

NEOPLASIA CÍSTICA DIAGNOSTICADA COMO PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS: ESTUDO DE CINCO CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Marcel Cerqueira Cesar Machado, André L. Montagnini,
Marcel Autran C. Machado, Roberto Falzoni, Paula Volpe,
José Jukemura, Emilio E. Abdo, Sonia Penteadó, Telesforo Bacchella,
José E. Monteiro-Cunha e Henrique W. Pinotti.

MACHADO, M.C.C. e col. - Neoplasia cística diagnosticada como pseudocisto de pâncreas: estudo de cinco casos e revisão da literatura. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Méd. S. Paulo 49 (6):246-249, 1994.**

RESUMO: Os tumores císticos do pâncreas representam cerca de 9% a 13% de todas lesões císticas do pâncreas, cerca de 1% das neoplasias pancreáticas e são predominantes em pacientes do sexo feminino. Uma falha em reconhecer a natureza neoplásica de uma lesão cística do pâncreas pode levar a uma terapêutica incorreta. Este trabalho tem o objetivo de relatar cinco pacientes com tumor cístico que foram erroneamente tratados inicialmente como pseudocisto do pâncreas. A idade dos pacientes variou entre 21 e 71 anos, com média de 46 anos. Dos cinco pacientes, três eram portadores de cistadenoma mucinoso e dois eram portadores de cistadenocarcinoma. Quatro foram submetidos inicialmente a anastomose cisto-jejunal, enquanto um foi submetido a derivação cisto-gástrica. Os cinco pacientes foram reoperados no nosso serviço, sendo realizado pancreatectomia subtotal nos três pacientes com cistadenoma mucinoso, em um deles foi realizada ressecção em bloco do pâncreas e parede abdominal enquanto que o quinto paciente apresentava carcinomatose na ocasião da reoperação.

É apresentada análise do presente material e da literatura com discussão dos métodos de diagnóstico diferencial entre cistos inflamatórios e cistos neoplásicos pancreáticos, dando ênfase às principais causas de erro diagnóstico.

DESCRIPTORIOS: Neoplasia cística. Pseudocisto. Pâncreas

A maioria das lesões císticas do pâncreas são constituídas por pseudocistos, que são coleções de secreção pancreática circundadas por parede fibrosa sem epitélio verdadeiro. A ressecção geralmente não é factível, exceto pequenos cistos localizados distalmente na cauda do pâncreas sendo a maioria tratada por procedimentos de derivação interna para o trato gastrointestinal (anastomose cisto-gástrica ou cisto-jejunal) ou drenagem externa.

Os tumores císticos do pâncreas representam cerca de 9% a 13% de todas as lesões císticas do pâncreas, cerca de 1% das neoplasias pancreáticas e são predominantes em pacientes do sexo feminino⁹. Os tumores císticos mucinosos, pela sua característica neoplásica e potencialmente maligna, devem sempre ser ressecados. Drenagem ou derivação dos cistos neoplásicos, principalmente os mucinosos, é conduta inapropriada, inadequada e perigosa.

Este trabalho tem o objetivo de relatar cinco pacientes com tumor cístico que foram erroneamente tratados inicialmente como pseudocisto do pâncreas. É apresentada análise do presente material e da literatura com discussão dos métodos de diagnóstico diferencial entre cistos inflamatórios e cistos neoplásicos pancreáticos, dando ênfase às principais causas de erro diagnóstico.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados os prontuários de pacientes admitidos no Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e em outros hospitais no período entre 1982 e 1993. Foram identificados

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

vinte e cinco pacientes com neoplasia cística do pâncreas. Dentre estes, foram identificados cinco pacientes com tumor cístico que foram inicialmente tratados erroneamente como pseudocisto do pâncreas. Os relatos de casos estão resumidos abaixo:

