

PSEUDOTUMOR DE PÂNCREAS POR CORPO ESTRANHO

PSEUDOTUMOR OF PANCREAS CAUSED BY A FOREIGN BODY

Roberto Carlos de Oliveira e Silva, ACBC-MG¹
Antônio Carlos Cioffi, ACBC-MG²

INTRODUÇÃO

As neoplasias pancreáticas englobam um amplo espectro de lesões que podem ser benignas ou malignas, e se manifestam de várias formas. Sua frequência vem crescendo nos últimos anos graças ao avanço tecnológico dos exames de imagem e à facilidade de acesso a estes exames. O achado de uma massa pancreática representa, ainda hoje, grande desafio não só na avaliação diagnóstica como também na escolha terapêutica. Até a última década, a abordagem tradicional da massa pancreática restringia-se à exploração cirúrgica, na tentativa de se realizar o diagnóstico histológico, estadiamento e avaliação da ressecabilidade. Mais recentemente, porém, com advento de testes propedêuticos mais sofisticados – em particular a aplicação da ultra-sonografia, da tomografia computadorizada dinâmica (cintilografia TC), das imagens por ressonância magnética (IRM), da angiografia digital, da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), da ultra-sonografia endoscópica, dos marcadores tumorais bioquímicos e da laparoscopia – introduziu-se uma nova dimensão para avaliação e estadiamento pré-operatório da massa pancreática.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente cuja propedêutica por imagem demonstrou presença de massa pancreática de etiologia ainda não descrita na literatura.

RELATO DO CASO

Paciente JMS, 63 anos, sexo masculino, lavrador, natural e residente em Belo Horizonte (MG). Procurou assistência médica devido a dor lombar intensa e persistente, associada a náuseas e vômitos, com três meses de evolução. Nos últimos trinta dias apresentou hipertermia (temperatura axilar até 39,0° C) e queda progressiva do estado geral. Durante a evolução do quadro constatou perda ponderal de 17kg (30% de seu peso habitual). Não apresentou alteração do hábito intestinal, icterícia, colúria ou acolia fecal.

Na história pregressa, tratava-se de ex-tabagista e ex-etilista (interrompeu há nove anos), com episódio de infarto

cerebral isquêmico há 12 meses, sem seqüelas. Não havia outro passado mórbido clínico-cirúrgico digno de nota. A história familiar era negativa para doença neoplásica.

Quando de sua avaliação, encontrava-se emagrecido, corado e anictérico. O abdome era escavado, apresentando abaulamento em epigástrio, indolor e submaciço à percussão. À palpação abdominal evidenciava-se tórpor em epigástrio com aproximadamente 15cm de diâmetro, doloroso à palpação profunda. O peristaltismo era presente e fisiológico, não se auscultava sopro no epigástrio. A avaliação laboratorial constou de hemograma completo, provas de função hepática, coagulograma, ionograma completo, glicemia, amilase, lipase, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa e urinálise. Observou-se elevação da lipase sérica (149 UI/dl – valor normal: 60 a 100 UI/dl) e da VHS (74 mm em uma hora – valor normal: 0 a 9 mm em uma hora). Os demais exames encontravam-se dentro dos parâmetros da normalidade.

A propedêutica por imagem incluiu radiografia simples do abdome, endoscopia digestiva alta, ultra-sonografia abdominal total, tomografia computadorizada do tórax e abdome. A radiografia simples de abdome foi considerada normal, e a endoscopia digestiva mostrou gastrite antral. Ao ultra-som, evidenciou-se lesão sólida, heterogênea, com dimensões de 43 x 48 x 36mm, localizada em topografia de cauda de pâncreas, e imagem nodular, ecogênica, com 12 mm de diâmetro, limites precisos, localizada no segmento VII do fígado. O estudo tomográfico revelou presença de processo expansivo heterogêneo, predominantemente sólido, com área de calcificação, em topografia de corpo e cauda do pâncreas, associado a linfadenomegalia periaórtica; não evidenciou lesão hepática, ascite ou infiltração de estruturas vasculares em sua topografia (Figura 1).

