

ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO ISOVASCULAR: COMO ENXERGAR O QUE NÃO CONSEGUIMOS VER

Gastrointestinal , Oncologia

Dados do Caso

Data submissão:	01/09/2021
Data publicação:	08/07/2022
Seção :	Ensino
Tipo de Caso :	Tipo Caso 1
Autor:	Ana Paula Bavaresco - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Eduardo Oliveira Pacheco - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Ulysses dos Santos Torres - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ Giuseppe D'Ippolito - FLEURY MEDICINA DIAGNÓSTICA - HOSPITAL SÃO LUIZ; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
Autor correspondente:	-
Dados do paciente :	Masculino , 69 anos
Palavras-Chave :	Neoplasias Abdominais, Neoplasias, Carcinoma Ductal Pancreático, Neoplasias Pancreáticas
URL:	http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/328
Link do Abstract no PUBMED:	
DOI :	Ahead of DOI

Resumo

A detecção do adenocarcinoma ductal pancreático isovascular (ADPI) é um desafio para o médico radiologista. A indistinção do ADPI na tomografia computadorizada, principal método na detecção de tumores do pâncreas, pode resultar no diagnóstico tardio e em estágios inoperáveis; contudo, aspectos de imagem e técnicas complementares podem melhorar a acurácia na detecção desse tumor em estágios precoces. Ilustraremos um caso de ADPI com apresentação peculiar, acrescido de uma breve revisão.

Histórico Clínico

Paciente ambulatorial, do sexo masculino, com 69 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, relatava episódio recente de dor no abdome superior, relacionada a quadro de pancreatite aguda. Aos exames laboratoriais, antígeno carcinoembrionário (CEA) alterado, de 23 ng/mL (valor de referência: inferior a 5 ng/mL); amilase discretamente elevada, de 146 U/L (valor de referência: 28 a 100 U/L). Antígeno hidrato de carbono 19-9 (CA19-9) e função hepática sem alterações. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome superior, com achados sugestivos de tumor na cabeça do pâncreas. Além disso, identificava-se no lobo direito do fígado, uma lesão de aspecto metastático de dimensões maiores às da lesão do pâncreas. A biópsia da lesão hepática sugeria metástase de adenocarcinoma de sítio primário biliopancreático.

Achados Radiológicos

TC com contraste endovenoso em reconstrução oblíqua na fase arterial (imagem 1): área isovascular, mal definida, localizada na cabeça do pâncreas (seta grossa), promovendo estenose abrupta do ducto pancreático principal (seta fina). TC com contraste endovenoso em reconstrução coronal na fase portal (imagem 2): lesão isovascular na cabeça pancreática (seta grossa), promovendo estenose do ducto pancreático principal (seta fina), com dilatação a montante. TC com contraste endovenoso axial na fase portal (imagem 3): linfonodos peripancreáticos proeminentes (seta), com dimensões menores que 10 mm, além de tênue densificação da gordura peripancreática (cabeça de seta), provavelmente relacionada ao quadro recente de pancreatite aguda. TC com contraste endovenoso axial (imagem 4), lesão com aspecto em alvo no segmento VI do fígado (seta), de origem metastática. TC com contraste endovenoso axial na fase portal (vídeo 1): lesão isovascular na cabeça do pâncreas (seta vermelha) e metástase hepática (seta amarela).

