



**CISTOADENOMA PANCREÁTICO MUCINOSO GIGANTE NO
PUERPÉRIO: RELATO DE CASO**

**GIGANTIC MUCINOUS PANCREATIC CYSTADENOMA IN THE
PUERPERIUM: CASE REPORT**

Fabiane da Silva Rodrigues OLIVEIRA
Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: fabiane.rodrigues@mail.uft.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3730-2937>

Débora de Almeida LEÃO
Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: leao.debora@mail.uft.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9111-0322>

Antonio Castanheira RETES
Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: antonio.castanheira@mail.uft.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9932-623X>

Débora Neves SILVA
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)
E-mail: deboranevesfarm@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9332-3914>

Pedro Manuel Gonzalez CUELLAR
Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: cuellar@uft.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2871-5334/print>

Erminiana Damiani de MENDOÇA
Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: erminiana@uft.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9913-2350>

RESUMO

Este estudo objetiva relatar um caso clínico envolvendo uma paciente jovem, de 23 anos, apresentando uma neoplasia cística mucinosa do pâncreas, medindo em seu maior diâmetro 22,1 cm e pesando 3.282 gramas, cuja sintomatologia foi iniciada no puerpério. Tendo em vista a relação entre este tipo de neoplasia e os hormônios estrógeno e progesterona, o risco de malignidade e a idade da paciente, bem como as

Fabiane da Silva Rodrigues OLIVEIRA; Débora de Almeida LEÃO; Antonio Castanheira RETES; Débora Neves SILVA; Pedro Manuel Gonzalez CUELLAR; Erminiana Damiani de MENDOÇA. CISTOADENOMA PANCREÁTICO MUCINOSO GIGANTE NO PUERPÉRIO - RELATO DE CASO - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2024. FLUXO CONTÍNUO -FEVEREIRO-MARÇO. Ed. 49. VOL. 01. Págs. 122-132- ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br.

dimensões físicas da lesão cística encontrada, torna-se evidente a relevância das discussões que permeiam este caso clínico. A paciente passou por laparotomia exploradora com pancreatectomia corpo-caudal e drenagem cavitária e não apresentou intercorrências no pós-operatório.

Palavras-Chave: Cistoadenoma Mucinoso. Neoplasia Pancreática. Cisto Pancreático. Período Pós-Parto.

ABSTRACT

This study aims to report a clinical case involving a 23 years old patient, presenting a mucinous cystic neoplasm of the pancreas, measuring 22, cm x 16,0 cm x 11,3 cm and weighing 3.282 grams, whose symptomatology was initiated during the puerperium. Considering the relationship between this type of neoplasm and the hormones estrogen and progesterone, the risk of malignancy, the age of the patient, as well as the physical dimensions of the cystic lesion found in the patient, the relevance of the discussions that permeate this clinical case becomes evident. The patient underwent exploratory laparotomy with corpus-caudal pancreatectomy and cavity drainage and had no postoperative complications.

Keywords: Cystadenoma. Mucinous. Pancreatic Neoplasms. Pancreatic Cyst. Postpartum period.

INTRODUÇÃO

As neoplasias pancreáticas císticas caracterizam-se como o segundo acometimento neoplásico exócrino mais comum do pâncreas. Comparativamente, apenas os adenocarcinomas pancreáticos são mais numerosos. Dentre as neoplasias pancreáticas císticas, as neoplasias císticas mucinosas (NCMs) são as mais comuns. As NCMs são, por definição, constituídas por epitélio produtor de mucina, bem como estroma com características similares às ovarianas. Embora sejam predominantemente achados benignos, em cerca de 15 a 30% dos casos, as NCMs apresentam malignidade, sendo classificadas, por vezes, como lesões pré-malignas. São predominantemente encontradas no sexo feminino, com evidências de provável

relação dos tumores com hormônios reprodutores femininos, como estrógeno e progesterona¹⁻⁴.

As NCMs são encontradas de maneira mais frequente no corpo e na cauda do pâncreas, raramente se comunicando com o ducto pancreático. Com menor frequência, podem se localizar na cabeça do pâncreas e podem cursar com icterícia obstrutiva. Normalmente são assintomáticas e, quando apresentam sintomas, estes decorrem de compressão de estruturas adjacentes, como o estômago ou o duodeno. Nos casos em que as NCMs comprimem o ducto pancreático, um quadro de pancreatite aguda pode ser desencadeado⁴⁻⁷.

