

LESÕES CÍSTICAS DO PÂNCREAS

A large teal rectangular block with a white number 16 inside.

Viviane Amorim

Rinaldo Gonçalves

Brian Silvestre

Vinícius Galvão

1. INTRODUÇÃO

A detecção de lesões císticas pancreáticas (LCP) tem se tornado cada vez mais frequente em função da sofisticação e aperfeiçoamento dos exames de diagnóstico por imagem, em especial por tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). A taxa de incidência relatada de LCPs é 24,3% na autópsia¹. Estima-se, ainda, que até 19% das RMs e 2% das TCs de pacientes submetidos a exames de imagem de rotina evidenciam cistos pancreáticos^{2,3}. Sua prevalência aumenta com a idade. Uma revisão de RMs realizadas para indicações não pancreáticas em pacientes com mais de 70 anos mostrou uma incidência de 40% de cistos pancreáticos incidentais⁴. Embora muitas LCPs detectadas incidentalmente sejam consideradas benignas, especialmente as de pequenas dimensões, elas têm o potencial de se tornarem malignas¹.

A avaliação acurada de uma LCP requer a análise morfológica da lesão, da sua localização e das características do próprio paciente, como história clínica, idade e o sexo. TCs com protocolo pancreático dedicado e RMs, incluindo as sequências de colangiopancreatografia (CPRM), são indicados nesses pacientes^{1,5,6}. Em geral, a RM/CPRM é o método de escolha para a avaliação dos pacientes com LCP, uma vez que é mais sensível na identificação da comunicação entre uma LCP e o sistema ductal pancreático e da presença de nódulo mural ou de septações^{1,5}. Além disso, a RM/CPRM é muito sensível para identificar se há uma única ou múltiplas LCPs, sendo que esta última favorece o diagnóstico de neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) multifocal de ductos secundários^{1,5,6}. Deve-se levar em consideração, ainda, que pacientes com LCP podem requerer acompanhamento de imagem por toda a vida. Isso é importante, pois a exposição repetida à radiação ionizante após a TC aumenta o risco de malignidade⁵. Por outro lado, os focos de calcificação, muitas vezes presentes nesse tipo de lesão, são mais bem identificados pela TC⁵. Porém, embora a TC e a RM possam caracterizar com sucesso os cistos em grande número de pacientes, em alguns casos pode haver sobreposição das características morfológicas das lesões, impedindo o diagnóstico. Nesses casos, a ultrassonografia endoscópica (USE) com aspiração por agulha fina pode auxiliar no diagnóstico, uma vez que, além da avaliação da imagem ultrassonográfica, torna-se possível a análise do conteúdo aspirado do cisto, aumentando a diferenciação entre cistos benignos ou malignos⁵.

Cada caso deve ser avaliado individualmente, aventando as hipóteses mais prováveis, reconhecendo que nem sempre é possível estabelecer um diagnóstico definitivo. O intuito é identificar a pequena minoria de cistos com câncer invasivo precoce ou displasia de alto grau e prever aqueles que poderão desenvolvê-los no futuro, a fim de se definir o manejo clínico. A ressecção cirúrgica em tempo adequado pode reduzir a mortalidade por adenocarcinoma pancreático. No entanto, a ressecção cirúrgica para cistos pancreáticos está associada a taxas significativas de morbidade e alguma mortalidade.

2. APRESENTAÇÃO DAS PRINCIPAIS LESÕES CÍSTICAS PANCREÁTICAS

As LCPs são inúmeras, conforme definição e classificação de acordo com critérios da Organização Mundial de Saúde (tabela 1). Contudo, pseudocistos, cistoadenomas serosos, neoplasias císticas mucinosas, IPMNs e tumor sólido pseudopapilar são mais frequentemente encontrados na prática clínica, sendo responsáveis por mais de 90% dos casos⁷.

Tabela 1. Classificação das lesões císticas pancreáticas.

