



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DE PÂNCREAS (NSP)

AUTOR PRINCIPAL: Carolina Argenta Dal Vesco²

CO-AUTORES: Marcos Dal Vesco Neto², Fernanda Marcante Carlotto², Luiz Filipe Machado Garcia², Lucas Duda Schmitz^{2,3} e Juarez Antonio Dal Vesco^{2,3}.

ORIENTADOR: Jorge Roberto Marcante Carlotto^{1,3}.

UNIVERSIDADE: ¹Universidade Federal de São Paulo – São Paulo - SP / ²Universidade de Passo Fundo – Passo Fundo - RS / ³Hospital da Cidade – Passo Fundo – RS.

INTRODUÇÃO

A Neoplasia Sólida Pseudopapilar (NSP) foi descrita primeiramente por Frantz em 1959 e incluída na classificação da Organização Mundial de Saúde em 1996. Seu potencial maligno é baixo, sua patogênese é incerta e acomete 0,17 a 3% de todas as neoplasias pancreáticas malignas, principalmente mulheres jovens. O tratamento cirúrgico está associado a bons resultados, um prognóstico favorável e uma mortalidade estimada em 2% .

Apesar disto, a NSP tem menos de 800 casos relatados na literatura e sua etiologia está em constante aperfeiçoamento.

Nosso objetivo foi analisar consecutivamente os dados clínicos, do diagnóstico e do tratamento da NSP no Hospital São Paulo – Escola Paulista de Medicina / Universidade Federal de São Paulo.

DESENVOLVIMENTO:

Metodologia:

Estudo retrospectivo com dados médicos de todas NSP tratadas em um hospital universitário no Brasil de janeiro de 1997 até julho de 2015. Foram coletados dados relacionados ao pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Informações incluíam idade, gênero, sintomatologia, método de imagem para o diagnóstico, localização da neoplasia no parênquima pancreático, bem como a sua dimensão. Também foram analisados o tipo de cirurgia, as complicações pós-operatórias, tempo de internação e o seguimento ambulatorial.

Resultados/Discussão:

Foram identificados 16 casos de NSP. A maioria dos pacientes eram mulheres (93,75%) e a média de idade foi de 33,87 anos. A principal queixa dos pacientes foi massa abdominal (50%). A localização mais frequente era no corpo/cauda do pâncreas (75%) e a cirurgia mais realizada foi a pancreatectomia corpo-caudal com esplenectomia (68,75%). Nenhum caso apresentou metástase no momento do diagnóstico. Cirurgia conservadora de parênquima pancreático foi realizada em apenas 3 casos. A taxa de complicações no pós-operatório foi de 37,5% e a principal complicação foi a fístula pancreática (31,25%). Nenhum paciente realizou adjuvância no seguimento. Dados apresentados nas tabelas 1 e 2.

No Brasil, a maior série de casos deve-se a Machado et al. (2008), que apresentaram 34 pacientes com o diagnóstico de NSP. Nossa série de casos é a segunda com o maior número de pacientes no território brasileiro e demonstra o perfil destes pacientes em um hospital universitário de referência. Dados comparativos apresentados na tabela 3.

A NSP caracteriza-se por acometer pacientes jovens. Seu diagnóstico geralmente ocorre na terceira década de vida e a relação do gênero feminino-masculino varia na proporção de 1,7 a 10:1. O tratamento da NSP é cirúrgico. É um tumor de progressão indolente e prognóstico favorável, mas com grandes proporções. Todos os nossos pacientes foram submetidos a cirurgia com ressecção completa da lesão. Nenhum paciente da nossa casuística apresentou invasão extra-pancreática ou metástase à distância. Não houve nenhuma recidiva da doença durante o seguimento e nenhum óbito no pós-operatório. A fístula pancreática é a complicação mais comum após a ressecção pancreática, independente da etiologia. Obtivemos uma taxa de 31,25% de fístula após as ressecções, porém não necessitaram de nenhuma intervenção. Após a ressecção cirúrgica, cerca de 95% dos pacientes estão livres de doença. Apenas um paciente apresentou recidiva da doença no

seguimento pós-operatório tardio. A recidiva geralmente está associada aos pacientes com fatores de pior prognóstico ou ressecção incompleta da doença. As metástases são raras e tem como principal sítio, o fígado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O perfil epidemiológico dos pacientes com NSP em um hospital universitário brasileiro é semelhante ao da literatura mundial. O principal sinal clínico foi a massa abdominal, o que demonstra o diagnóstico tardio e a grande dimensão da lesão. O tratamento da NSP é iminente cirúrgico, mas, apesar do prognóstico favorável da neoplasia, a cirurgia não é isenta de complicações.

REFERÊNCIAS

Machado MC, Machado MA, Bacchella T, Jukemura J, Almeida JL, Cunha JE. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: distinct patterns of onset, diagnosis, and prognosis for male versus female patients. *Surgery*. 2008 Jan;143(1):29-34.