CASO 1

L.B.M., 45 anos, sexo feminino, procurou outro serviço com quadro de dor abdominal. Foram realizados diversos exames onde constatou-se litíase vesicular. Foi submetida a colecistectomia com alívio dos sintomas. Após dois anos, apresentou novo quadro de desconforto abdominal sendo submetida a nova ultrassonografia que demonstrou, na ocasião, pseudocisto de pâncreas (sic). Decidido por conduta conservadora. Após um ano, com a persistência dos sintomas, realizou novo exame ultrassonográfico que mostrou aumento

do cisto. Foi então submetida à derivação cisto-jejunal e biópsia do cisto. Evoluiu bem com pouca sintomatologia por três anos, até que começou a apresentar dor abdominal, febre, anorexia com emagrecimento de oito kilogramas em período de dois meses. Procurou então nosso serviço, onde realizou nova ultrassonografia que revelou cisto multiloculado em cauda de pâncreas medindo 9x10 cm diâmetro. A tomografia computadorizada de abdome mostrou lesão cística em cauda de pâncreas compatível com neoplasia cística. A revisão de lâmina da biópsia cirúrgica realizada em outro serviço revelou cistadenoma de pâncreas. Com este diagnóstico foi então submetida a pancreatectomia corpo-caudal. A paciente evoluiu bem no período pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta no 8º dia. O exame histológico da peça demonstrou cistadenoma mucinoso de pâncreas. A paciente está assintomática 52 meses após a cirurgia.

CASO 2

E.F.A., 55 anos, sexo feminino, procurou outro serviço com quadro de dor abdominal. Foram realizados vários exames, sendo constatado pseudocisto de pâncreas (sic). Foi então submetida a anastomose cisto-jejunal. Evoluiu com infecção do cisto. Foi reoperada, desfeita a anastomose e o cisto pancreático foi drenado. Evoluiu com melhora progressiva do quadro ficando oligossintomática por cinco anos, período durante o qual realizou tomografias computadorizadas de controle. Após cinco anos, começou a apresentar imagem de crescimento intra-cístico à tomografia, sendo então encaminhada ao nosso serviço. Foi submetida a nova intervenção cirúrgica, onde foi observado tumor de cerca de 10 cm de diâmetro, aderido ao epíplon e mesocólon próximo ao ângulo esplênico com orifício fistuloso entre a cauda e corpo do pâncreas e a pele. Foi realizada pancreatectomia corpo-

caudal, limpeza ganglionar com ressecção do orifício fistuloso juntamente com a parede e musculatura abdominal. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 8º dia de pós-operatório. O exame histológico revelou cistadenocarcinoma mucinoso com linfonodos sem acometimento neoplásico. A paciente está assintomática sem evidência da neoplasia 15 meses após a cirurgia.

CASO 3

J.C.L., 71 anos, sexo masculino, atendido no nosso serviço com quadro de dor abdominal de início há seis meses acompanhada de emagrecimento de oito kilogramas e aumento do volume abdominal. Realizou exame tomográfico computadorizado de abdome que mostrou dilatação do ducto de Wirsung desde cauda até colo pancreático onde havia aumento irregular e heterogêneo do pâncreas e lesão cística de 4,5 cm de diâmetro em topografia de cabeça de pâncreas. Foi submetido a intervenção cirúrgica, onde foi realizada biópsia de congelação do cisto com diagnóstico de pseudocisto de pâncreas. Foi realizada derivação com anastomose cisto-jejunal. O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 7º dia de pós-operatório. Durante seguimento pós-operatório, o paciente apresentou dor, aumento do volume abdominal, anorexia e emagrecimento seis meses após o procedimento cirúrgico. Foi reinternado e na reoperação foi constatada carcinomatose. A revisão da lâmina da biópsia de congelação revelou cistadenoma mucinoso com amostra não possibilitando afastar o diagnóstico de cistadenocarcinoma.

CASO 4

M.L.F.M., 38 anos, sexo feminino, atendida no nosso serviço com quadro de dor epigástrica e vômitos de início há dois anos. Realizou ultrassonografia abdominal que revelou pseudocisto

(sic) em corpo de pâncreas. Foi submetida a derivação cisto-jejunal. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. Durante seguimento apresentou crescimento e mudança do padrão radiológico do cisto após dois anos da intervenção cirúrgica. Realizou tomografia computadorizada que revelou lesão cística multiloculada. Foi reoperada e submetida a pancreatectomia corpo-caudal. Evoluiu bem sem intercorrências, recebendo alta no 17º dia de pós-operatório. O exame anátomo-patológico demonstrou cistadenoma mucinoso. A paciente está assintomática quatro anos após o procedimento cirúrgico.