Prosseguindo no estadiamento, realizou-se laparoscopia propedêutica, que demonstrou ausência de lesões hepáticas superficiais, ascite ou sinais de carcinomatose. Pelas dificuldades de abordagem da retrocavidade dos epíploons, optou-se pela realização de laparotomia exploradora mediana supra-umbilical. O inventário da cavidade abdominal demonstrou ausência de lesões metastáticas e presença de tumor em topo-

1. Cirurgião Geral do Hospital Socor. Cirurgião Geral Titular do Hospital João XXIII. Mestre em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela UFMG.
2. Cirurgião Geral do Socor. Cirurgião Geral do Hospital Júlio Kubitschek. Preceptor de Residência Médica em Cirurgia Geral na FHEMIG.

Recebido em 21/7/97

Aceito para publicação em 19/4/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Socor – Belo Horizonte – MG

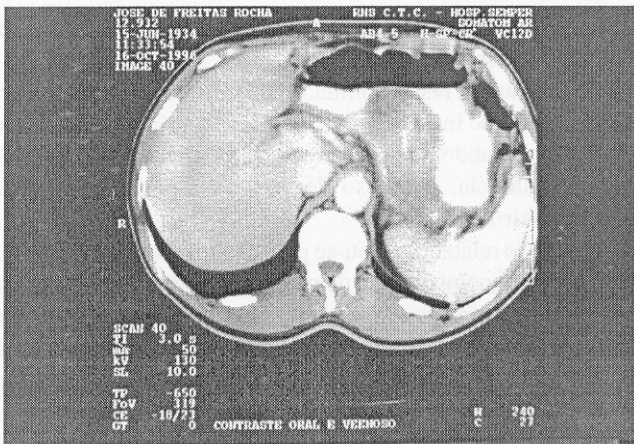


Figura 1 – Propedêutica por imagem (TC de abdome), demonstrando presença do tumor em topografia de corpo e cauda da glândula. Observa-se presença de alteração compatível com o corpo estranho no centro da lesão

grafia de corpo e cauda de pâncreas, preservando a porção cefálica da glândula, com aproximadamente 8cm de extensão. A lesão infiltrava a parede posterior do antro gástrico, sem acometimento de grandes vasos. Não foi evidenciada lesão hepática à inspeção e palpação do órgão.

Com a hipótese diagnóstica de neoplasia pancreática maligna ressecável, optou-se em realizar pancreatectomia corpo-caudal associada a esplenectomia e gastrectomia segmentar, efetuadas em monobloco. Completou-se o procedimento cirúrgico com drenagem tubular em selo d'água do leite pancreático. Após o término da operação, quando da avaliação macroscópica da peça ressecada cirurgicamente, observou-se presença de corpo estranho – espinha de peixe – no interior da lesão (Figura 2). A peça operatória foi encaminhada para exame anatomopatológico.

A evolução pós-operatória transcorreu sem maiores anormalidades. O paciente recebeu alta hospitalar em seu oitavo dia pós-operatório, sem sinais clínicos ou laboratoriais de insuficiência pancreática endócrina ou exócrina.

O estudo histoanatomopatológico da peça operatória revelou presença de tecido fibroso reparativo (granuloma) formando aderência gastropancreática, com área cavitária

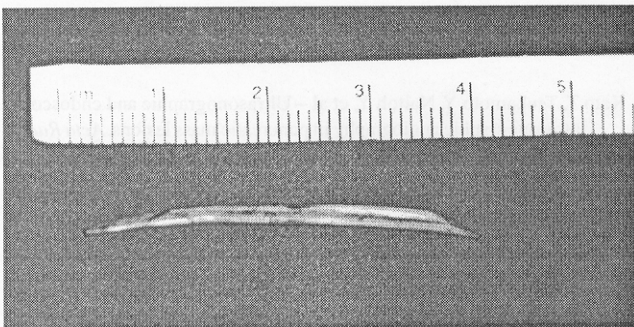


Figura 2 – Etiologia da massa pancreática (espinha de peixe), encontrada no centro da lesão

central apresentando tecido de granulação. A mucosa gástrica apresentava gastrite acentuada e o tecido pancreático edemaciado, com discreto infiltrado inflamatório intersticial e peripancreático, sem necrose. Baço sem alterações histológicas relevantes. Não havia sinais histológicos de atipias e/ou malignidade nos cortes examinados.

