



XXIX Reunião Anual NGHD

UM “TUMOR” PANCREÁTICO? - DESAFIO DIAGNÓSTICO

Teixeira C., Ribeiro S., Trabulo D., Martins C., Freire R. Cardoso C.,

Mangualde J., Alves A.L., Cremers I., Oliveira A.P

Caso clínico

Identificação

- Homem, 36 anos
- Caucasiano

História pessoal

- Dismorfismo facial
- Hipertensão arterial
- Doença renal crónica em hemodialise
- Colectectomia
- Pancreatite aguda recorrente

Medicação de ambulatório

- AAS
- Bisoprolol
- Dipiridamol
- Tramadol+paracetamol
- Bisacodilo
- Acido fólico

Hábitos:

- Sem hábitos tabágicos
- Sem hábitos alcoólicos

Junho 2011

- Internamento no serviço de Nefrologia por endocardite infecciosa
- Durante internamento, quadro de pancreatite aguda
- Analiticamente: Lipase 1009, Amilase 608, transaminases, GGT e ALP sem alterações
- TAC abdominal: pancreatite edematosa aguda com pequena quantidade de líquido peripancreático
- Investigação etiológica:
 - **Normocalcémia**
 - **Perfil lipídico normal**

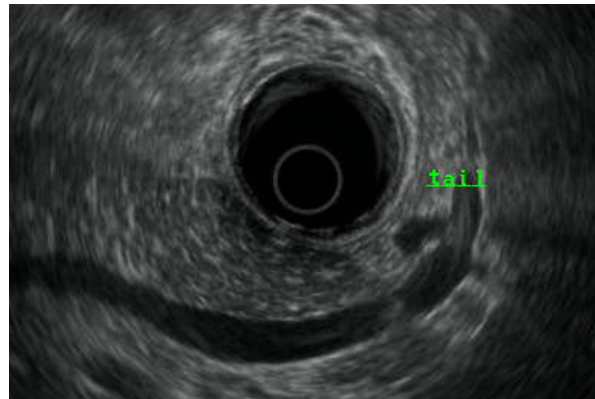
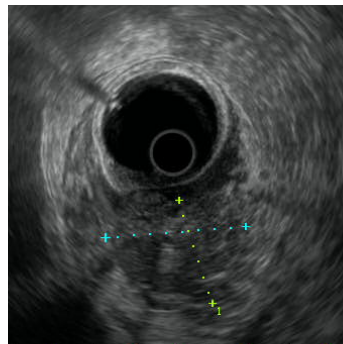
IgG 4 N
Anidrase carbónica tipo 2 N

Setembro 2013-Outubro 2013

- Recorreu ao hospital da área residência por dor abdominal, náuseas e vômitos
- Analiticamente: Hg 14.5, leuc 7500, Plaq 216000, Amilase 4244, lipase 5099, PCR 35, AST 29, ALT 82, GGT 252, FA 313, bilirrubina total 1.67, directa 0.93
- Efectuou TC abdominal: pancreatite aguda edematosa com extenso fleimão peri-pancreático
- Transferido para o HSB, Serviço de Gastrenterologia
- **Colangio-RM:** Sem imagens atribuíveis a litíase no lúmen do colédoco; pâncreas com alterações estruturais na região cefálica compatíveis com alterações de natureza inflamatória (pancreatite grave); aumento de volume da região corpóreo caudal pancreática sem alt. das características de sinal