Cai YQ, Xie SM, Ran X, Wang X, Mai G, Liu XB. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas in male patients: report of 16 cases. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 14;20(22):6939-45.

Del Chiaro M, Verbeke C, Salvia R, Klöppel G, Werner J, McKay C, Friess H, Manfredi R, Van Cutsem E, Löhner M, Segersvärd R; European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas. *Dig Liver Dis*. 2013 Sep;45(9):703-11.

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa): Aprovado pelo CEP da UNIFESP.

ANEXOS

Tabela 1. Dados relacionados ao diagnóstico da NSP

Caso	Idade (Anos)	Gênero	Sintomatologia	TC	RNM	Localização Tumoral	Maior Diâmetro Tumoral (cm)
1	51	F	Massa	Sim	Sim	Cauda	6,5
2	22	F	Dor	Sim	Não	Cabeça	8
3	21	F	Massa	Sim	Não	Corpo	6
4	22	F	Dor	Sim	Sim	Colo	5,4
5	50	F	Dor	Sim	Não	Corpo	3,3
6	43	F	Dor	Sim	Não	Corpo	6,2
7	32	F	Massa	Sim	Não	Cauda	5,7
8	24	F	Massa	Sim	Sim	Cauda	11,5
9	35	F	Icterícia	Sim	Sim	Cabeça	8,3
10	44	F	Massa	Sim	Sim	Cauda	4,3
11	16	F	Massa	Sim	Sim	Corpo	13,5
12	32	F	Massa	Sim	Sim	Corpo	1,5
13	38	F	Massa	Sim	Sim	Corpo	7,3
14	49	M	Incidental	Sim	Sim	Cauda	8
15	39	F	Dor	Sim	Sim	Cauda	5,3
16	24	F	Dor	Sim	Sim	Colo	2,4

F: Feminino; M: Masculino; TC: Tomografia Computadorizada; RNM: Ressonância Nuclear Magnética.

Tabela 2. Dados relacionados ao tratamento da NSP

Caso	Cirurgia	Duração (minutos)	Alta Hospitalar (PO)	Complicações	Seguimento (meses)
1	PCC + E por VLP	250	5	Fístula Tipo C	78
2	DPT	325	21	Infecção de FO	83
3	PCC + E	640	Obito	Não	-
4	ENU	210	7	Não	27
5	ENU	230	12	Fístula Tipo A	39
6	PCC + E	320	8	Não	31
7	PCC + E	190	7	Não	42
8	PCC + E	270	11	Não	39
9	DPT	490	8	Não	26
10	PCC + E	200	6	Não	20
11	PCC + E	235	7	Não	15
12	PCC + E por VLP	270	5	Não	18
13	PCC + E	450	7	Não	21
14	PCC + E	340	12	Fístula Tipo A	10
15	PCC + E	370	10	Fístula Tipo A	12
16	PC Híbrida	380	10	Fístula Tipo A	2

PO: Pós-Operatório; PCC: Pancreatectomia Corpo-Caudal; E: Esplenectomia; VLP: Videolaparoscopia; DPT: Duodenopancreatectomia; ENU: Enucleação; PC: Pancreatectomia Central; FO: Ferida Operatória.

Tabela 3. Principais casuísticas no mundo sobre NSP.

	Salvia et al. (2007)	Machado et al. (2008)	Yang et al. (2009)	Cai et al. (2014)	Nossa Casuística (2015)
Número de Casos	31	34	26	116	16
F	27 (87%)	27 (79%)	22 (85%)	100 (86%)	15 (93%)
M	4 (13%)	7 (21%)	4 (15%)	16 (14%)	1 (6,5%)
Média de Idade (anos)	34	23	30,3	35	33,8
Principal Sintoma	Dor	Dor	Dor	Dor	Massa
Achado Incidental	17 (55%)	7 (21%)	11 (42%)	32 (27%)	1 (6,25%)
Localização	CC (68%)	CC (61%)	CaCo (54%)	CaCo (53%)	CC (75%)
Mtx no Diagnóstico	0	0	0	5 (4,3%)	0
Cirurgia Mais Realizada	PCC + E	PCC + E	DPT	PCC	PCC + E
Linfonodos + Fístula Pancreática	0	0	0	0	0
	-	19 (56%)	3 (12%)	13 (11%)	5 (31,25%)
Ajuvância	0	1 (2,9%)	0	0	0
Recorrência	0	0	1 (3,84%)	2 (1,72%)	1 (6,25%)
Obito	0	0	1 (3,84%)	0	1 (6,25%)

F: Feminino; M: Masculino; CC: Corpo/Cauda; CaCo: Cabeça/Colo; Mtx: Metástase; PCC: Pancreatectomia Corpo-Caudal; E: Esplenectomia; DPT: Duodenopancreatectomia.