portadora de cistoadenocarcinoma de pâncreas cujo tratamento cirúrgico possibilitou uma sobrevida de 14 anos, ainda assintomática.

Introdução

O número de publicações sobre o cistoadenocarcinoma de pâncreas é relativamente pequeno, trazendo dificuldades para os que desejam estudá-lo mais pormenorizadamente. Acharmos, portanto, conveniente apresentarmos uma paciente jovem, operada, e com sobrevida de 14 anos.

Relato do caso

M.J.B., 21 anos, feminina, solteira, Reg. 156542, foi internada, em 21.11.75, para propedêutica de massa tumoral retroperitoneal, palpada no hipocôndrio direito, com história de 4 anos. A sintomatologia era incomum com discreta epigastralgia. Ao exame físico, abdômen plano, não doloroso à palpação e fígado palpável à 4 dedos do R. C. D. Operada dia 09.12.75. Realizou-se uma pancreatectomia junostomia látero-lateral e biópsia. A histopatologia revelou "cistoadenocarcinoma papilífero do pâncreas". Em 20.12.75, a paciente foi submetida a uma antroduodenopancreatectomia celíaca (Figs. 1,2,3) usando-se a vesícula biliar para anastomose com o jejuno porque o colédoco era muito estreito.

No 5o. dia de pós-operatório, a paciente apresentou febre, e suspeita de peritonite. Reaberta, apresentava pequena fístula pancreato-jejunal posterior que suturada evoluiu favoravelmente. Obteve alta em 14.01.76.

Em 25.02.83, a paciente retornou apresentando dor em cólica no epigástrico e hipocôndrio direito acompanhada de icterícia. Em 07.03.83, foi submetida a uma laparotomia exploradora constatando-se vesícula biliar anastomosada à alça jejunal sem alterações e 2 linfonodos aumentados no hilo hepático. Realizou-se colecistografia da vesícula biliar que mostrou colédoco dilatado com ausência de cálculos. A biópsia

do linfonodo revelou: "Arquitetura habitual com extensas áreas de hemorragia recente. Ausência de metástases".

Há poucos meses voltou a apresentar cólica e crises de icterícia flutuante. A ultra-sonografia comprovou litíase de vias biliares.

Em 22.08.88 submetida a nova laparotomia transversa constatando-se, pela dissecação do pedículo biliar e colangiografia, coto coledociano com 1 cálculo encravado e outro flutuante nos hepáticos (Fig. 4). Fez-se a abertura lateral do coto do ducto hepático comum e da vesícula, a partir do cístico, envolvendo a bolsa vesicular de **Hartman**. Realizou-se litotomia, seguida de anastomose látero-lateral destas aberturas, em plano único com categute cromado (Fig. 5). A revisão do abdômen foi normal.

Comentários

A incidência de cistoadenocarcinoma de pâncreas parece ser 50% menos freqüente que o cistoadenoma^(1,2,4).

Dentre as lesões císticas malignas do pâncreas, o cistoadenocarcinoma papilífero é o mais comum. Os demais tumores como os linfangiomas, angiossarcomas, cistoadenocarcinoma de células acinares e os tumores epiteliais são raros^(5,9).

O primeiro caso foi publicado por **Kaufmann** em 1911 e segundo em 1934⁽²⁾.

Em 8.500 autópsias no "Post Graduate Medicine Scholl", entre 1935-1958, haviam 75 casos de carcinomas sólidos de pâncreas, 5 casos de cistos e destes, 2 eram cistoadenocarcinomas⁽²⁾. A sua incidência é maior no sexo feminino e a idade predominante em 2/3 dos casos é inferior a 50 anos^(1,2,9,10).

O presente estudo oferece algumas oportunidades para comentários no que se refere a cisto pancreático. A sua classificação é controversa, mas há um denominador comum englobando os cistos verdadeiros em, congênitos, blastomatosos e secundários à afecções inflamatórias de glândula. Pseudocistos inflamatórios podem ocorrer como lesões benignas após trauma ou pancreatite aguda. Estes, possuem conteúdo necrótico com restos sanguíneos⁽⁹⁾.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da FM-UFMG.

1 - Professor Titular de Cir. do Ap. Digestivo da FM-UFMG.

2 - Acadêmico de Medicina da FM-UFMG.



Figura 1 - Visão transoperatória de volumoso cisto na cabeça do pâncreas.



Figura 3 - Peça cística aberta cujo conteúdo era tecido necroso hemorrágico.

