

Neoplasias Císticas Benignas

Benign cystic neoplasms

Olivia Barberi Luna

Diploma em Ecoendoscopia pela Universidade de Marseille, França

Especialização em Ecoendoscopia pela Clínica Jean Mermoz, Lyon, França

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)

Membro da Sociedade Francesa de Gastroenterologia (SNFGE)

Coordenadora de Ecoendoscopia do Hospital São Vicente de Paulo - RJ

Médica endoscopista da Clínica Endoview

Médica endoscopista da Clínica Echoendo

Correspondência

Olivia Barberi Luna

Rua Dr. Satamini, 333 - Tijuca

Rio de Janeiro – RJ CEP: 20270-233

E-mail: draoliviabluna@gmail.com

RESUMO

O diagnóstico incidental de neoplasias císticas pancreáticas têm sido cada vez mais frequente. Isso se deve ao avanço crescente de métodos de imagem e do surgimento de protocolos de acompanhamento destas lesões. As lesões císticas pancreáticas podem ser benignas, pré-malignas ou malignas. As neoplasias císticas benignas são somente as neoplasias císticas serosas e os pseudocistos.

Palavras-chave: ultrassonografia endoscópica; ecoendoscopia; punção aspirativa ecoguiada; biópsia ecoguiada; neoplasias císticas pancreáticas; doenças pancreáticas; neoplasias císticas benignas

ABSTRACT

The incidental diagnosis of pancreatic cystic neoplasms has been increasingly frequent. This is due to the increasing advances in imaging methods and the protocols of follow-up for these lesions. Pancreatic cystic lesions can be benign, premalignant, or malignant. Benign cystic neoplasms are only serous cystic neoplasms and pseudocysts.

Keywords: Endoscopic ultrasonography; endoscopy ultrasound-guided fine needle aspiration; fine needle biopsy; pancreatic cystic neoplasms; pancreatic diseases; benign cystic neoplasms.

INTRODUÇÃO

Com o aumento do uso de técnicas de imagem cada vez mais avançadas nas últimas décadas, a descoberta incidental de cistos pancreáticos tem sido cada vez mais comum. As lesões císticas pancreáticas constituem um extenso grupo que envolve lesões benignas, pré-malignas e malignas.^(1,2,3,4,5) A prevalência destas lesões varia de acordo com idade e sexo, sendo encontradas em cerca de 2,2% a 2,6% das tomografias computadorizadas e em 14% a 45% das ressonâncias magnéticas de rotina.^(6,2,5)

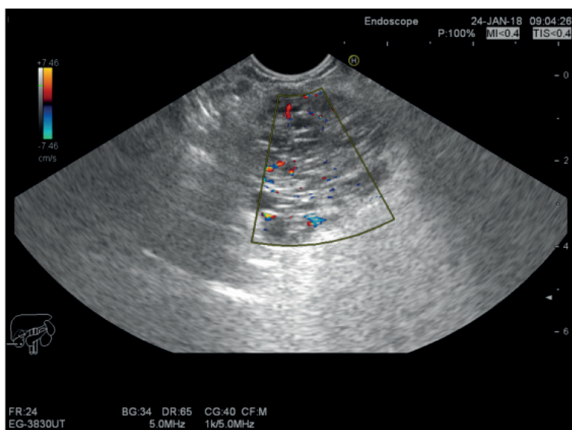
Os tipos de neoplasias císticas pancreáticas mais comuns incluem: neoplasias císticas serosas, neoplasias císticas mucinosas, tumor intraductal papilífero mucinoso do pâncreas, neoplasias papilares sólido-císticas, adenocarcinomas com degeneração cística, tumores neuroendócrinos com degeneração cística e pseudocistos.^(1,5)

Dentre eles, as neoplasias císticas benignas são somente as neoplasias císticas serosas, os pseudocistos e linfangioma.

1. NEOPLASIA CÍSTICA SEROSA

São neoplasias císticas encontradas comumente em mulheres acima de 60 anos (70% dos casos), e podem estar localizadas em qualquer segmento pancreático, com preferência no corpo e cauda do pâncreas.^(6,2,7,8) Macroscopicamente são lesões únicas, medindo entre 1cm a 25cm.^(9,8) A maioria dos pacientes é assintomática (61%), 27% referem dor abdominal inespecífica, 9% apresentam sintomas pancreatobiliares e 9% apresentam outros sintomas.⁽⁹⁾ Embora a ressonância magnética seja frequentemente usada na caracterização das lesões císticas pancreáticas, a tomografia computadorizada permanece como a primeira linha de exame devido a sua facilidade de realização.⁽⁷⁾

São classificadas em: microcísticas; macrocísticas; misto e variante sólida.^(6,5)



Figuras 1 e 2

Imagem ecoendoscópica da forma microcística da neoplasia serosa e resultado da punção ecoguiada.

