

## Qual o seu diagnóstico? • Which is your diagnosis?

Marcelo Souto Nacif<sup>1</sup>, Karen Amaral do Vabo<sup>2</sup>, Telmo Pimentel do Vabo<sup>3</sup>, Ronaldo Maselli de Pinheiro Gouvêa<sup>4</sup>, Ricardo Ebecken<sup>5</sup>, Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos<sup>6</sup>

Trabalho realizado no Centro de Imagem do Hospital de Clínicas de Niterói (HCN) e no Departamento de Radiologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. 1. Professor do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), Teresópolis, RJ, Responsável pela RM Cardíaca do Hospital de Clínicas de Niterói (HCN), Niterói, RJ, Brasil. 2. Médica Radiologista do Hospital de Clínicas de Niterói (HCN), Niterói, RJ, Brasil. 3. Subchefe do Centro de Imagem do Hospital de Clínicas de Niterói (HCN), Niterói, RJ, Brasil. 4. Pós-graduação em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas (IPGMCC), Niterói, RJ, Brasil. 5. Chefe do Serviço de Endoscopia do Hospital de Clínicas de Niterói (HCN), Niterói, RJ, Brasil. 6. Professor Titular da Pós-graduação em Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas (IPGMCC), Coordenador do Centro de Imagem do Hospital de Clínicas de Niterói (HCN), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Souto Nacif. Rua Tavares de Macedo, 136, ap. 1503, Bloco A, Icaraí. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: msnacif@yahoo.com.br / www.msnacif.med.br

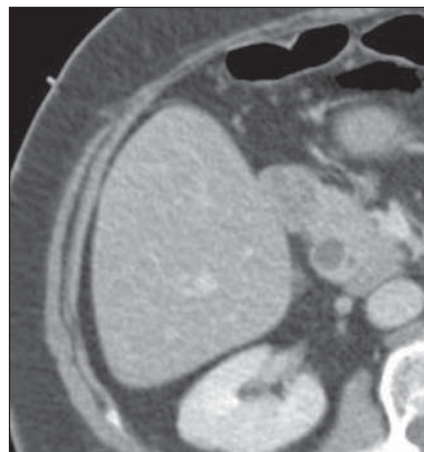
Nacif MS, Vabo KA, Vabo TP, Gouvêa RMP, Ebecken R, Santos AASMD. Qual o seu diagnóstico? Radiol Bras. 2009;42(6):XI–XIII.

Paciente do sexo feminino, 66 anos de idade, com queixa de dor no estômago. No dia 27/1/2007 apresentou dor surda na região epigástrica, de início súbito, sem irradiação ou fatores desencadeadores, que melhorou com o uso de sintomáticos. Permaneceu assintomática por aproximadamente um mês, quando houve retorno da dor epigástrica, após ingestão de alimento gorduroso, agora de maior intensidade, que foi tratada em caráter de urgência. Negava vômitos, colúria, acolia ou febre. Foi indicada investigação ambulatorial para “hepatite”, tendo a paciente realizado ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdome.

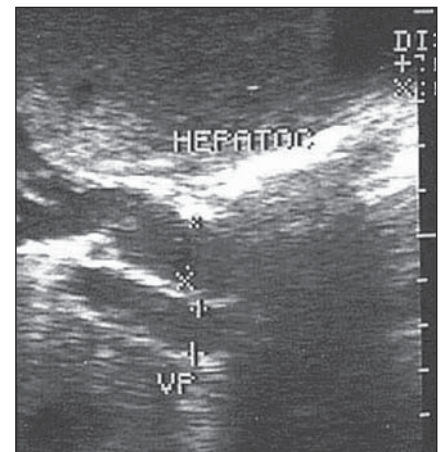
Uma semana após, apresentou novo episódio de dor epigástrica acompanhada de vômitos, colúria e acolia, sendo internada no dia 28/2/2007 no Hospital de Clínicas de Niterói. Na internação, relatou melhora algíca com “dieta zero” e realizou colangiressonância. Na sua história pre-

gressa o único fato relevante foi uma colecistectomia realizada há 10 anos. No exame físico da paciente o único achado foi icterícia de 2+/4+. Exames laboratoriais mostraram indicadores de colestase com altos

níveis de bilirrubina (notadamente direta), TGO e TGP, assim como fosfatase alcalina e gama-GT. Níveis séricos de CA-19-9 também foram altos. Dosagens de amilase e lipase foram normais.

