



CASO CLÍNICO

Neoplasia mucinosa papilar intraductal com fistulização gástrica e duodenal: uma forma rara de apresentação

Rita Pimentel*, Fernando Castro Poças, José Manuel Castro Ferreira e Jorge Alberto Areias

Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santo António, Porto, Portugal

Recebido a 11 de novembro de 2011; aceite a 11 de maio de 2012

Disponível na Internet a 23 de outubro de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Neoplasia pancreática;
Adenocarcinoma mucinoso;
Fístula

KEYWORDS

Pancreatic neoplasm;
Mucinous adenocarcinoma;
Fistula

Resumo A neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) constitui uma lesão cística pancreática rara com elevado potencial maligno. Apresentamos o caso de um homem, 64 anos, avaliado em consulta por esteatorreia e emagrecimento (17% do peso corporal). A colonoscopia mostrou gotículas de gordura nas fezes, sem outras alterações. Na endoscopia alta observou-se um orifício fistuloso, com drenagem de muco, no bolbo duodenal e papila de Vater protuberante, possivelmente por compressão extrínseca. TAC abdominal mostrou lesão cística cefalopancreática com 5,8 cm, Wirsung marcadamente dilatado, colédoco ligeiramente dilatado. Ecoendoscopia revelou lesão multicística cefalopancreática, de contornos irregulares, sugestiva de NMPI. Citologia, obtida por punção aspirativa guiada por ecoendoscopia, confirmou NMPI. A RMN demonstrou a NMPI com fistulização para o estômago e para o bolbo duodenal. Realizada duodenopancreatectomia cefálica, obtendo-se um diagnóstico anátomo-patológico de adenocarcinoma mucinoso enxertado em NMPI. Ausência de evidência de recidiva em 14 meses de seguimento. A NMPI é geralmente diagnosticada em fase assintomática, sendo a esteatorreia a manifestação mais rara. Ocorre fistulização para órgãos adjacentes em 7-15% dos casos. Fistulização combinada para duodeno e estômago ocorre em apenas 6%.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Intraductal papillary mucinous neoplasm with fistulization into the stomach and duodenum: A rare form of presentation

Abstract Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) is a rare pancreatic cystic neoplasm with high risk of malignancy. We present the case of a 64-year-old male with steatorrhea and weight loss (17% total body weight). Colonoscopy detected presence of oil droplets in stools. Esophagogastroduodenoscopy revealed a fistulous orifice with mucous drainage in the duodenal bulb and a bulging ampulla of Vater, possibly by external compression; Abdominal CT showed the presence of a cystic lesion in the pancreatic head, 5.8 cm in diameter, significant

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: pimentelrita80@gmail.com (R. Pimentel).

dilation of wirsung and slight dilation of common bile duct. EUS revealed a multicystic lesion with irregular contours in the pancreatic head, suggestive of IPMN. EUS guided fine needle cytologic examination confirmed IPMN. Abdominal MRI detected fistulization to the duodenum and stomach. Pancreatoduodenectomy was performed and a pathological diagnosis of mucinous adenocarcinoma in IPMN was obtained. There has been no evidence of recurrence during 14 months of follow-up. Most patients diagnosed with IPMN are asymptomatic, steatorrhea is the less frequent form of presentation. Fistulization to adjacent organs occurs in 7-15% cases, combined fistula to duodenum and stomach in only 6%.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) constitui uma das neoplasias císticas do pâncreas, diagnosticada com frequência crescente desde a sua descrição inicial em 1982. Atualmente a maioria dos casos são detetados numa fase assintomática, constituindo um achado acidental¹. Quando sintomática, a esteatorreia é a forma de apresentação mais rara². A fistulização para órgãos adjacentes está descrita, inclusivamente para 2 órgãos em simultâneo^{3,4}.