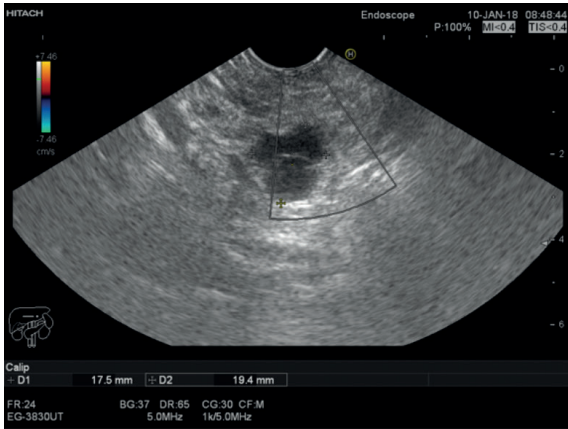
A forma microcística é a mais comum (60% dos casos), composta por múltiplos pequenos cistos, com menos de 20mm, dando aspecto em “favo de mel” (Figuras 1 e 2). Possuem como sinal patognomônico a cicatriz central, que se caracteriza por uma cicatriz fibronodular densa, mas presente somente em 15% a 20% dos casos.^(6,2,5)

A forma macrocística é formada por compartimentos com mais de 20mm, o que a torna diagnóstico diferencial por imagem com os cistoadenomas mucinosos. Sendo assim, a punção ecoguiada passa a ter um papel mais importante para guiar o tratamento (Figuras 3 e 4).

A forma mista caracteriza-se pela formação de micro e macrocistos na mesma lesão pancreática (Figura 5).

A forma variante sólida se caracteriza pela coalescência de múltiplos microcistos, dando aspecto macroscópico semelhante à lesão sólida (Figuras 6 e 7).

Microscopia e parâmetro diagnóstico	<p>Pâncreas CISTADENOMA SEROSO FORMA MICROCÍSTICA Neoplasia epitelial primária na forma cística</p> <ul style="list-style-type: none">- elementos papilares ausentes- revestimento: células cúbicas ou planas livres de atipias- núcleos centrais- citoplasma escasso- atividade mitótica: ausente- necrose: ausente
Macroscopia	<p>Pâncreas (CABEÇA E COLO) Um frasco cujo conteúdo é submetido a centrifugação e inclusão em parafina ("cell-block"). Cassete 1 - 2018011292. Todo material é submetido a exame histológico</p>



Microscopia e parecer diagnóstico

Cabeça do pâncreas
CISTO SEROSO
Raras células planas livres de atipias
- citoplasma muito escasso
- elementos papilares não detectados
Atividade mitótica: ausente
Necrose: ausente

Macroscopia

Cabeça do pâncreas
Um frasco designado como "CABEÇA DO PÂNCREAS" cujo conteúdo é submetido a centrifugação e inclusão em parafina ("cell-block").
Cassete 1 - 2018011793 Todo material é submetido a exame histológico

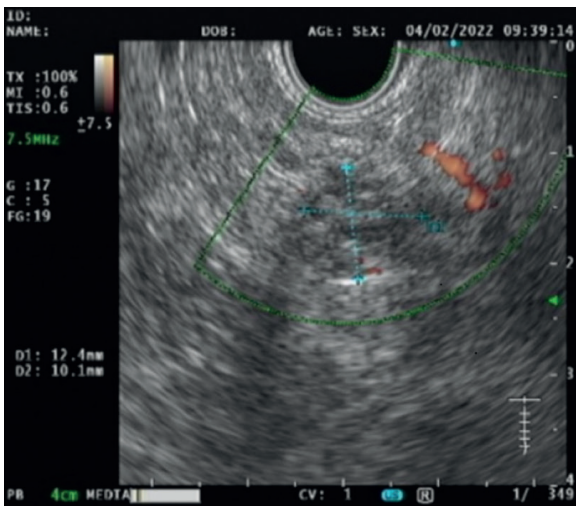
Figuras 3 e 4

Imagem ecoendoscópica da forma macrocística da neoplasia serosa e resultado da punção ecoguiada.



Figura 5

Imagem ecoendoscópica da forma mista da neoplasia serosa.



Figuras 6 e 7

Imagem ecoendoscópica da forma variante sólida da neoplasia serosa e resultado da punção ecoguiada.

EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Informações clínicas disponibilizadas

Lesão cística com calcificação central na cabeça do pâncreas (HD: Cisto Seroso)
Biópsia dirigida por ultra-som endoscópico

Microscopia e parecer diagnóstico

Cabeça do pâncreas
CISTO SEROSO
Revestimento de células epiteliais, cúbicas, sem atipias (presentes em 2 campos de
- citoplasma claramentes basal
Formação papilar não observada na amostra
Atividade mitótica atípica não observada na amostra
Necrose e desmoplasia não observadas na amostra

Nota: examinados cortes histológicos seriados em múltiplos níveis

A ecoendoscopia com punção ecoguiada destes cistos mostra a saída de líquido transparente, com viscosidade diminuída (Figuras 8 e 9). A análise bioquímica e dosagem de marcadores tumorais do líquido evidencia amilase diminuída (abaixo de 250 U/L exclui pseudocistos), glicose aumentada, mucina ausente, proteína CA19.9 diminuída e CEA (antígeno carcinoembrionário) diminuído (abaixo de 5ng/mL).^(2,4) Histologicamente, os cistos são formados por células epiteliais cuboidais com citoplasma claro composto por glicogênio e sem atipias.^(6,5,9) Possuem alterações moleculares do gene do Von-Hippel-Lindau e expressão do fator de crescimento vascular endotelial (VEGF).^(9,8) Sua taxa de crescimento varia, sendo a média de 4mm/ano.⁽⁹⁾

Não há consenso ou *guideline* sobre o acompanhamento destas lesões, sendo predominante a conduta mais conservadora.⁽⁶⁾

O tratamento cirúrgico fica reservado para os pacientes sintomáticos pelo efeito compressivo da lesão cística, como icterícia.⁽⁵⁾

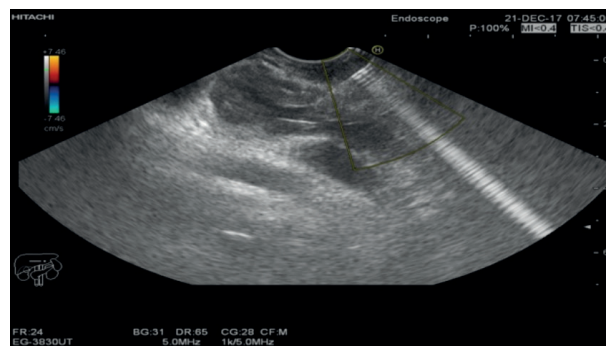
Alguns autores sugerem indicação cirúrgica se a lesão for maior que 4,0cm.^(6,10)

2. PSEUDOCISTO

Os pseudocistos pancreáticos são complicações de pancreatites agudas ou crônicas.⁽¹¹⁾ São coleções fluidas ricas em amilase e enzimas pancreáticas, revestidas por tecido de granulação. Possuem comunicação com os ductos pancreáticos, direta ou indiretamente.

A formação de pseudocistos é menos comum nas pancreatites agudas do que nas crônicas, e são mais evidentes na etiologia alcoólica.⁽¹¹⁾

A apresentação clínica varia de pacientes assintomáticos a pacientes com sintomas abdominais secundários a complicações como hemorragias, infecções e ruptura do cisto. As complicações crônicas incluem gastroparesia, obstrução biliar, trombose esplênica ou portal com desenvolvimento de hipertensão portal.⁽¹¹⁾



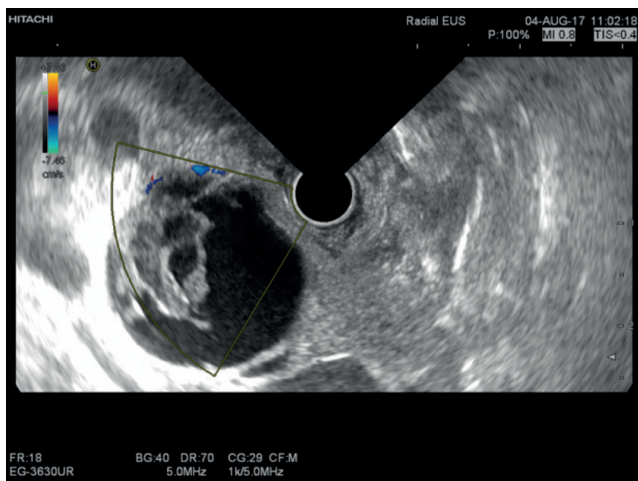
Figuras 8 e 9

Imagem ecoendoscópica da agulha de punção na lesão cística e aspecto pós-punção.

Na ecoendoscopia são lesões anecóicas, com debris no seu interior. A punção ecoguiada apresenta saída de líquido geralmente de coloração amarronzada, com amilase aumentada e CEA diminuído na análise bioquímica (Figuras 10, 11 e 12).