DISCUSSÃO

O achado, à propedêutica por imagem, de um tumor pancreático, tem aumentado progressivamente de frequência nos últimos anos. Esse fato está relacionado não somente à melhoria da sensibilidade dos exames por imagem, como também à maior experiência do profissional radiologista e ao acesso cada vez mais facilitado a esses exames. Ainda assim, o tumor pancreático representa um grande desafio para o médico, principalmente na determinação de sua natureza.

O diagnóstico diferencial de um tumor pancreático, num indivíduo adulto, inclui pancreatite aguda ou crônica, neoplasias pancreáticas, tumores extrapancreáticos, entre outros.^{1,2} A avaliação e o controle apropriado dessas lesões são controversos, com protocolos variando desde a excisão sistemática da lesão, quando exequível, até o acompanhamento clínico em casos selecionados. Uma história clínica minuciosa, um exame físico completo e o uso criterioso dos exames complementares, com atenção particular aos sintomas e sinais de disfunção hormonal e hepática, são importantes para determinar a possível etiologia. A evidência de alteração ponderal, queda de estado geral, presentes no paciente em questão, e intolerância à glicose, determinam a necessidade de uma avaliação mais agressiva.

A avaliação pré-operatória das massas pancreáticas deve cumprir duas etapas na tentativa de responder questões fundamentais para abordagem terapêutica. Inicialmente, deve-se estabelecer a localização precisa da lesão, suas dimensões,¹ conteúdo e eventual infiltração de estruturas adjacentes ou à distância.³ Uma possível doença metastática deve ser aventada até mesmo no paciente sem história de malignidade; assim, os exames complementares devem incluir rotineiramente a radiografia de tórax. Nesse sentido, a ultra-sonografia endoscópica e a tomografia computadorizada têm se demonstrado os exames propedêuticos mais úteis, respondendo satisfatoriamente a estas indagações.⁴ A endoscopia digestiva alta e a colangiopancreatografia podem ser de utilidade em alguns casos, documentando a relação ou invasão de estruturas adjacentes. No caso apresentado, a localização da lesão pancreática e a relação com estruturas adjacentes foram bem definidas tanto pela tomografia quanto pelo exame ultra-sonográfico, não sendo evidenciada alteração digna de nota à endoscopia digestiva alta. A possível lesão metastática no fígado evidenciada pelo ultra-som não foi confirmada pela tomografia e nem pela inspeção operatória do fígado.

Em uma segunda etapa, procura-se estabelecer a natureza da lesão, se benigna ou maligna. Marcadores tumorais espe-

cíficos e inespecíficos,⁴ quando positivos, podem orientar o diagnóstico neste sentido. Alguns autores preconizam a angiografia seletiva do tronco celíaco e da mesentérica superior,⁵ que podem caracterizar alterações específicas de determinadas neoplasias, porém, não é propedêutica de rotina na grande maioria dos centros.

A diferenciação entre pancreatite e câncer pancreático traz freqüentemente à baila a necessidade do emprego da biópsia pancreática intra-operatória. Boa parte dos cirurgiões, no entanto, não a efetua temendo complicações como a fístula, hemorragia e a ascite pancreática. Entretanto, há relatos de elevados percentuais de acerto na biópsia com complicações desprezíveis, principalmente quando se utilizam agulhas finas. O diagnóstico diferencial com as diversas formas de pancreatite aguda e crônica, principalmente nas apresentações anictéricas das neoplasias, pode tornar-se muito difícil, cabendo ao cirurgião decidir pela ressecção, baseado no quadro do paciente e nos aspectos da lesão.