Discussão

O adenocarcinoma pancreático ductal isovascular (APDI) é definido como uma massa visualmente indistinguível nas fases arterial e portal, constituindo cerca de 11% dos adenocarcinomas do pâncreas e apresentando melhor prognóstico do que o adenocarcinoma pancreático hipovascular. O quadro clínico é semelhante ao do adenocarcinoma hipovascular, por vezes associado a eventos de pancreatite aguda. [1,2,3] Os marcadores tumorais do APDI incluem o CEA e o CA 19-9, este último mais comumente alterado, demonstrando-se elevado em cerca de 80% dos pacientes. [4] Metástases hepáticas não são incomuns ao diagnóstico, o que se associa a pior prognóstico, com sobrevida média em torno de 6 meses. [5] O diagnóstico radiológico do APDI é um desafio para radiologistas; contudo, técnicas e diferentes métodos podem auxiliar na detecção da lesão. Na TC os sinais secundários podem aparecer em até 80% das lesões menores do que 2 cm, caracterizados por área mal definida com perda do contorno lobulado normal do pâncreas, associada a transição abrupta do ducto pancreático principal, dilatação ductal a montante e atrofia do parênquima pancreático distal (imagem 1,2 e vídeo 1). [1,2] Na TC há também a possibilidade de realce do APDI em fase tardia: cerca de 50% dos tumores pancreáticos isoatenuantes na fase pancreática realçam com cerca de 180 segundos de aquisição. [5] Outros métodos incluem a ressonância magnética (RM), a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) e o ultrassom endoscópico (EUS). A RM pode detectar cerca de 80% dos APDI, sendo as sequências mais importantes o T1 com saturação de gordura e a difusão, observando-se respectivamente uma lesão hipointensa e restrição. O PET-CT com fluorodesoxiglicose pode demonstrar uma lesão hipermetabólica, com uma

sensibilidade de aproximadamente 70%. O EUS é uma técnica invasiva altamente sensível e específica para lesões pancreáticas, além de trazer a possibilidade de coleta de material para análise histopatológica. [1,3] O envolvimento linfonodal não é precisamente abordado na TC; contudo, linfonodos peripancreáticos menores do que 10 milímetros no menor eixo geralmente não são comprometidos. [6] O estadiamento e a decisão terapêutica no ADPI são concernentes às informações da TC, além da necessidade de consideração do status clínico e nutricional do paciente. Na grande maioria, os tumores ressecáveis são os de pequenas dimensões, daí a importância da adição de uma fase tardia na TC, favorecendo a detecção do tumor e o prognóstico, uma vez que as lesões menores do que 3 cm se mantêm isoatenuantes nas demais fases. [1,5]

Lista de Diferenciais

- Pancreatite aguda
- Tumor neuroendócrino
- Tumor não epitelial (metástase, linfoma)

Diagnóstico

- Adenocarcinoma ductal pancreático isovascular

Aprendizado

O adenocarcinoma ductal pancreático isovascular é um desafio diagnóstico para o radiologista, sendo os dados clínicos, e, principalmente, os achados secundários dos exames de imagem peças fundamentais para o diagnóstico. A RM, PET-CT e o EUS são exames complementares à TC que, quando disponíveis, podem trazer maior sensibilidade na detecção do ADPI.

Referências

- 1. Blouhos K, Boulas KA, Tsalis K, Hatzigeorgiadis A. The isoattenuating pancreatic adenocarcinoma: Review of the literature and critical analysis. *Surg Oncol*. 2015 Dec;24(4):322-8. doi: 10.1016/j.suronc.2015.09.006. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26690821.
- 2. Prokesch, R. W., Chow, L. C., Beaulieu, C. F., Bammer, R., & Jeffrey, R. B. (2002). Isoattenuating Pancreatic Adenocarcinoma at Multi-Detector Row CT: Secondary Signs. *Radiology*, 224(3), 764–768. doi:10.1148/radiol.2243011284
- 3. Jin Hee Kim, Seong Ho Park, Eun Sil Yu, Myung-Hwan Kim, Jihun Kim, Jae Ho Byun, Seung Soo Lee, Hye Jeon Hwang, Jae-Yeon Hwang, Sang Soo Lee, Moon-Gyu Lee. Visually Isoattenuating Pancreatic Adenocarcinoma at Dynamic-Enhanced CT: Frequency, Clinical and Pathologic Characteristics, and Diagnosis at Imaging Examinations1. (2010) *Radiology*.
- 4. Yeo TP, Hruban RH, Leach SD, Wilentz RE, Sohn TA, Kern SE, Iacobuzio-Donahue CA, Maitra A, Goggins M, Canto MI, Abrams RA, Laheru D, Jaffee EM, Hidalgo M, Yeo CJ. Pancreatic cancer. *Curr Probl Cancer*. 2002 Jul-Aug;26(4):176-275. doi: 10.1067/mcn.2002.129579. PMID: 12399802.