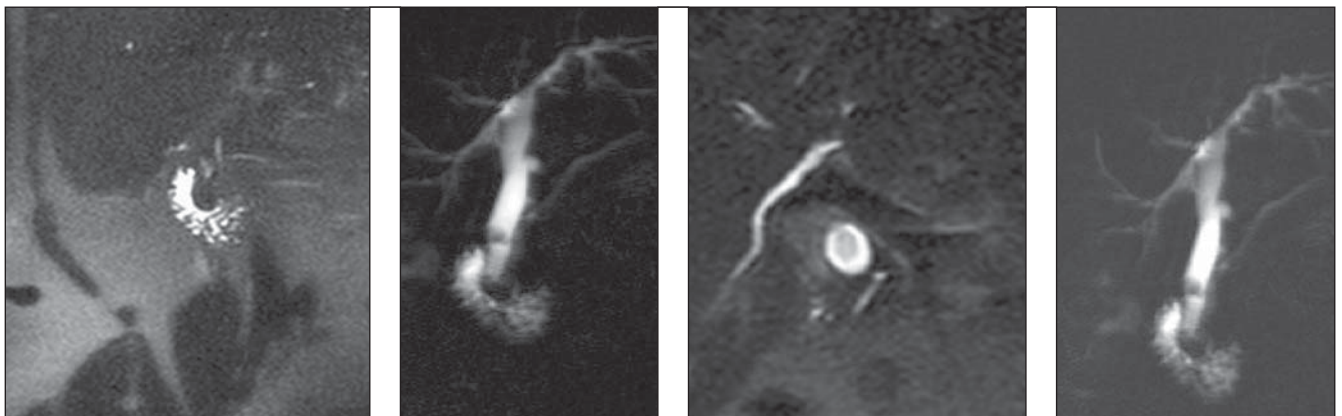


A



B

**Figura 1. A:** Tomografia computadorizada do abdome com contraste venoso. **B:** Ultrassonografia do abdome superior.



A

B

C

D

**Figura 2. A,B,C,D:** Ressonância magnética do abdome superior com colangiressonância.

## Descrição das imagens

**Figura 1. A:** Tomografia computadorizada do abdome com contraste venoso. **B:** Ultrassonografia do abdome superior. A ultrassonografia (prejudicada por gás intestinal excessivo) e a tomografia mostram dilatação das vias biliares extra-hepáticas. Ducto pancreático e cabeça pancreática sem anormalidades.

**Figura 2.** Ressonância magnética do abdome superior com colangiopressonância. Visualiza-se formação “polipoide” na papila maior do duodeno, associada a dilatação do colédoco que contém “cálculos” pouco facetados. Na imagem de reconstrução nota-se interrupção distal da luz irregular, nem afilada, nem abrupta.

**Diagnóstico:** Adenoma da ampola hepatopancreática.

## COMENTÁRIOS

Os adenomas são os tumores benignos mais comuns da ampola hepatopancreática (0,04% a 0,12% das necropsias), sendo menos frequentes que as lesões malignas nesta estrutura. Outros tumores benignos consistem em lipomas, hamartomas, fibromas e tumores neurogênicos. Normalmente, estes tumores não apresentam predileção por gênero e a idade média de ocorrência é em torno dos 60 anos<sup>(1,2)</sup>.

Estes tumores podem ter de 4 mm a 7 cm e os extremamente pequenos podem não causar sintomas, entretanto, 75% dos pacientes são sintomáticos no momento do diagnóstico<sup>(1,3,4)</sup>.

Os sintomas mais comuns são: dor abdominal inespecífica e icterícia (75% e 70%, respectivamente), sendo ainda comum a hemorragia digestiva (50%). Laboratorialmente, revela-se um padrão colestático de icterícia, com níveis altos de bilirrubina – notadamente direta –, gama-GT e fosfatase alcalina. Episódios intermitentes de pancreatite não são incomuns e a dosagem sérica de CA 19-9 poderá estar elevada<sup>(5-7)</sup>.

Nos achados de imagem observa-se a coexistência frequente com litíase biliar, e a obstrução parcial distal ocasiona o sinal da “dupla luz” (dilatação da luz da via biliar e pancreática principal), que não foi encontrado na nossa paciente. Mais comumente, observa-se a falha de enchimento duodenal como único achado, o que é al-

tamente inespecífico nesta região, sendo ainda o uso de contraste venoso, seja gadolínio ou iodo, bastante controverso na diferenciação dos tumores desta região entre malignos e benignos<sup>(4,8)</sup>.

Pelo fato de os adenomas, principalmente o viloso, apresentarem elevado índice de malignização, há de se considerar terapia radical nestes pacientes<sup>(6,8)</sup>.