Ao focar o planejamento cirúrgico do tumor pancreático, é necessário prever a operabilidade do paciente, assim como a de sua lesão. Deve-se ter sempre em mente que a cirurgia pancreática é um procedimento maior, com altos índices de morbidez e mortalidade. A grande maioria dos pacientes procura assistência médica tardiamente, quando a doença é avançada e já apresentam comprometimento importante do estado geral. Portanto, a idade avançada, desnutrição, presença de comprometimento cardiopulmonar, renal e hepá-

tico podem contra-indicar por si só a laparotomia, pelo risco cirúrgico-anestésico proibitivo.

No tocante à ressecabilidade da lesão, deve-se investigar não só o grau de infiltração local da lesão, principalmente os grandes vasos abdominais, como também a presença de metástases à distância, pois isso descartaria a possibilidade de ressecção cirúrgica.

No caso relatado, optou-se pelo procedimento ressectivo, sabidamente acompanhado de maior morbi-mortalidade, pois as evidências clínicas e radiológicas sugeriam a possibilidade de doença maligna. Tratava-se de uma lesão ressecável, sem evidência de metástase à distância, e o paciente apresentava condição clínica que permitia uma operação mais extensa. A presença do corpo estranho intralesional só foi evidenciada após o procedimento operatório, quando da avaliação macroscópica da peça cirúrgica. Numa análise retrospectiva da tomografia computadorizada, sugeriu-se que a imagem de calcificação na lesão poderia corresponder ao corpo estranho.

Os avanços da tecnologia dos exames de imagem bem como o de outros testes diagnósticos ocorrem com tanta rapidez que num futuro bem próximo a exatidão diagnóstica irão modificar nossas estratégias clínicas e cirúrgicas na avaliação e tratamento das massas pancreáticas. Entretanto, com os recursos disponíveis hoje, em nosso meio, a laparotomia realizada por um cirurgião experiente continua proporcionando a avaliação mais precisa da ressecabilidade e continua sendo fator definitivo de decisão.

ABSTRACT

The diagnosis of pancreatic masses represents a great challenge for imaging studies. However, the occurrence of pancreatic masses have been reported more frequently in the last years due to advances in imaging diagnostic methods. During the last decade, the surgical approach of pancreatic masses was limited to an attempt of establishing histological diagnosis, staging and evaluation of resection of these masses. Recently, the approach and staging of pancreatic masses was facilitated by sophisticated methods of diagnosis, especially, ultrasound, dynamic computerized tomography, magnetic resonance imaging (IRM), angiography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (CPRE), endoscopic ultrasound, laparoscopy and biochemical tumors markers. The present paper reports a case of a pancreatic mass due to foreign body in which the imaging study helped to determine out this rare etiological agent that has not been previously described in literature.

Key Words: Pancreatic foreign body; Pancreatic mass; Pancreatic granuloma; Splenectomy with pancreatectomy.

REFERÊNCIAS

- Ballard TB, Allard TB, Hoffman JP, et al – How accurate is size measurement of pancreas cancer masses by computed axial tomography (CT) scanning? *Am Surg* 1995;61:686-91.
- Fischer G, Spengler U, Neubrand M, et al – Isolated tuberculosis or the pancreas masquerading as a pancreatic mass. *Am J Gastroenterol* 1995;90:2.227-2.230.
- Brugger WR – Pancreatic cancer staging. Endoscopic ultrasonography criteria for vascular invasion. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5:741-53.
- Bom HS, Song HC, Kim JY, et al – Differentiation of malignant from benign pancreatic mass by T1-201 abdominal Spect. *J Korean Med Sci* 1995; 10:93-96.
- Kato T, Tsukamoto Y, Naitoh Y, et al – Ultrasonographic and endoscopic ultrasonographic angiography in pancreatic mass lesions. *Acta Radiol* 1995;36:381-387.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Roberto Carlos Oliveira e Silva
Av. Bento Simão, 202 – Bairro São Bento
30350-750 – Belo Horizonte – MG
Beto@bhnet.com.br