CASO 5

M.F.F.F., 21 anos, sexo feminino, procurou outro serviço com quadro de aumento do volume abdominal. Realizou ultrassonografia abdominal que revelou pseudocisto de pâncreas (sic) de 12 cm de diâmetro. Foi então submetida a intervenção cirúrgica com derivação cisto-gástrica. Evoluiu sem melhora da sintomatologia, sendo encaminhada ao nosso serviço. Foi reoperada, sendo desfeita a anastomose cisto-gástrica e realizada pancreatectomia corpo-caudal. A paciente evoluiu bem sem intercorrências no período pós-operatório, recebendo alta no 10º dia pós-operatório. O exame histológico revelou cistadenoma mucinoso de pâncreas. A paciente permaneceu assintomática no seguimento pós-operatório tardio por mais de cinco anos após a intervenção cirúrgica.

RESULTADOS

A incidência de erro diagnóstico inicial que levou à conduta cirúrgica errônea foi de 20 % do total de pacientes portadores de neoplasia cística do pâncreas. A idade dos pacientes variou entre 21 e 71 anos,

com média de 46 anos. Quatro pacientes eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Nenhum dos pacientes apresentava história pregressa de etilismo, de pancreatite aguda ou de trauma. Dois deles apresentavam antecedente de colecistectomia. Todos pacientes foram reoperados, no entanto, em um deles não houve possibilidade de ressecção da neoplasia cística pois apresentava-se na forma de cistadenocarcinoma avançado. Apesar do erro na conduta inicial, a evolução foi boa em quatro pacientes e fatal em um paciente. O tempo decorrido entre a conduta cirúrgica errônea e a reoperação variou de seis meses a cinco anos (média de 26,4 meses).

Os dados referentes à idade, sexo, achados radiológicos, achado cirúrgico, cirurgia inicial e histologia estão resumidos nas tabelas 1 e 2.

TABELA 1

Dados dos pacientes e achados radiológicos dos pacientes.

N.	Idades	Sexo	usg	TC
1	45	F	lesão cística	-
2	55	F	-	lesão sólido-cística
3	71	M	-	lesão sólido-cística
4	38	F	lesão cística	lesão cística multiloculada
5	21	F	lesão cística	-

TABELA 2

Achado cirúrgico, conduta cirúrgica inicial e histologia dos pacientes.

N.	Localização do Cisto (cm)	Tamanho do Cisto (cm)	Cirurgia Realizada	Histologia
1	corpo	8,5	anastomose cisto-jejunal	cistadenoma mucinoso
2	corpo e cauda	10	anastomose cisto-jejunal	cistadenocarcinoma mucinoso
3	colo	4,5	anastomose cisto-jejunal	cistadenocarcinoma mucinoso
4	corpo	8,5	anastomose cisto-jejunal	cistadenoma mucinoso
5	corpo	12	anastomose cisto-gástrica	cistadenoma mucinoso

DISCUSSÃO

A maioria das lesões císticas do pâncreas são pseudocistos, que são coleções de secreção pancreática circundadas por parede fibrosa sem epitélio verdadeiro. Os pseudocistos podem ser de origem inflamatória ou traumática podendo resolver-se espontaneamente. A ressecção geralmente não está indicada, a não ser nas situações de pequenos cistos localizados distalmente na cauda do pâncreas. A grande maioria é tratada por procedimentos de derivação interna para o trato gastrointestinal (anastomose cisto-gástrica ou cisto-jejunal). Em casos especiais pode-se utilizar drenagem externa.

Cerca de 9% a 13% dos cistos pancreáticos são neoplásicos, benignos ou malignos⁹. Obviamente não são reabsorvidos espontaneamente. Os cistos neoplásicos, especialmente os mucinosos, pela sua característica neoplásica e potencialmente maligna, devem sempre ser ressecados. Drenagem ou derivação dos cistos neoplásicos é conduta inapropriada, inadequada e perigosa.