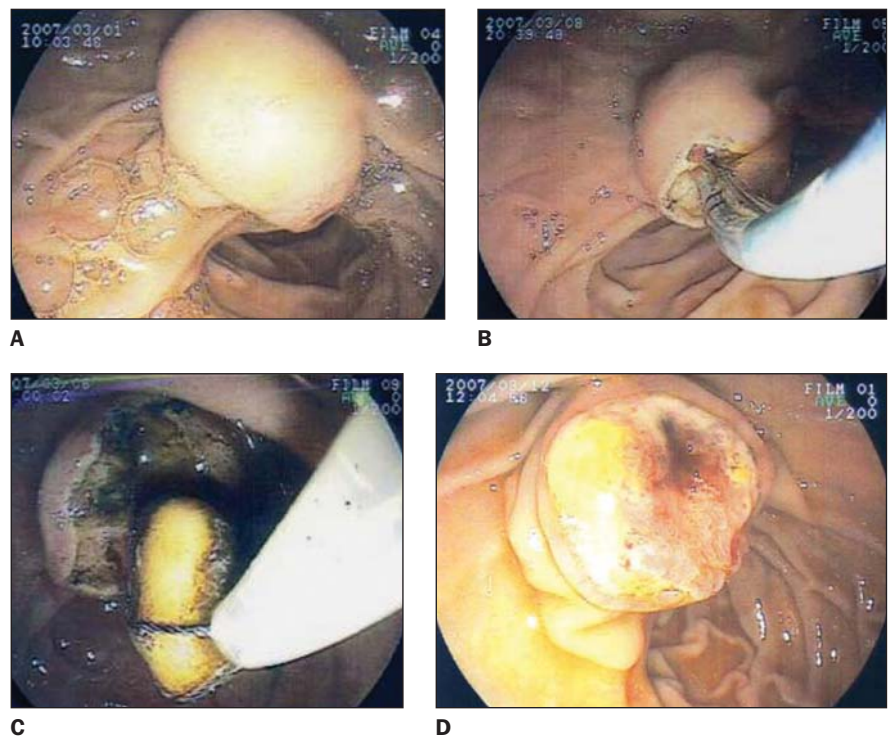
Os achados das imagens do caso aqui relatado mostram, em suma, um quadro de dilatação das vias biliares extra-hepáticas, com vias pancreáticas principais preservadas. Estão presentes falhas de enchimento na luz do colédoco compatíveis com cálculos, pouco facetados, provavelmente ricos em colesterol (que não aparecem na tomografia computadorizada). Há ainda falha de enchimento na luz duodenal, “polipoide”, na região da ampola hepatopancreática, de contornos regulares, que determina uma transição pouco regular com a luz do colédoco (nem abrupta, nem filiforme). Esta formação mede aproximadamente 3 cm, o que fala contra doenças não neoplásicas desta estrutura, como as oddites (até 1,5 cm), comumente secundárias a impactação de cálculos.

Dessa forma, pensou-se em lesão neoplásica, sendo que o achado de cálculos na via biliar comum, com característica de “primários” (geralmente ricos em colesterol e moldados pela luz coledociana), é pouco esperado nas doenças malignas periampulares, que geralmente têm prognóstico sombrio e sobrevida extremamente curta. Deve-se lembrar que cálculos residuais geralmente são facetados e costumam causar complicações em até três anos após colecistectomia.

A paciente foi submetida a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com biópsia e exérese da lesão (Figura 3).

## Considerações finais

Como o acontecido no presente caso, a suspeição diagnóstica antes de exame histopatológico pode ser realizada por métodos não invasivos quando se associam os dados clínicos e laboratoriais, para buscar uma semiologia completa em lesões periampulares. Isto facilita a orientação terapêutica, sendo fundamental que o radiologista coloque o adenoma da ampola hepatopancreática no diagnóstico diferencial das lesões nesta região.



**Figura 3. A,B,C,D:** Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada mostrando papila maior do duodeno de tamanho aumentado. Foram realizadas papilotomia, com retirada de cálculos castanhos e pouco facetados, e biópsia extensa da lesão.

## REFERÊNCIAS

1. Buck JL, Elsayed AM. Ampullary tumors: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1993; 13:193–212.
2. Guibaud L, Bret PM, Reinhold C, et al. Bile duct obstruction and choledocholithiasis: diagnosis with MR cholangiography. *Radiology*. 1995;197: 109–15.
3. Kim MJ, Mitchell DG, Ito K, et al. Biliary dilatation: differentiation of benign from malignant causes – value of adding conventional MR imaging to MR cholangiopancreatography. *Radiology*. 2000;214:173–81.
4. Asbach P, Klessen C, Kroencke TJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography using a free-breathing T2-weighted turbo spin-echo sequence with navigator-triggered prospective acquisition correction. *Magn Reson Imaging*. 2005; 23:939–45.
5. Schindera ST, Merkle EM. MR cholangiopancreatography: 1.5T versus 3T. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2007;15:355–64.
6. Morita S, Suzuki K, Machida H, et al. Prospective trial of a navigator setting under left hepatic lobe on magnetic resonance cholangiopancreatography using a free-breathing prospective acquisition correction technique. *Magn Reson Imaging*. 2008;26:841–6.
7. Kim JH, Kim MJ, Chung JJ, et al. Differential diagnosis of periampullary carcinomas at MR imaging. *Radiographics*. 2002;22:1335–52.
8. Sugita R, Furuta A, Ito K, et al. Periampullary tumors: high-spatial-resolution MR imaging and histopathologic findings in ampullary region specimens. *Radiology*. 2004;231:767–74.