Por esse motivo, a abordagem clínica e terapêutica de um paciente com uma NCM possui impacto significativo sobre o prognóstico. Aspectos radiológicos, histológicos, exames laboratoriais e sintomatologia contém informações valiosas acerca do risco de malignidade da lesão e devem ser analisadas com rigor para que a conduta adequada seja tomada¹⁻⁴⁻⁷⁻.

Este manuscrito versa sobre um relato de caso envolvendo uma paciente jovem, apresentando NCM ressecada cirurgicamente, com dimensões de 22,1 cm x 16,0 cm x 11,3 cm e pesando 3.282 gramas, cuja sintomatologia foi iniciada no puerpério. Objetivou-se, ao longo do relato, abordar as características etiológicas, clínicas, diagnósticas e terapêuticas das NCMs, bem como o vínculo destas características ao caso apresentado.

RELATO DE CASO

Trata-se de uma paciente do gênero feminino com 23 anos de idade, encaminhada para o Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, na cidade de Palmas, no estado do Tocantins. A paciente relatava aumento do volume abdominal de início há 5 meses, associado a dor do tipo queimação na região de hipocôndrio esquerdo e hipogástrico, com irradiação para o dorso. O início dos sintomas foi concomitante ao puerpério da paciente que, também há 5 meses, havia passado por um parto vaginal. Durante esta gestação, a paciente refere que apresentou perda de peso. Os antecedentes pessoais, familiares e sociais da paciente não demonstraram relevância clínica diante da abordagem do caso. Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom

estado geral e eutrófica, evidenciando um abdome globoso, assimétrico com massa em região epigástrica e hipocôndrio esquerdo, doloroso à palpação profunda de hipocôndrio esquerdo e região epigástrica com irradiação para o dorso.

A paciente apresentou na admissão uma ultrassonografia (USG) de abdome total e tomografia computadorizada (TC) do abdome total em cortes finos com contraste. Na ultrassonografia, evidenciou-se uma massa de contornos lobulados, limites parcialmente definidos com medidas estimadas de 28 cm x 23 cm x 15 cm e volume estimado de 3.200 cm³. Localizada predominantemente em flanco esquerdo, com conteúdo quase totalmente cístico com debris ecogênicos. Ao doppler colorido não foi evidenciado fluxo interno, não podendo definir-se a origem da massa ao método ultrassonográfico.

A tomografia computadorizada apresentou uma volumosa formação expansiva cística ao lado do flanco esquerdo e das regiões do epigástrico e mesogástrico com aspectos finos, medindo cerca de 23 cm x 14,2 cm x 16,6 cm nos maiores eixos (2.869 cm³) (Figura 1), situada no espaço pararrenal anterior, em íntima relação com o parênquima pancreático, que se encontra deslocado anteriormente (particularmente a cauda e corpo), inclusive com discreta proeminência do ducto pancreático principal na extremidade da cauda. Com efeito de massa, destacam-se ainda, deslocamento anterior de parte da veia mesentérica superior, da junção esplenomesentérica e da própria veia esplênica, que é mal caracterizada, notando-se circulação venosa proeminente e tortuosa na região epigástrica que comunica o leito esplênico com a veia porta (Figura 2). A aorta, o tronco celíaco, a artéria mesentérica superior e veia cava inferior encontram-se rechaçados para a direita, enquanto a veia renal esquerda e artéria esplênica são deslocadas posteriormente. Nesse sentido, o aspecto da imagem favoreceu neoplasia cística pancreática como principal diagnóstico.

Ao ser admitida no hospital foi realizada uma nova tomografia computadorizada do abdome total com contraste, revelando a existência do cisto pancreático, o qual se estendia da região epigástrica à cavidade pélvica, medindo em seu maior diâmetro axial 17,9 cm, como também uma ressonância magnética confirmando a volumosa lesão expansiva de natureza cística homogênea e ducto de Wirsung com calibres normais.

Nos exames laboratoriais e bioquímicos, somente a lipase com 115 U/L e a amilase com 176 U/L ficaram acima dos valores esperados, contudo, a paciente não apresentava repercussão clínica devido às alterações laboratoriais.

Figura 1: Tomografia computadorizada do abdome e pelve em corte coronal: Cisto pancreático mucinoso.