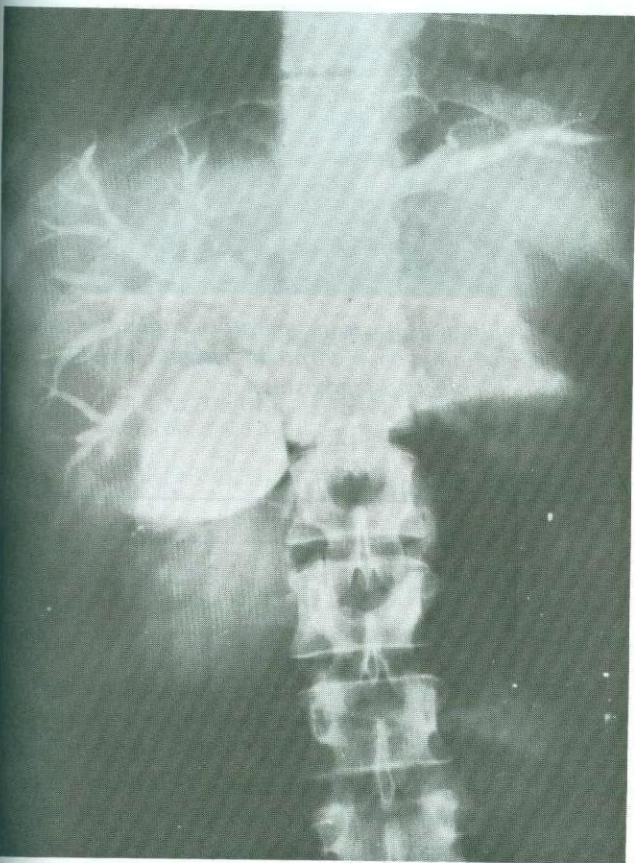


Figura 2 - Cistograma transoperatório por punção direta.

Os congênitos originam-se de tecidos peri-pancreáticos, são assintomáticos na maioria das vezes e, por isso, crescem atingindo grandes dimensões⁽⁶⁾. Os cistos neoplásicos do pâncreas têm sido divididos em 3 tipos: Cistoadenoma; cistoadenocarcinoma; cistos teratomatosos⁽³⁾.

Parece haver um consenso de que os cistos pancreáticos originam-se em células embriogênicas ectópicas como proliferações de epitélio ductal ou acinar^(3,8). É de se considerar também o fato de que muitos estudos histopatológicos dos

cistoadenocarcinomas, evidenciam áreas microscopicamente indistinguíveis daquelas vistas no tumor benigno (cistoadenoma), levando a pensar em uma degeneração maligna^(1,2).

A formação de um grande cisto associado ao cistoadenocarcinoma pode ser explicada do seguinte modo: o tumor obstruía o ducto pancreático levando à formação de um cisto de retenção ou de um pseudocisto com posterior implantação do carcinoma em sua parede; um pseudocisto em pancreatite crônica que desenvolve o câncer; o tumor pode crescer tanto que sofrerá necrose central levando à formação cística⁽⁹⁾. O desenvolvimento e crescimento destes cistos podem estar presentes por muitos anos em um estado benigno ou maligno de crescimento lento. A sua presença pode não se manifestar por tempo considerável e os sintomas resultariam finalmente das complicações como: icterícia, torção, hemorragia, ruptura, dor por trauma, pressão produzida mecanicamente pelo envolvimento de estruturas vizinhas, trombose venosa (mais comum da veia porta) e supuração. O índice de metástases é baixo⁽⁹⁾.

O cistoadenocarcinoma como o cistoadenoma, é um tumor encapsulado, mas a cápsula pode ser indeterminada em parte por invasão neoplásica⁽¹⁾ (Fig.5, 6 e 7).

A correlação de cistos pancreáticos e doenças da vesícula biliar não pode ser comprovada, mas há quem relate a associação de colecistite e cistos pancreáticos⁽⁸⁾.

A localização do tumor no pâncreas é variável, sendo a cauda mais acometida e rara a localização cefálica^(1,8). É interessante relatar que não raramente tumores císticos situados na cauda do pâncreas são erradamente tomados como esplenomegalia^(1,7,8,10).

Com o advento da ultra-sonografia e tomografia pode-se suspeitar do diagnóstico desde que os cistoadenocarcinomas apresentem-se com conteúdo cístico tendo no seu interior áreas de ecogenicidades diferentes; quando se suspeitar de infiltração vascular ou se estivermos planejando ressecções de metástases hepáticas, a angiografia de tronco celíaco pode ser de alguma ajuda⁽⁹⁾.