A maioria se resolve espontaneamente, porém em casos de sintomas persistentes ou

aparecimento de complicações pode-se optar pela drenagem. Dentre as complicações destacam-se a trombose da veia esplênica, a ruptura do cisto, hemorragia, infecção, obstrução biliar (se localizado na cabeça do pâncreas), hipertensão portal. Como opções de drenagem existe a ecoendoscópica, percutânea ou cirúrgica.



RELATÓRIO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA	
Informações clínicas disponibilizadas	Pseudocisto? Biópsia dirigida por ultra-som endoscópico
Microscopia e parecer diagnóstico	Corpo do pâncreas PSEUDOCISTO Área liquefata Exsudato macroscópico - conteúdo citoplasmático : hemosiderótico ou bile-símile Debris celulares Escasos fibroblastos Sais de cálcio
Macroscopia	Corpo do pâncreas

Figuras 10 e 11

Imagem ecoendoscópica do pseudocisto e resultado da punção ecoguiada.

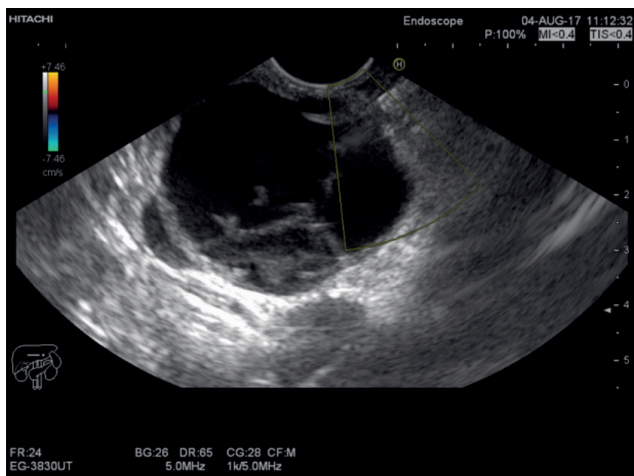


Figura 12

Imagem ecoendoscópica do pseudocisto.

3. LINFANGIOMA

Lesão cística benigna rara. Encontrado principalmente no sexo masculino, com idade entre 60 e 80 anos.⁽⁸⁾ São cistos predominantemente multiloculares (60% dos casos), com tamanho variando de 3cm a 20cm, compostos por epitélio escamoso sem atipias associado a denso epitélio linfoide e folículos. Podem ser encontrados em qualquer segmento pancreático e se projetam em direção aos tecidos peripancreáticos. Não possuem comunicação com os ductos pancreáticos.⁽⁸⁾ Embora benignos, a cirurgia é o tratamento de escolha.

CONCLUSÃO

O diagnóstico e acompanhamento de lesões císticas pancreáticas têm sido cada vez mais frequentes no atendimento clínico. Dentre elas existem as benignas, que compreende principalmente as neoplasias císticas serosas e os pseudocistos. Embora exista uma variedade de *guidelines* e protocolos de acompanhamento, a conduta adotada para os pacientes deve ser individualizada e discutida através de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Wesali S et al. EUS is accurate in characterizing pancreatic cystic lesions; a prospective comparison with cross-sectional imaging in resected cases. *Surgical Endoscopy* 2021; 35:6650-6659.
2. Scholten L et al. Pancreatic Cystic Neoplasms: Different Types, Different Management, New Guidelines. *Visc Med* 2018;34:173-177.
3. Koo and Ho. The role of EUS-FNA in the evaluation of pancreatic cystic lesions. *Endoscopic ultrasound* 2020;9(2):71-75.
4. Sun et al. Application of EUS-based techniques in the evaluation of pancreatic cystic neoplasms. *Endoscopic ultrasound* 2021;10(4):230-240.
5. Lee LS. Updates in diagnosis and management of pancreatic cysts. *World J Gastroenterol* 2021;27(34):5700-5714.
6. Lanke G et al. Pancreatic cysts management using different guidelines. *World J Gastroenterol* 2020;26(11):1128-1141.
7. LC Chu et al. The many faces of pancreatic serous cystadenoma: Radiologic and pathologic correlation. *Diagnostic and Interventional Imaging* 2017;98:191-202.
8. Charville GW et al. Serous Neoplasms of the Pancreas. *Arch Pathol Lab Med* 2018;142:1134-1140.
9. Dietrich CF et al. Serous pancreatic neoplasia, data and review. *World J Gastroenterol* 2017;23(30):5567-5578.
10. The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. *Gut* 2018;67:789-804.
11. Habashi S et al. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2019;15(1):38-47.