- 5. Yoshihiko Fukukura, Yuichi Kumagae, Yosuke Fujisaki, Ryoji Yamagishi, Shinya Nakamura, Junki Kamizono, Masanori Nakajo, Kiyohisa Kamimura, Hiroaki Nagano, Koji Takumi, Takashi Yoshiura. Adding Delayed Phase Images to Dual-Phase Contrast-Enhanced CT Increases Sensitivity for Small Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. (2021) American Journal of Roentgenology.
<https://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/AJR.20.25430>
- 6. CT and Pathologic Assessment of Prospective Nodal Staging in Patients with Ductal Adenocarcinoma of the Head of the Pancreas. Clare J. Roche, Mark L. Hughes, Conall J. Garvey, Fiona Campbell, Donagh A. White, Lucie Jones, and John P. Neoptolemos. American Journal of Roentgenology 2003 180:2, 475-480

Imagens

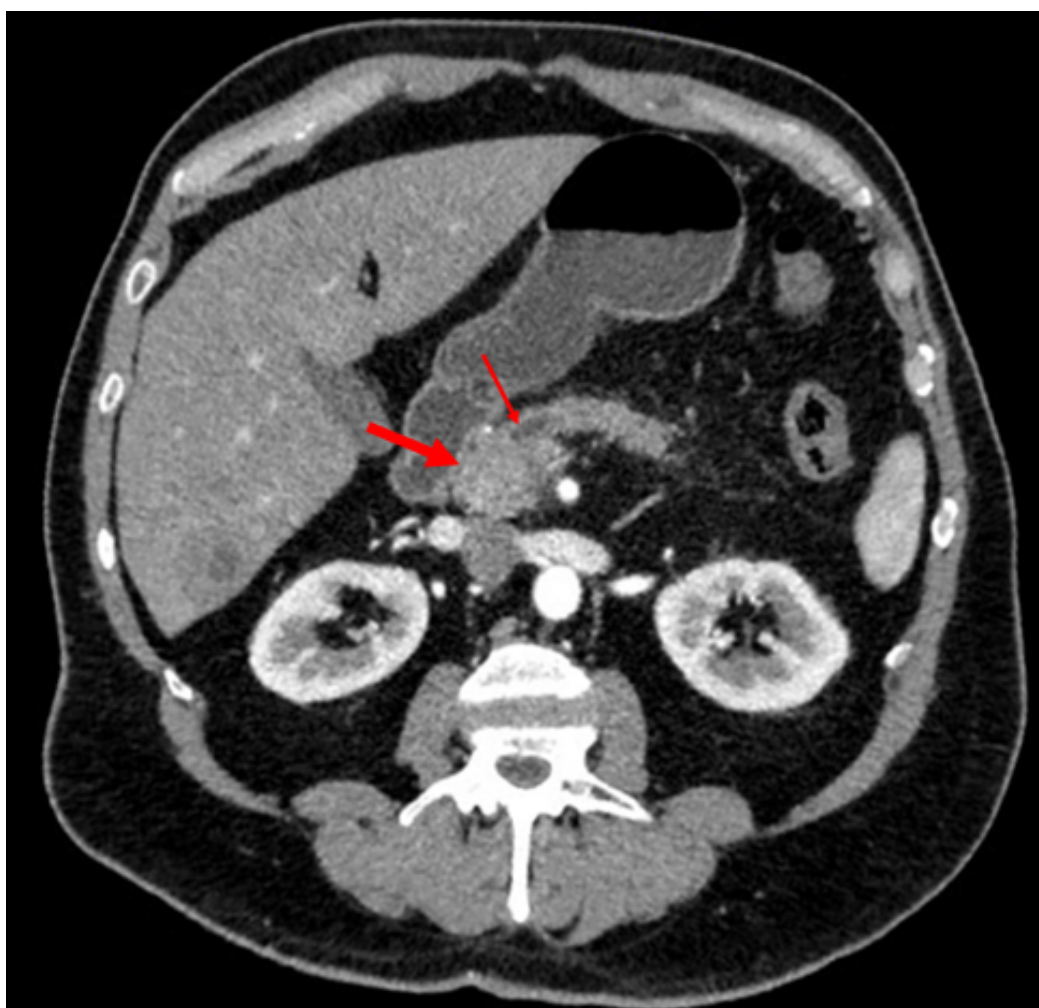


Imagem 1: TC com contraste endovenoso em reconstrução oblíqua na fase arterial, demonstra área isovascular, mal definida, localizada na cabeça do pâncreas (seta grossa), promovendo estenose abrupta do ducto pancreático principal (seta fina).

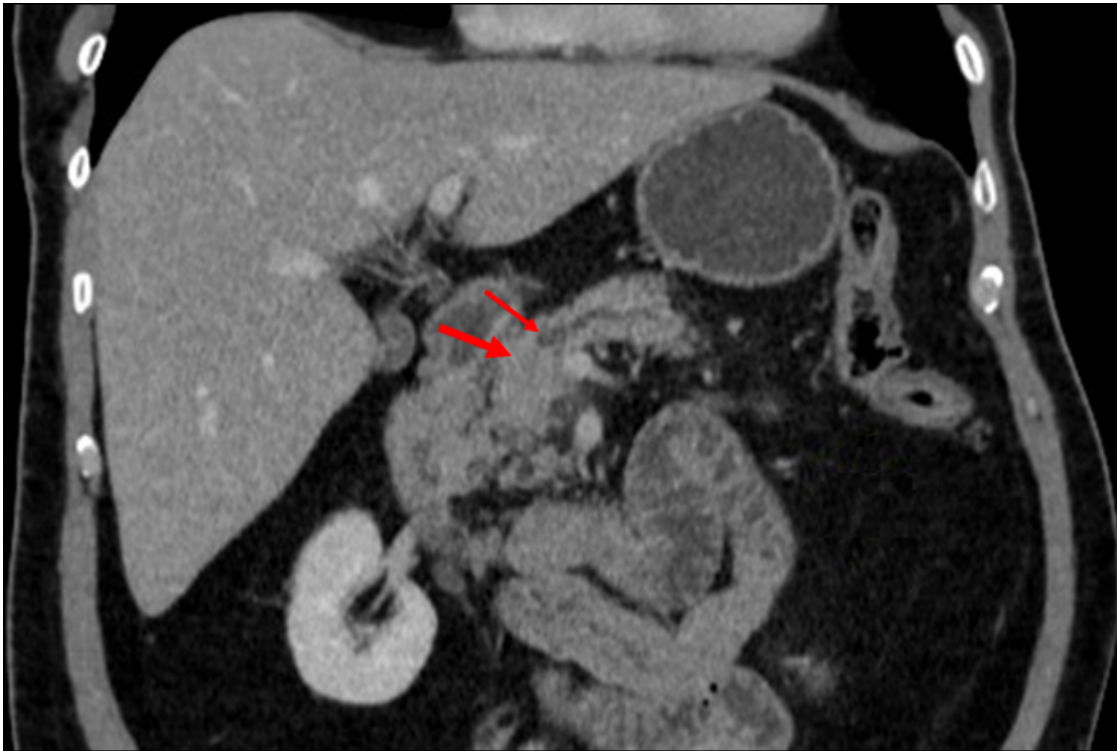


Imagem 2: TC com contraste endovenoso reconstrução coronal na fase portal, lesão isovascular na cabeça pancreática (seta grossa), promovendo estenose do ducto pancreático principal (seta fina), com dilatação a montante do mesmo.