No caso da nossa paciente, a 1ª intervenção foi realizada sem estes recursos porque não os tínhamos em nosso meio. De qualquer forma, um tumor retroperitoneal, com ou sem propedêutica requintada, deve ser explorado para que não haja atraso diagnóstico.

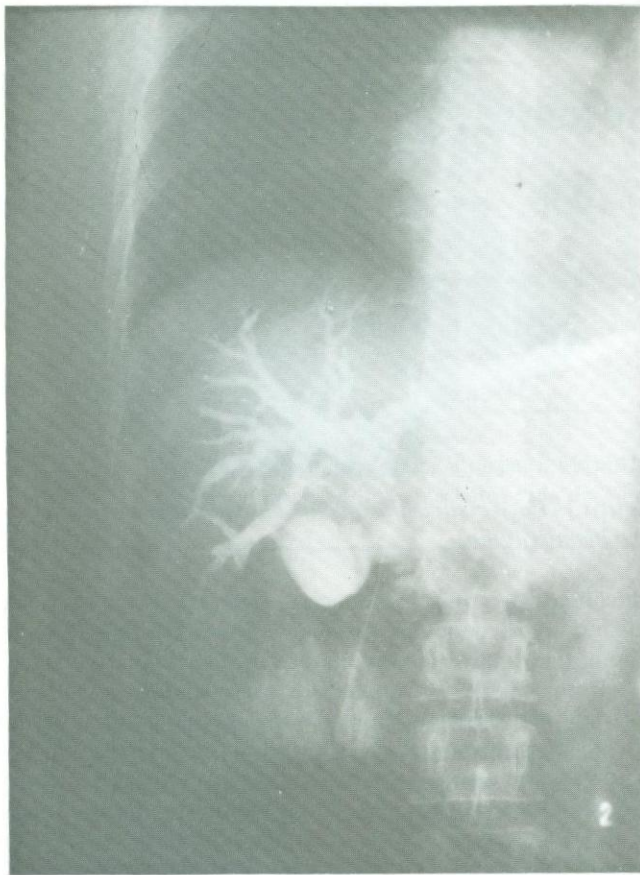


Figura 4 - Colangiografia transoperatória demonstrando a vesícula e a dilatação de vias biliares com cálculos no coto do colédoco.



Figura 5 - Colangiografia transoperatória, após a anastomose de coto coledociano com o corpo da vesícula, demonstrando uma colédoco-colecisto-jejunostomia.

Não existem evidências de que a radioterapia tenha algo a oferecer no tratamento dos cistoadenocarcinomas de pâncreas, por isso a melhor terapêutica reside, quando possível, na ressecção radical da lesão, já que muitas vezes é curativa, pois o cistoadenocarcinoma de pâncreas mesmo que atinja grandes dimensões possui prognóstico favorável. Ao contrário deste, os adenocarcinomas possuem péssimo prognóstico com sobrevida que varia de 2,3 a 8,5% em cinco anos. Apenas 3% dos pacientes com estes tumores têm possibilidade de ressecção cirúrgica⁽⁹⁾.

A sobrevida de 14 anos, livre da doença, ficou confirmada pela última intervenção, quando a paciente apresentava uma litíase primária de via biliar, por estase.

Este achado reforça a nossa preocupação em não fazer nos doentes portadores de doenças benignas e excepcionalmente nas malignas, a anastomose com a vesícula. A diferença de diâmetros entre o cístico e a vesícula facilita uma estase definitiva com precipitação de sais e formação de cálculos como ilustrado aqui.

Summary

This article presents the case of a female patient bearer of a papillary cystadenocarcinoma of the pancreas whose surgical treatment made possible a fourteen year survival, without symptoms yet.

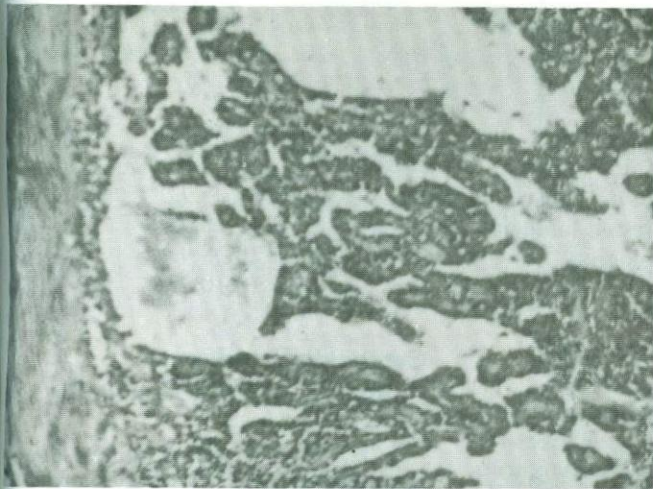


Figura 6 - Observa-se projeções papilares em eixo de tecido conjuntivo vascular revestido por células atípicas.