Segundo Warshaw e Rutledge¹², existe uma tendência aparente entre clínicos e cirurgiões de assumir que uma lesão cística encontrada no pâncreas é provavelmente um pseudocisto e o tratamento geralmente é decorrente deste diagnóstico. Desta maneira, cerca de 5% até 65% das neoplasias císticas são mal diagnosticadas^{3,8,11,12}. Na nossa casuística este erro diagnóstico, incluindo três pacientes submetidos a intervenção cirúrgica em outro serviço, foi de 20%. Esta incidência tende a diminuir se for observado a presença ou não de fatores predisponentes ou antecedentes de pancreatite aguda e se o cirurgião estiver atento para o diagnóstico diferencial das lesões císticas no pré ou intra-operatório.

As neoplasias císticas ocorrem predominantemente em pacientes do sexo feminino e entre a quinta e sexta déca-

da, enquanto os pseudocistos de pâncreas incidem mais frequentemente no sexo masculino (93%) e na faixa etária de 30 a 40 anos de idade⁷. Aproximadamente 50 a 75% dos pacientes portadores de pseudocisto tem elevação de amilase sérica^{7,10}, enquanto que isto raramente ocorre em pacientes com neoplasia cística. O exame tomográfico e ultrassonográfico podem não demonstrar componente sólido da lesão, característico de neoplasia cística, mas o aspecto multiloculado e calcificação da parede do cisto, presentes nestes exames de imagem sugerem a presença de neoplasia cística do pâncreas, uma vez que estes achados são infreqüentes nos pseudocistos⁴. Além disto, a presença de dilatação do ducto pancreático com ou sem cálculos pancreáticos calcificados sugere o diagnóstico de pseudocisto, pois este achado é infreqüente na neoplasia cística.

A pancreatografia endoscópica retrógrada mostrando comunicação entre a lesão cística e o ducto pancreático principal (presente em até 60% dos casos de pseudocisto), obstrução ou alterações características de pancreatite crônica sugerem o diagnóstico de pseudocisto pois não são encontradas nas neoplasias císticas¹, a não ser muito raramente⁶. O aspecto de hipervascularização visto na arteriografia é outro sinal indicativo de neoplasia, enquanto hipovascularização é característica dos pseudocistos¹². No intra-operatório, os achados macroscópicos são de grande importância. A parede do pseudocisto é, em geral, espessa, opaca e aderente a vísceras adjacentes, principalmente ao estômago, enquanto que o parênquima pancreático mostra-se freqüentemente endurecido e nitidamente anormal. Por outro lado, os cistos neoplásicos, em geral, têm paredes finas e transparentes sendo o restante do parênquima pancreático, em geral, normal⁵.

O diagnóstico intra-operatório de lesão cística do pâncreas além do aspecto, já

comentado, até há pouco tempo, baseava-se na biópsia de congelação da parede do cisto, já que o pseudocisto não apresenta revestimento epitelial enquanto as neoplasias císticas seriam completamente revestidas de células epiteliais. O conhecimento, no entanto, da presença, principalmente nos cistos mucinosos, de extensas áreas sem epitélio torna esta conduta inadequada podendo induzir a erro diagnóstico e portanto a erro de conduta¹², o que realmente aconteceu em um de nossos casos.

Recentemente o conhecimento de que o líquido contido nas neoplasias císticas mucinosas apresenta elevados níveis de CEA, níveis variáveis de amilase e aspecto citológico suspeito, leva-nos a suscitar

a conduta de puncionar todas as neoplasias, principalmente aquelas cuja localização sugere intervenção cirúrgica de grande porte, no pré-operatório para fazer o diagnóstico diferencial entre os dois principais tipos de neoplasia cística: os serosos e os mucinosos², este último com potencial maligno.

Outro ponto importante diz respeito a reoperação. Na presença de lesão cística do pâncreas submetidos previamente a intervenção cirúrgica de drenagem e que não apresentam uma resolução do processo devem ser reoperados e nas situações de neoplasia cística de natureza maligna existe possibilidade de uma intervenção radical, como verificado nesta casuística, onde dos cinco pacientes

submetidos a reoperação, apenas um faleceu em decorrência de disseminação metastática.