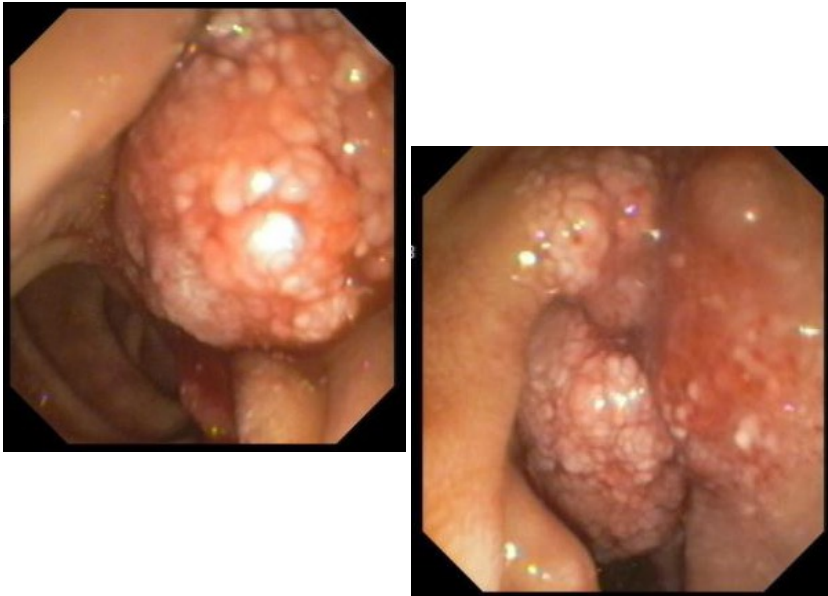
2008 -2010

- Seguimento em consulta noutra hospital por dor abdominal, tendo realizado:
- **EDA 2008:** Mucosa gástrica de aspeto normal. Pólipo duodeno. Papila Major aumentada (20-25 mm) vilosa e friável.
- **RM abdominal 2008** com aspetos de fibrose focal na região cefálica do pâncreas.
- **Ecoendoscopia 2008:** parênquima pancreático hipoeicoico com múltiplos focos hiperecogénicos, lóbulos hipoeicoicos, sem evidência de calcificações, sem atrofia da glândula ou dilatação do canal pancreático. Região da ampola sem aparentes alterações. Conclusão: Exame consistente com pancreatite crónica. **Repetiu ecoendoscopia em 2009** com achados sobreponíveis



Setembro 2013-Outubro 2013

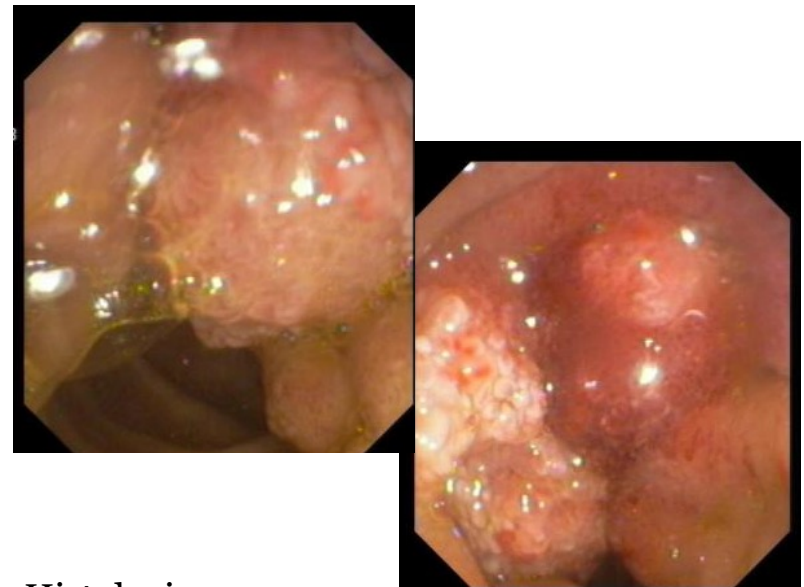
- **EDA:** Duodeno - em D2, com envolvimento da papila, visualiza-se lesão infiltrativa, friável e dura. Biopsias



Histologia:

Fragmentos de mucosa duodenal com congestão vascular e ligeiro infiltrado inflamatório misto. Sem tecido neoplásico a este nível.

Duodenoscopia: Lesão polipoide, de aspeto viloso, que se estende desde a transição bulbo D2 até à zona da ampola de Vater, interessando a mesma. Fizeram-se biopsias



Histologia:

Vários fragmentos, da superfície da mucosa duodenal com aspectos hiperplásicos regenerativos, pseudopolipóides. Sem displasia epitelial. Sem neoplasia maligna

Outubro 2013

Janeiro 2014

- Alta referenciado a consulta de Cirurgia Hepato-biliar no Hospital Curry Cabral, por suspeita de ampuloma
- Efetuaram-se duas EDA, uma das quais no Hospital Curry Cabral com realização de biopsias

Negativas para células neoplásicas

Pancreatite da Goteira?

- Novo internamento por pancreatite crónica agudizada
- Amilase 8947, lipase 4073, transaminases normais, GGT 75, ALP 141, Bil total 0.7
- Melhoria clínica e analítica progressivas apenas com soroterapia e analgesia.

Fevereiro 2014



Amilase	Lipase	AST	ALT	GGT	ALP	Bil. T
3004	1803	96	266	346	512	2.93

- CPRE: Lesão polipoide vilosa em D2, com origem na ampola de Vater, que se apresenta procidente, edemaciada e friável, com hemorragia espontânea em toalha; não foi possível obter canulação profunda, tendo-se interrompido o exame pelo elevado risco de hemorragia e/ou pancreatite.

