

1. Serviço de Gastreenterologia, Hospital Central do Funchal, Madeira
2. Serviço de Gastreenterologia, Hospital de São João, Porto
3. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de São João, Porto

INTRODUÇÃO

A história familiar de adenocarcinoma pancreático (ADCP) limitada a um familiar de 1º grau não constitui indicação *per se* para rastreio de neoplasia pancreática.¹ No entanto, a liberalização de alguns meios complementares de diagnóstico permitem aos doentes recorrer a exames neste contexto. O tumor sólido pseudo-papilar é uma neoplasia rara mas trata-se do tumor pancreático mais frequente em mulheres jovens. São tumores de baixo grau com prognóstico globalmente bom. Contudo até 15% das neoplsias demonstram características de agressividade incluindo invasão de órgãos adjacentes ou doença metastática. A ressecção cirúrgica com margem negativa é curativa na maioria dos casos incluindo a doença localmente avançada. A doença metastática pode cursar com uma sobrevida longa.²

RESUMO DO CASO

Relato do caso de uma mulher, caucasiana, 45 anos, com antecedentes pessoais de hérnia lombar, sem medicação habitual. Como antecedentes familiares a destacar o pai com ADCP diagnosticado aos 79 anos. Decidiu então realizar ecografia abdominal que revelou lesão nodular pancreática. Analiticamente, hemograma e coagulação normais, sem alterações do perfil hepático ouolestase, CEA<0.5 ng/mL e CA 19.9 8 U/mL. A RMN abdominal identificou na região do colo pancreático uma imagem nodular bem delimitada com cerca de 12mm; após contraste verificou-se uma captação discreta e gradual da mesma. Foi classificada assim como lesão de natureza indeterminada, aparentemente de natureza sólida. Realizou ecoendoscopia (EUS) que confirmou as características da lesão e permitiu a punção aspirativa por agulha fina (EUS-PAAF). Na citologia(EUS-PAAF) identificaram-se numerosas células de citoplasma amplo frágil e núcleo pequeno irregular e hipercromático. O estudo imunocitoquímico demonstrou imunexpressão nuclear das células neoplásicas para B-catenina e RP, na ausência de sinaptofisina. Estes aspectos permitiram o diagnóstico tumor sólido pseudopapilar do pâncreas. Em reunião multidisciplinar decidiu-se pela enucleação da lesão, confirmando-se o diagnóstico na peça operatória.

RESULTADOS



Imagem 1. No colo pancreático, observou-se lesão nodular homogênea, hipoeecóica, arredondada, de limites bem definidos e contornos regulares com 11mm de maior diâmetro.