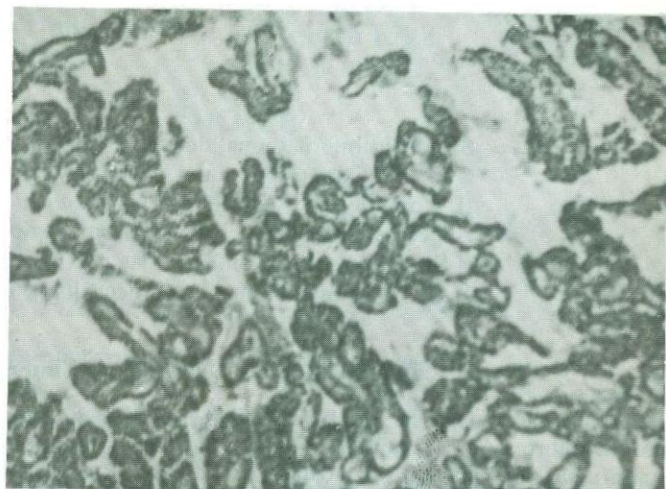


Figura 7 - Pormenor das projeções papilares.

Referências bibliográficas

- 01- AYELLA, JR. A.S.; HOWARD, JM; GROTZINGER, P.J. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Am. J. Surg.* 103: 242-246, 1962.
- 02- BECKER, W.F. et al. Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. *Ann. Surg.* 161: 845-859, 1968.
- 03- BURK, JR. L.B. HILL, R.P. Papillary cystadenocarcinoma of the pancreas. *Ann. Surg.* 136: 883-886, 1952.
- 04- CORNES, J.S. & AZZOPARDI, J.G. Papillary cystadenocarcinoma of the pancreas with report of two cases. *Br. J. Surg.* 47: 139-144, 1959.
- 05- DUARTE, M.J.S.; MOTT, C.B.; MACHADO, M.C.C. Pâncreas exócrino.

In: BOGLIOLO, L. *Patologia*. 3a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986. 756-759.

- 06- LÁZARO DA SILVA, A. & MORENO Jr., M. Surgery of pancreatic dermoid cyst with ligation of superior mesenteric vein. *Arq. Gastroenterol. São Paulo*, 21: 183-186, 1984.
- 07- LICHTENSTEIN, L. Paillary cystadenocarcinoma of pancreas. *Am J. Cancer*, 21: 542-553, 1934.
- 08- MASON, L.W.; DeGIORGIO, GR; McGRATH; FL. Papillary cystadenocarcinoma of the pancreas. *J. Int. Coll. Surg.* 22: 440-446, 1954.
- 09- ROSSI, B.M et al. Cistoadenocarcinoma papilífero do pâncreas: estudo anátomo-clínico de um caso. *Acta Oncol. Bras.* 8: 75-78, 1988.
- 10- SARTORI, S. et al. Cistoadenocarcinoma de pâncreas relato de um caso. *GED*, 5.: 49-50, 1986.

Sociedades Médicas

- Sociedade Paulista de Cancerologia** - Al. Joaquim Eugenio de Lima, 130 - 01403 - São Paulo, SP
Sociedade Brasileira de Cancerologia - Rua Humberto de Campos, 11 - Graça - 40150 - Salvador, BA
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - Rua Voluntários da Pátria, 455 - Cj. 550-22000 - R. de Janeiro, RJ
Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica - Av. Presidente Vargas, 1855 - 97100 - Santa Maria, RS
Sociedade Brasileira de Médicos para a Prevenção da Guerra Nuclear (Prêmio Nobel da Paz em 1985)
 Informações: Av. Cidade Jardim, 427 - Cj. 93 - 01453 - São Paulo, SP
Colégio Brasileiro de Radioterapia e Radiologia - Av. Paulista, 491 - 13o A - Cj. 132 - 01311 - São Paulo, SP
FLASCA (Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerologia) (Fundada em 16 de Setembro de 1985) - Paraguay, 5190 - Buenos Aires (1425), Argentina
Union Internationale Contre le Cancer (UICC) - Rue Conseil Général, 3 - 1205 - Genebra - Suíça