Agravamento da situação clínica



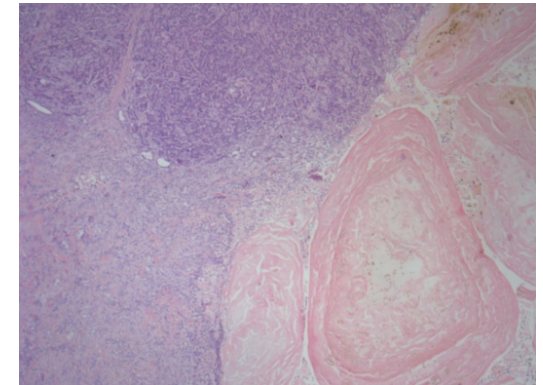
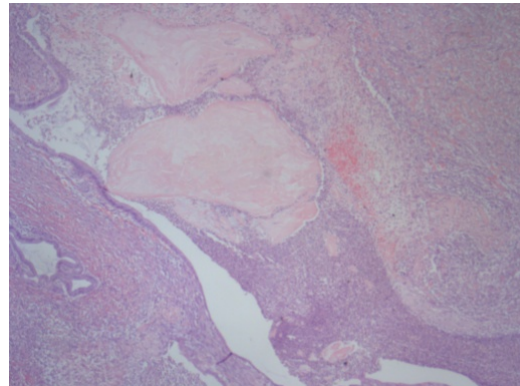
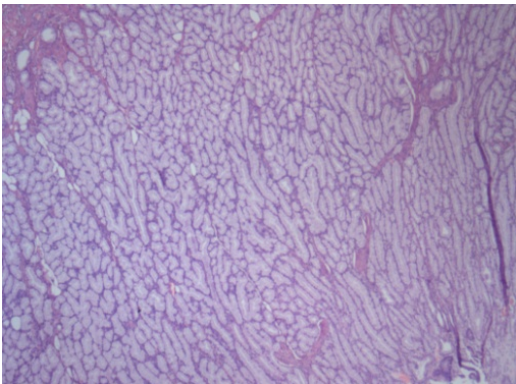
Transferência para Hospital Curry Cabral



Submetido a duodenopancreatectomia cefálica

• Histologia da peça

Área com marcada fibrose, hemorragia recente e antiga e moderado infiltrado inflamatório crônico. Quistos da parede duodenal com áreas de abcedação. Hiperplasia das glândulas de Brunner. Wirsung dilatado com erosão do epitélio de superfície e preenchido por cálculos friáveis. A lesão inflamatória estende-se até ao parênquima pancreático e aos tecidos moles. Sem evidência de tecido neoplásico



Discussão

- Forma rara de pancreatite crônica, segmentar, que afeta a área anatômica compreendida entre a cabeça pancreática, duodeno e via biliar principal
- Mais comum em:
 - Homens na 4^a-5^a década de vida
 - História de alcoolismo
- **2 tipos descritos:**
 - Puro – afeta apenas área anatômica da goteira poupando parênquima pancreático
 - Segmentar - afeta também parênquima pancreático e canal pancreático
- **Sintomas:**
 - Dor abdominal pós prandial
 - Vômitos
 - Perda ponderal
 - Icterícia

- **Patogénese desconhecida:**

- Úlcera péptica
- Ressecção gástrica
- Quistos duodenais
- Pâncreas heterotopico na parede duodenal
- Variações anatómicas papila menor
- Consumo de álcool

- **Diagnóstico**

- Ecoendoscopia
- EDA
- CPRE
- TAC →
- RM →

Múltiplos quistos numa parede duodenal
Massa laminar na goteira pancreatoduodenal
espaçada, lesão hipodensa com realce após
hipointensa em T1 isointensa ou
administração de contraste
moderadamente hiperintensa em T2 com realce
tardio após administração de gadolínio

- Diagnóstico raramente feito pré-operatoriamente
- Prevalência de pancreatite de Groove entre doentes que efetuaram duodenopancreatectomia por pancreatite crônica descrita até 24.5%

Histologia

- Fibrose e espessamento da parede duodenal
- Hiperplasia das glândulas de Brunner
- Tecido pancreático ectópico na parede duodenal

Tratamento conservador

- Analgésicos
- Abstinência alcoólica



Intervenção cirúrgica

- Pancreaticoduodenectomia

Bibliografia

- Jimenez, A.; Cabrera B., Freire, N., Groove Pancreatitis in the Differential Diagnosis of Pancreatic Adenocarcinoma, *cir esp.* 2014;92 (2):127–141
- Manzelli, A.; Petrou, M.; Lazzaro, A.; Brennan, Z.; Sonawalla, Z.; Friend, P.; Groove Pancreatitis. A Mini-Series Report and Review of the Literature; *J Pancreas* 2011 May 6; 12(3):230-233.
- Malde, D.; Oliveira-Cunha, M.; Smith, A.; Groove Pancreatitis. Pancreatic Carcinoma Masquerading as Groove Pancreatitis: Case Report and Review of Literature, *J Pancreas (Online)* 2011 Nov 10; 12(6):598-602.
- Gupta R.; Williams, G.; Keough, V.; Groove pancreatitis: A common condition that is uncommonly diagnosed preoperatively, *Can J Gastroenterol Hepatol* Vol 28 No 4 April 2014
- Kim, J.; Han, Y.; Choi, D.; Characteristic clinical and pathologic features for preoperative diagnosed groove pancreatitis; *J Korean Surg Soc* 2011;80:342-347