126

Fonte: Os autores.

Figura 2: Tomografia computadorizada do abdome e pelve corte longitudinal: Cisto pancreático mucinoso.



Fonte: Os autores.

Diante do quadro, foi decidido a realização de tratamento cirúrgico através de laparotomia exploradora (Figura 3) o ato cirúrgico foi visualizado um tumor cístico de 3.300 g intimamente aderido ao corpo e cauda do pâncreas e também aderido a outras estruturas nobres como a artéria aorta, mesocólon, intestino delgado e intestino grosso, sendo realizado pancreatectomia corpo-caudal com ressecção do cisto (Figura 4), além de drenagem cavitária . Após verificação do baço, por não apresentar áreas isquêmicas, optaram por preservar o órgão, não realizando a esplenectomia. Foi colocado um dreno túbulo laminar (TL) na região de cabeça do pâncreas. No pós-operatório, a paciente ficou internada quatro dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sem nenhum tipo de intercorrências, sendo transferida para enfermaria da cirurgia geral, onde permaneceu sem intercorrências, sem alterações laboratoriais com débito máximo do dreno de 17ml em 24h, com conteúdo de aspecto serosanguinolento, que foi retirado no 8º dia de pós-operatório, quando a paciente recebeu alta hospitalar. A paciente foi orientada para retorno ao ambulatório de cirurgia geral do Hospital Geral de Palmas após 15 dias da alta hospitalar.

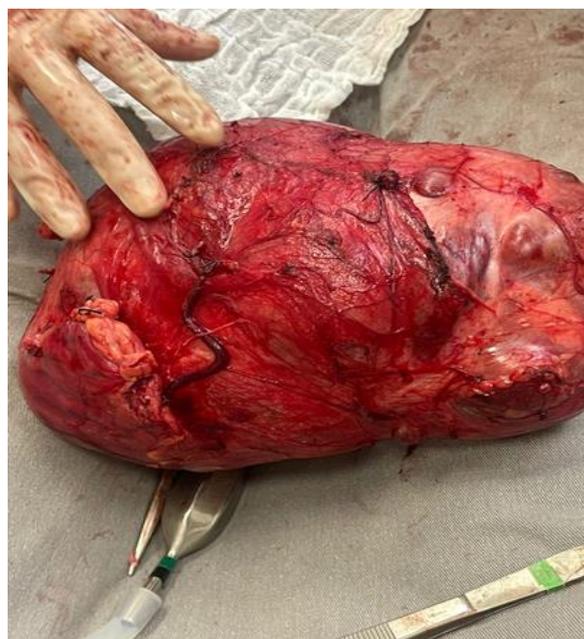
O estudo anatomopatológico confirmou ser neoplasia cística mucinosa (cistoadenoma mucinoso) , sem atipia celular. Ao exame macroscópico, mostrou uma extensa formação tumoral pesando 3.282 gramas e medindo 22,1 cm x 16,0 cm x 11,3 cm. Com apresentação de aspecto bosselado, superfície lisa e granulosa de coloração parda acinzentada, consistência firme e elástica, aos cortes exibia áreas cavitárias medindo a maior 20,0 cm e a menor 1,0 cm, ocupado por material líquido amarelado, friável e distante 1,0 cm da margem cirúrgica pancreática.

Figura 3: Laparotomia Exploratória: pancreatectomia corpo caudal mais exérese de tumor cístico do pâncreas.



Fonte: Autores

Figura 4: Cistoadenoma pancreático mucinoso com estimativa de 3.300g.



Fonte: Autores

DISCUSSÃO

Os cistos pancreáticos são lesões bem definidas com conteúdo líquido podendo ser encontrado em localização variável no percurso pancreático, desde cabeça, corpo e cauda. As neoplasias císticas pancreáticas podem ser classificadas em cistos benignos, com potencial de malignidade ou cistos malignos. As mais comuns são neoplasias

Fabiane da Silva Rodrigues OLIVEIRA; Débora de Almeida LEÃO; Antonio Castanheira RETES; Débora Neves SILVA; Pedro Manuel Gonzalez CUELLAR; Erminiana Damiani de MENDOÇA. CISTOADENOMA PANCREÁTICO MUCINOSO GIGANTE NO PUERPÉRIO - RELATO DE CASO - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2024. FLUXO CONTÍNUO -FEVEREIRO-MARÇO. Ed. 49. VOL. 01. Págs. 122-132- ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br.

císticas mucinosas (45% - 50%), neoplasias cística serosas (30%), neoplasias mucinosas papilares intraductais - IPMN (25%) e as neoplasias pseudo papilares (1% - 5%)³⁻⁷⁻⁸.