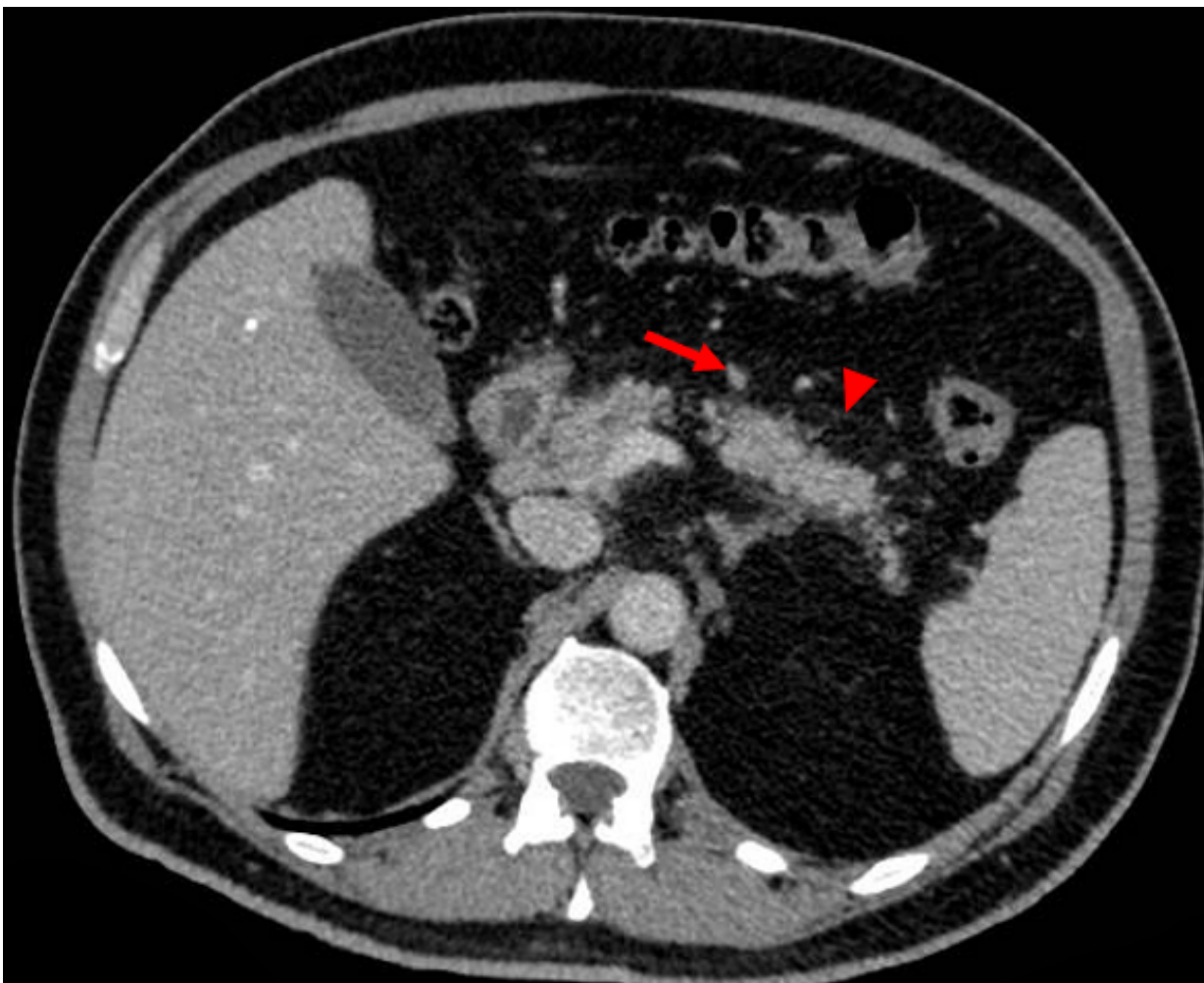


Imagem 3: TC com contraste endovenoso plano axial na fase portal, linfonodos peripancreáticos proeminentes (seta), com dimensões menores que 10 mm, além de tênue densificação da gordura peripancreática (cabeça de seta), provavelmente relacionada ao

quadro recente de pancreatite aguda.