Caso clínico

Homem de 64 anos, referenciado à consulta de Gastreenterologia por diarreia com 5 meses de evolução, acompanhada por emagrecimento com perda de 17% do peso corporal (índice de massa corporal: 19 kg/m²). O doente referia 8 a 10 dejeções diárias, com diarreia noturna, caracterizadas por fezes moles, claras e com restos alimentares. Negava dor abdominal, anorexia ou vômitos. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e cardiopatia isquémica, com hábitos tabágicos passados.

Ao exame objetivo apresentava-se emagrecido, anitérico, com dor à palpação profunda do epigastro, sem tumefações palpáveis.

Analiticamente não apresentava alteração do hemograma, das provas hepáticas, nem das enzimas pancreáticas, destacando-se um discreto aumento do antigénio carcinoembrionário (CEA), com um valor de 5,9 ng/ml (normal: < 5 ng/ml), sem elevação do CA 19.9. O exame das fezes revelou numerosos lípidos e fibras musculares mal digeridas.

A colonoscopia total mostrou gotículas de gordura nas fezes, sem outras alterações (fig. 1). Na endoscopia digestiva alta observou-se, no bolbo duodenal, um aparente orifício fistuloso com drenagem de muco e uma papila de Vater protuberante, em possível relação com compressão extrínseca (fig. 2).

A TAC revelou lesão cefalopancreática com 5,8 cm de diâmetro, associada a marcada dilatação do Wirsung e ligeira dilatação do colédoco (fig. 3).

Proseguiu-se para ecoendoscopia alta, efetuando-se punção aspirativa com agulha fina de uma lesão cefalopancreática heterogénea, de contornos irregulares e limites mal definidos, com múltiplos espaços císticos e 5,9 cm de maior diâmetro, sugestiva de se tratar de NMPI (fig. 4). A citologia confirmou o diagnóstico imagiológico.

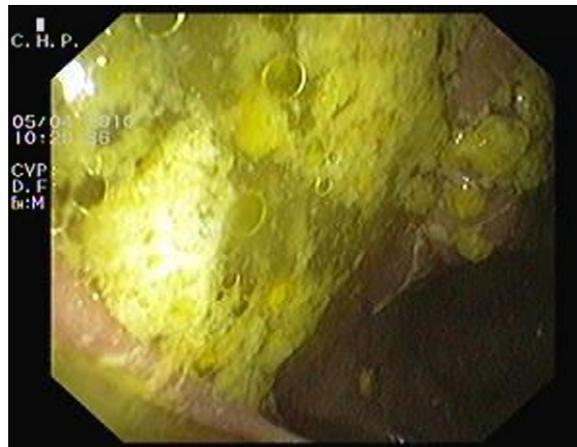


Figura 1 Colonoscopia: presença de gotículas lipídicas nas fezes.

Pré-operatoriamente foi realizada RMN abdominal, observando-se lesão compatível com NMPI, com 2 trajetos fistulosos entre o Wirsung e, respetivamente, o corpo gástrico e o bolbo duodenal (fig. 5).

O doente foi submetido a duodenopancreatectomia cefálica. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelou um adenocarcinoma mucinoso enxertado numa NMPI, limitado ao pâncreas, sem metastização ganglionar regional. O pós-operatório decorreu sem complicações. Sem evidência de recidiva nos primeiros 14 meses de follow-up.

Discussão

O uso crescente de exames de imagem tem levado a um aumento do número de lesões císticas pancreáticas identificadas, na sua maioria constituindo achados acidentais em indivíduos assintomáticos⁵.

A NMPI é um dos tipos de lesões císticas do pâncreas, definida pela Organização Mundial de Saúde como uma neoplasia com origem num epitélio secretor de mucina, com ou sem projeções papilares, que envolve o ducto pancreático principal e/ou ramos laterais⁶. Localiza-se mais frequentemente na cabeça do pâncreas e classifica-se em 2 tipos: a NMPI-ducto principal (NMPI-DP), em que há dilatação cística do Wirsung superior a 1 cm, e a NMPI-ducto lateral (NMPI-DL), que se origina num dos ramos laterais, este comunicando com um Wirsung não dilatado. Tal como outros tumores do tubo digestivo, histologicamente constitui um amplo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311119>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311119>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)