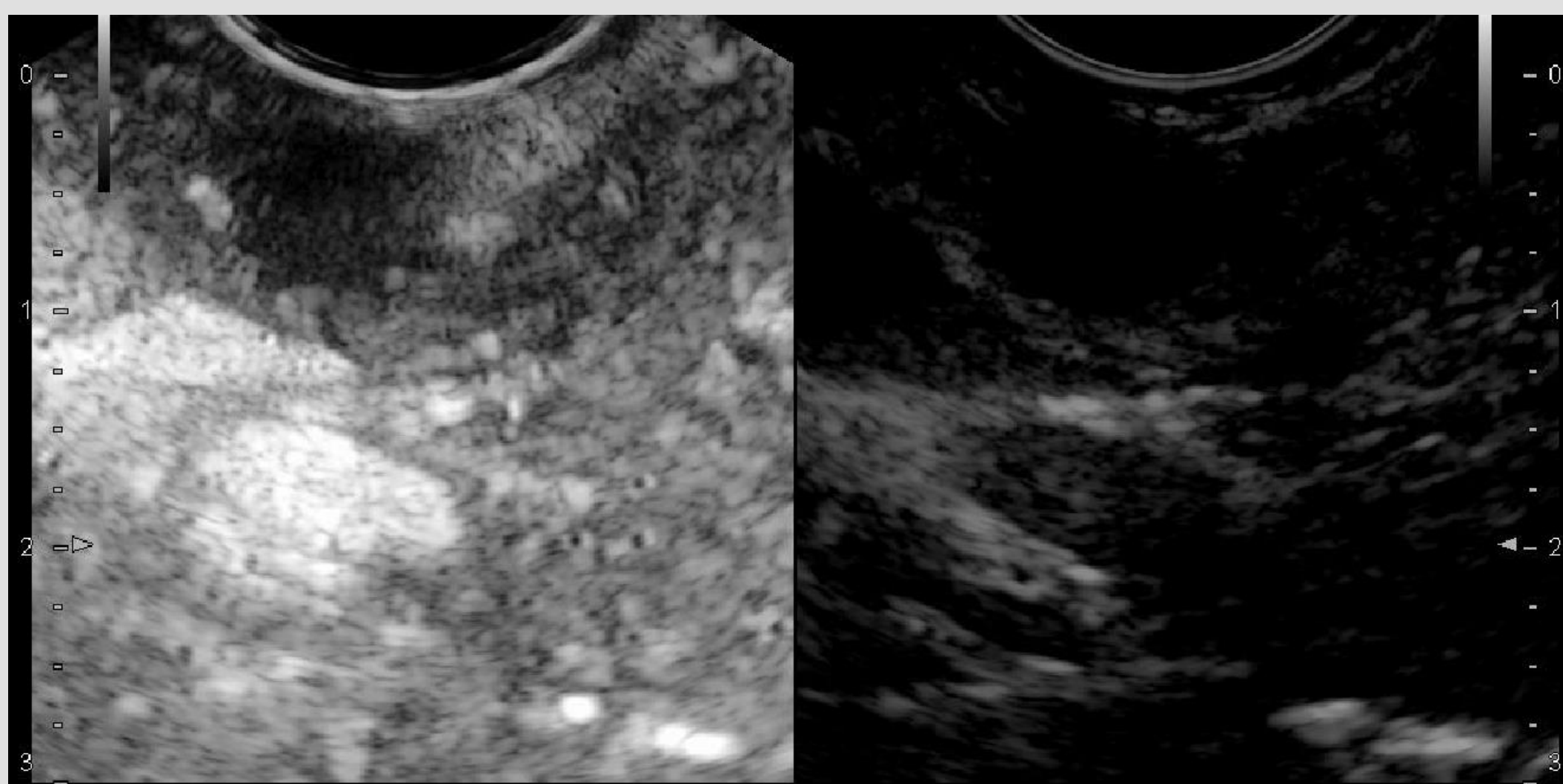


Imagem 2. Administrado contraste endovenoso (Sonovue®), sem captação significativa por parte da lesão (escassa captação periférica irregular).

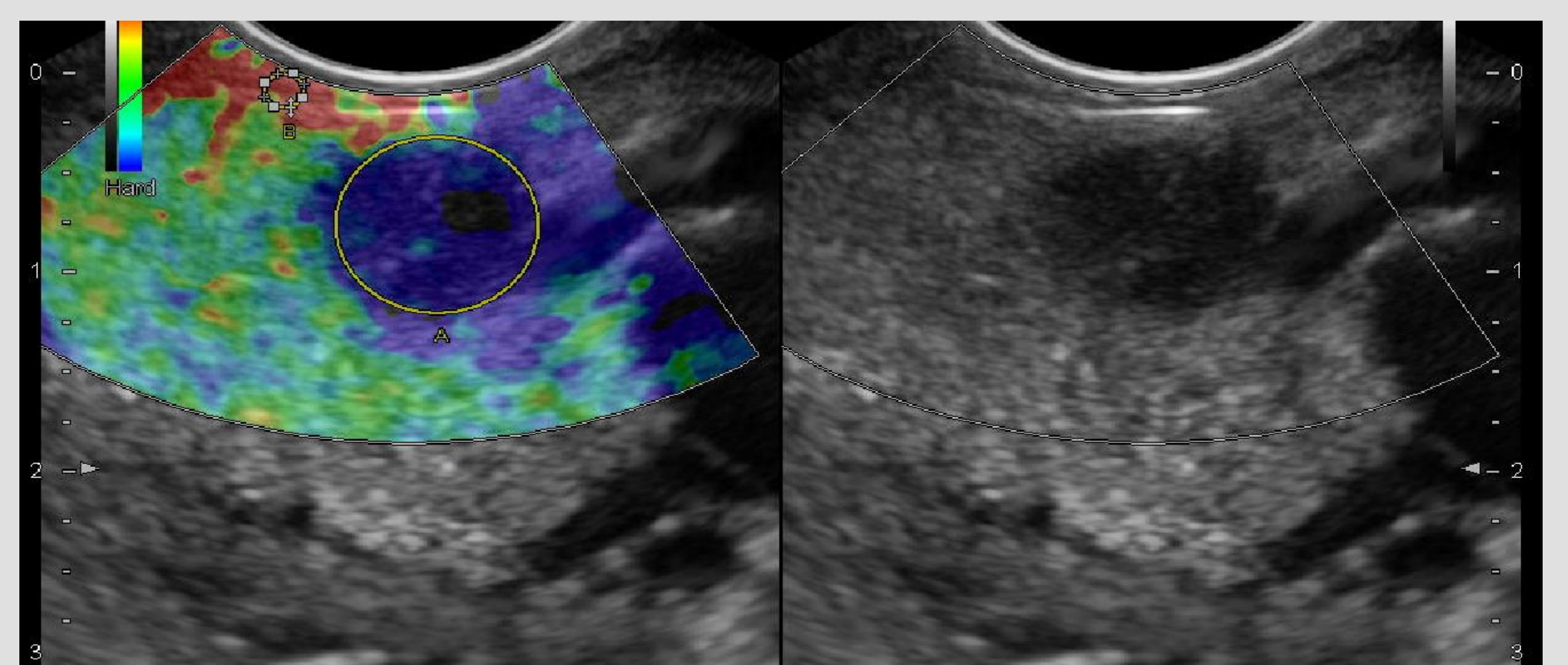


Imagem 3. Realizado estudo elastográfico com obtenção de padrão homogêneo azul e strain ratio de 131.



Imagem 4. Efectuada PAAF com agulha 25 G, 2 passagens, com obtenção de material para exame anatomopatológico.

CONCLUSÕES

A neoplasia sólida pseudopapilar do pâncreas não possui ainda uma estratégia consensual em termos de vigilância e terapêutica dada a raridade da patologia. O risco de aproximadamente 15% de malignização obriga a uma discussão multidisciplinar centrada no doente. A EUS-PAAF tornou-se na técnica de eleição para o diagnóstico precoce destas neoplasias. Contudo, são necessários ainda estudos clínicos e moleculares para criar ferramentas capazes de prever o comportamento biológico do tumor.

REFERÊNCIAS

1. Moutinho-Ribeiro P, Coelho R, Giovannini M, Macedo G. Pancreatic cancer screening: still a delusion? Pancreatology. 2017;17:754–765.
2. Lubezky N, et al., Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: Management and long-term outcome. Eur J Surg Oncol 2017; 43(6):1056-1060. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2017.02.001>