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos na nossa casuística e na revisão da literatura podemos concluir que:

1. Os pseudocistos apresentam características clínicas, radiológicas e cirúrgicas que podem distingui-los da neoplasia cística do pâncreas.

2. A biópsia de congelação pode apresentar falso diagnóstico de pseudocisto.

3. Os erros podem ser freqüentemente (mas não sempre) corrigidos a tempo.

SUMMARY

MACHADO, M.C.C. et al - Cystic tumors mistaken for pancreatic pseudocysts: report on five cases. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo** 49 (6):246-249, 1994.

The majority of cystic lesions of the pancreas are pseudocysts. Nine to thirteen per cent of pancreatic cysts are neoplastic, benign or malignant. Failure

to recognize the neoplastic origin of a neoplastic cyst will lead to an improper management. The authors present five cases of cystic tumors mistaken for pancreatic pseudocysts, including three mucinous cystadenoma and two mucinous cystadenocarcinoma. Four were drained by cystojejunostomy and one cystogastrostomy. One patient with no metastases at first operation had

metastatic spread at reoperation. In the other four cases, subsequent resection was possible and probably curative. Review of the literature and guidelines are given for the purpose of differential diagnosis between these entities.

DESCRIPTORS: **Pancreas. Pseudocyst. Cystic neoplasms.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BYNUM, T.E. - Endoscopic retrograde cannulation of the pancreatic duct. In: BROOKS, J.R. - **Surgery of the Pancreas**. Philadelphia: W.B. Saunders, p. 118-121, 1983.
2. COMPAGNO, J. & OERTEL, J.E. - Microcystic adenomas of the pancreas (glycogen-rich cystadenomas): A clinicopathologic study of 34 cases. **Am. J. Clin. Pathol.** 69:289-298, 1978.
3. EMDIN S.; DOMELLOF, L. & WIRELL, S. - Cystadenocarcinoma of the pancreas 9 years after a pancreatic cyst operation: report of a case. **Eur. J. Surg. Oncol.** 15:169-73, 1989.
4. FRIEDMAN, A.C.; LICHTENSTEIN, J.E. & DACHMAN, A.H. - Cystic neoplasms of the pancreas. Radiological-pathological correlation. **Radiology** 149:45-50, 1983.
5. HODGKINSON, D.J.; REMINE, W.H. & WEILAND, L.H. - Pancreatic cystadenoma. A clinicopathologic study of 45 cases. **Arch. Surg.** 113:512-519, 1978.
6. LEWANDROWSKI, K.B.; SOUTHERN, J.F.; PINS, M.R.; COMPTON, C.C. & WARSHAW, A.L. - Cyst fluid analysis in the differential diagnosis of pancreatic cysts. **Ann. Surg.** 217:41-47, 1992.
7. MONTEIRO DA CUNHA, J.E.; MACHADO, M.C.C.; BACCHELLA, T.; REIBSCHEID, S. MOTT, C.B. & RAIA, A.A. - Pseudocisto do pâncreas. Considerações diagnósticas, terapêuticas com base no tratamento de 58 pacientes. **Rev. Ass. Med. Brasil.** 28:37-41, 1982.
8. RAILEY, D.J.; BARKIN, J.S. & LEVI, J. - Aspiration of cystadenocarcinoma mimicking pancreatic pseudocyst. **Pancreas** 6:491-2, 1991.
9. REMINE, S.G.; FREY, D.; ROSSI, R.L.; MUNSON, L. & BRAASCH, J.W. - Cystic neoplasms of the pancreas. **Arch. Surg.** 122:443-446, 1987.
10. SHATNEY, C.H. & LILLEHEI, R.C. - Surgical treatment of pancreatic pseudocysts: 119 cases. **Ann. Surg.** 189:386-394, 1979.
11. SPERTI, C.; CAPPELLAZZO, F.; PASQUALI, C.; MILITELLO, C.; CATALINI, S.; BONADIMANI, B. & PEDRAZZOLI, S. - Cystic neoplasms of the pancreas: problems in differential diagnosis. **Am. Surg.** 59:740-5, 1993.
12. WARSHAW, A.L. & RUTLEDGE, P.L. - Cystic tumors mistaken for pancreatic pseudocysts. **Ann. Surg.** 205:393-398, 1987.