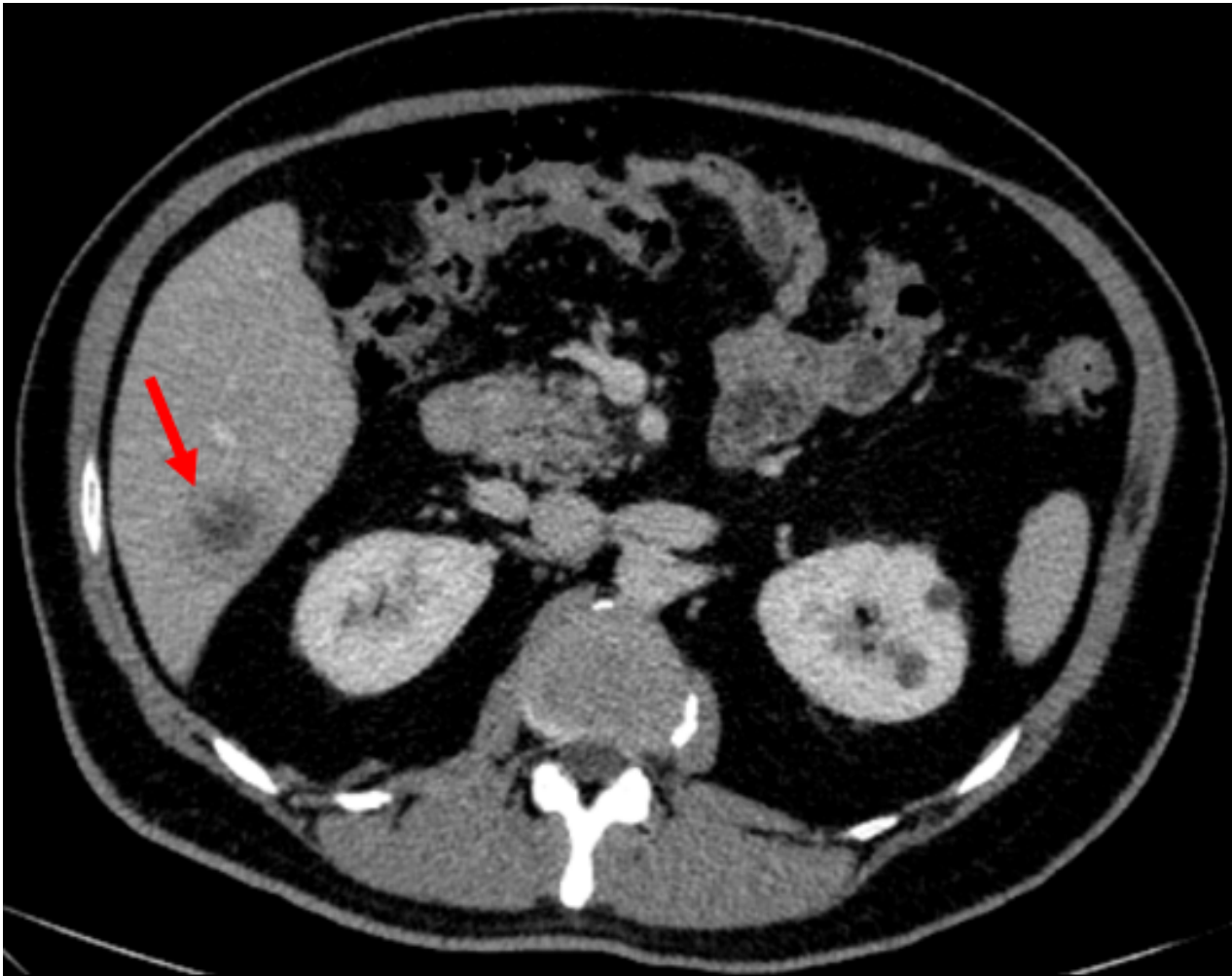


Imagem 4: TC com contraste endovenoso plano axial na fase portal, lesão com aspecto em alvo no segmento VI do fígado (seta), de origem metastática.

Vídeos

Vídeo 1: TC com contraste endovenoso plano axial na fase portal, lesão isovascular na cabeça do pâncreas (seta vermelha), metástase pancreática (seta amarela).

<http://bradcasesold.brad.org.br/Files/Cases/0109211038-9861fc9b6f90.mp4>