Segundo a Organização Mundial de Gastroenterologia, os cistos mucinosos são mais comuns em mulheres (>95%) entre 50 a 60 anos de idade⁷. No caso clínico em estudo, a paciente é do sexo feminino com 23 anos idade, algo que merece destaque, uma vez que a idade da paciente não foi compatível com a média de idade dos pacientes que recebem o diagnóstico.

A localização mais comum desse tumor é no corpo e cauda do órgão, seu diâmetro pode ser variado, desde pouco milímetros podendo chegar em torno de 25 cm²⁻⁷. No caso em questão, o tumor se encontrava no corpo e na cauda do pâncreas, com seu maior diâmetro em torno de 22,1 cm de acordo com análise anatomopatológica, conferindo em um tumor maior do que 3 cm de diâmetro. Dimensão, esta que representa um fator preditivo para malignização de acordo com a Organização Mundial de Gastroenterologia.

A etiologia das neoplasias císticas mucinosas ainda não foi estabelecida, mas acredita-se que os hormônios femininos desempenham papel na sua patogênese, uma vez que as NCMs apresentam as mesmas estruturas histológicas dos cistos mucinosos ovarianos. Ambos contêm epitélio colunar com receptores de estrogênio e de estroma ovariano que secretam mucina. Por essa razão, justifica-se a incidência dessas neoplasias ser quase exclusivamente vinculada ao sexo feminino (95%)³. Apesar da paciente referir que somente após o parto vaginal percebeu o surgimento da massa palpável no abdome, com aumento progressivo em volume durante os cinco meses subsequentes, é possível que o período gestacional tenha favorecido o crescimento da neoplasia cística, visto que, nesse período, há excesso de estrogênio e progesterona⁶.

A maioria dos cistos pancreáticos são assintomáticos em pacientes com neoplasia cística mucinosa. Quando sintomáticos, dor abdominal e dorsalgia são sintomas comuns, em decorrência do volume da massa palpável no abdome ³⁻⁷. Estes sintomas estão de acordo com os apresentados pela paciente em questão, que referia epigastralgia irradiada para o dorso, nos trazendo uma alerta para o risco de malignidade. No entanto, por se tratar de tumor com dimensões significativas, podemos descartar que esses sintomas poderiam estar relacionados com a compressão

de estruturas e órgãos adjacentes, que levava ao desconforto abdominal nas regiões do epigástrio, hipocôndrio esquerdo e na região dorsal, além da perda de peso e sensação de plenitude gástrica³.

Os exames de imagem para diagnóstico são a ultrassonografia, TC, ressonância magnética (RM) e ultrassonografia endoscópica, cada um apresentando sensibilidade e especificidades específicas, por vezes sendo necessária a junção de vários métodos para o diagnóstico mais preciso⁸.

Apesar da tomografia computadorizada ser o primeiro exame solicitado habitualmente, a paciente foi submetida ao exame de ultrassonografia de abdome na cidade de origem, com intuito de caracterizar a massa, que acabou constando a presença de um cisto com debris ecogênicos, porém a origem da massa não pôde ser esclarecida⁷⁻⁸.

Sendo assim, ainda na cidade de origem, foi solicitada uma TC do abdome com contraste. Na TC foi evidenciado um expansivo cisto no flanco direito, região epigástrica e mesogástrio. Por apresentar proeminência do ducto pancreático principal na extremidade da cauda do pâncreas, foram solicitados novos exames de imagem no momento da admissão no Hospital Geral de Palmas, sendo eles uma tomografia computadorizada de abdome superior e inferior com contraste e uma ressonância magnética de abdome total, a fim de se confirmar o diagnóstico, bem como identificar a classificação do cisto pancreático.