Neoplásico epitelial	Não neoplásico epitelial
Neoplasia intraductal mucinosa papilar	
Neoplasia mucinosa cística	
Cistoadenoma seroso	
Cistoadenocarcinoma seroso	Cisto linfoepitelial
Tumor neuroendócrino cístico	Cisto mucinoso não neoplásico
Cistoadenoma de células acinares	Cisto entérico
Carcinoma de células acinares císticas	Cisto de retenção/cisto disontogenético
Neoplasia sólida pseudopapilar	Cisto da parede duodenal periampular
Cisto epidermoide esplênico acessório	Cisto endometrial
Hamartoma cístico	Cisto congênito (em síndromes de malformação)
Teratoma cístico (cisto dermoide)	
Adenocarcinoma ductal cístico	
Pancreatoblastoma cístico	

Neoplasia epitelial metastática cística	
Neoplásico não epitelial	Não neoplásico não epitelial
Neoplasia benigna não epitelial (por exemplo, linfangioma) Neoplasias malignas não epiteliais (por exemplo, sarcomas)	Pseudocisto associado à pancreatite Cisto parasitário

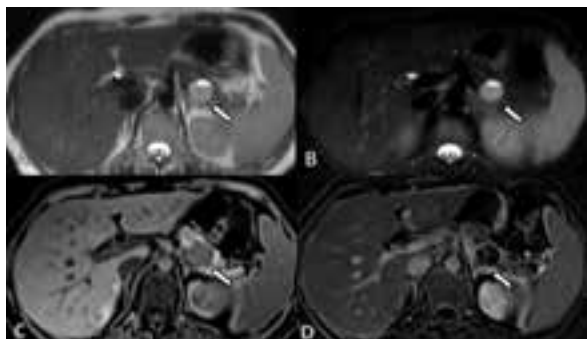
A história e os dados clínicos são fundamentais na discriminação das LCPs. A maioria dos cistos pancreáticos detectados incidentalmente são neoplasias císticas e os pacientes assintomáticos são menos propensos a ter pseudocistos⁷. Os cistos sintomáticos usualmente se manifestam com dor abdominal. Icterícia ou pancreatite recorrente geralmente indicam que a lesão está em comunicação com o sistema ductal pancreático ou obstruindo o ducto pancreático ou biliar. Pacientes com neoplasias císticas mais avançadas podem apresentar sintomas semelhantes aos do câncer pancreático (como dor, perda de peso, icterícia). Os pseudocistos geralmente ocorrem após episódio de pancreatite aguda ou trauma abdominal ou podem desenvolver-se insidiosamente no contexto de pancreatite crônica. Ainda relacionado aos dados clínicos, os dados epidemiológicos de sexo e idade são essenciais para o raciocínio diagnóstico⁷.

A detecção da presença ou não de comunicação entre uma LCP e o ducto pancreático principal é fundamental na diferenciação das LCPs e se tornou mais eficaz com as sequências de CPRM^{1-3,5,8,9}. A neoplasia intraductal mucinosa papilar (IPMN) e o pseudocisto são as duas lesões císticas pancreáticas que potencialmente demonstram uma comunicação com o sistema ductal pancreático^{3,9}.

Quanto à morfologia, as LCPs podem ser classificadas em quatro categorias^{6,7}:

- 1) Cisto unilocular (um cisto sem septos ou componente sólido) – lesões comuns: pseudocisto, IPMN e cistoadenoma mucinoso; lesões incomuns: cistoadenoma seroso (variante oligocística), cistos epiteliais não neoplásicos e tumor neuroendócrino cístico;
- 2) Lesão microcística (coleção de microcistos, com ao menos seis compartimentos, medindo até 2cm cada) – cistoadenoma seroso (variante policística);
- 3) Lesão macrocística (cisto multilocular com menos compartimentos, cada compartimento maior que 2cm) – cistoadenoma mucinoso, IPMN e cisto linfoepitelial;
- 4) Cisto com componentes sólidos – neoplasia mucinosa cística (NMC – cistoadenoma mucinoso e cistoadenocarcinoma mucinoso), IPMN, tumor sólido pseudopapilar (TSP) e neoplasias sólidas apresentando degeneração cística (adenocarcinoma e tumores neuroendócrinos).

Figura 1. 1A, B e C. Pseudocisto com conteúdo heterogêneo, formando nível líquido nas imagens ponderadas de RM em T2 e T2FS, hipointenso em T1FS. 1D. Após a administração do meio de contraste, nota-se realce parietal pelo meio de contraste, mais bem observado com a técnica de subtração



**VEJA ESSE CONTEÚDO NA
ÍTEGRA ACESSANDO A OC
ACADEMIA:
[HTTP://OCACADEMIA.COM](http://ocacademia.com)**