A tomografia computadorizada confirmou o diagnóstico, apresentando um cisto pancreático que se estendia da região epigástrica à cavidade pélvica, medindo em seu maior diâmetro axial 17,9 cm. Foi realizada uma ressonância magnética, por se tratar de uma opção para melhor avaliação da anatomia ductal, que acabou descartando alteração no ducto principal (Wirsung). Estes achados apontaram para a existência de um cisto homogêneo e de difícil diferenciação. No entanto, a não comunicação com o ducto pancreático diminuiu as chances de se tratar de um cisto mucinoso intraductal³⁻⁸.

O tratamento da paciente consistiu em ressecção cirúrgica do tumor, em conformidade com as recomendações do Grupo de Estudos Europeu sobre Neoplasia Císticas Pancreáticas, uma vez que a paciente apresentava um tumor maior do que 40 mm e encontrava-se sintomática, além de se considerar o risco de malignidade (10 -

17%) inerente a este tipo de neoplasia⁵. Optou-se por via laparotômica por reduzir a possibilidade de rompimento do cisto, pois o extravasamento do material gelatinoso pode ocasionar implante e disseminação do tumor na cavidade abdominal³⁻⁵⁻⁷. Como a neoplasia era localizada no corpo e na cauda, foi realizada uma ressecção pancreática distal com preservação do baço, haja vista que não foram encontrados indícios de comprometimento invasivo ou isquêmico².

CONCLUSÃO

Em síntese, foi relatado um caso de neoplasia cística mucinosa do pâncreas gigante em uma mulher jovem, de 23 anos de idade, com sintomas iniciados logo após parto vaginal. Foi realizada ressecção bem sucedida do tumor pesando 3.282 gramas e medindo 22,1 x 16 x 11,3 cm de acordo com os estudos anatomopatológicos. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar com encaminhamento para seguimento ambulatorial no hospital de referência.

BIBLIOGRAFIA

¹Babiker, H. M. et al. **Mucinous Cystic Pancreatic Neoplasms**. Treasure Island: StatPearls, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448105/>. Acesso em: 13 de fev. 2024.

²Dudeja, V. et al. Pâncreas Exócrino. In: TOWNSEND, C. M. et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. Tradução: DELCORO, A. et al. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan Ltda, 2023. cap 56 , p. 2015 - 2066.

³Malagelada. J. et al. **World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: Lesões Císticas Pancreáticas**. 2019. Disponível em: <http://https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/pancreatic-cystic-lesions/pancreatic-cystic-lesions-portuguese>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024.

⁴Coelho, J. C. U. et al. **Mucinous cystic neoplasia of the pancreas**. BioScience. Curitiba - Pr. v. 81 n.2, p 97- 100, jun. 2023. DOI:/10.55684/81.2.18. Disponível em: <https://doi.org/10.55684/81.2.18>. Acesso em: 10 fev.2024.

⁵Nunes, G. M. et. al. **Manejo de lesões críticas pancreáticas: Uma revisão de narrativa**. Electronic Journal Collection Health. São Paulo v. 12 (7), p. 1-8, abril 2021. DOI: 10.252448/reas.e3180.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3180.2020>. Acesso em: 10 fev. 2024.

Fabiane da Silva Rodrigues OLIVEIRA; Débora de Almeida LEÃO; Antonio Castanheira RETES; Débora Neves SILVA; Pedro Manuel Gonzalez CUELLAR; Erminiana Damiani de MENDOÇA. CISTOADENOMA PANCREÁTICO MUCINOSO GIGANTE NO PUERPÉRIO - RELATO DE CASO - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2024. FLUXO CONTÍNUO -FEVEREIRO-MARÇO. Ed. 49. VOL. 01. Págs. 122-132- ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br.

⁶Carvalho, J. D. S. **Neoplasias Císticas do Pâncreas**. Porto - PT. Dissertação (Mestrado Integrado de Medicina) - Faculdade de Porto de Portugal, 2011-2012. Disponível em: https://sigarra.up.pt>fep>pub_geral.show_file. Acesso em: 10 fev. 2024.

⁷Filho, E. D. M. et al. **Neoplasia cística mucinosa do pâncreas durante a gestação: Relato de Caso**. Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil. Recife - PE. v. 11 n 2, p 187-190, jun 2011. DOI:10.1590/S1519-38292011000200010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000200010>. Acesso em: 9 fev. 2024.

⁸European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. **European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms**. Gut 2018; 67: 789-804. DOI:10.1136/GUTJNL-2018-316027. Disponível em: <https://gut.bmj.com/content/gutjnl/67/5/789.full.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.