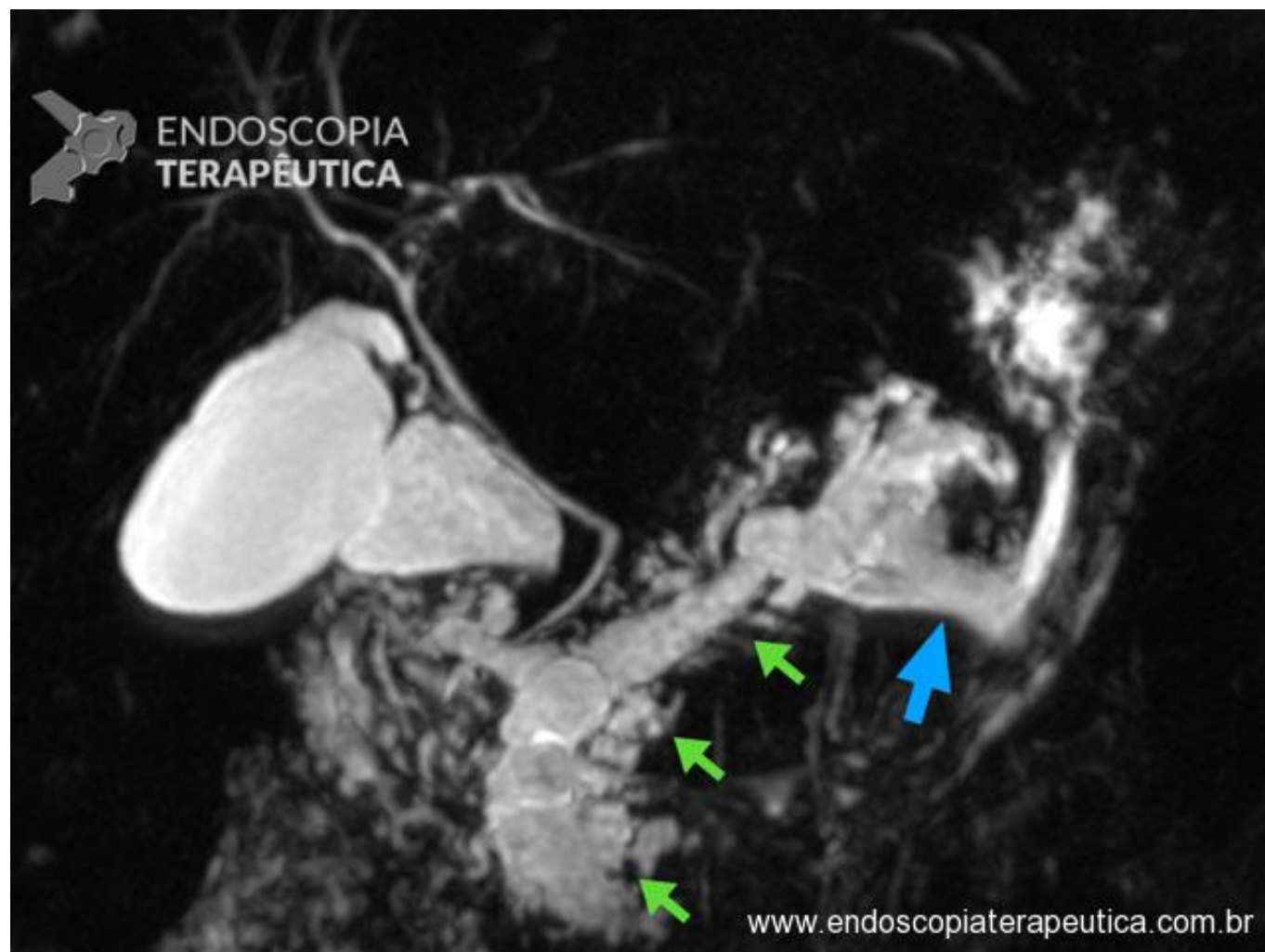


Paciente, sexo feminino, 68 anos, procurou o ambulatório de gastroenterologia em maio de 2018 com queixa de plenitude pós-prandial e desconforto abdominal há 2 anos. Como antecedentes, apresentava diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, DPOC tabágico (25 maços/ano), dislipidemia, apendicectomia e herniorrafia incisional. Dentre os exames diagnósticos de rotina solicitados, identificou-se, através de ultrassom de abdome, uma lesão sólido-cística em corpo pancreático indeterminada, medindo cerca de 3 cm. Não havia histórico de pancreatite ou cirurgia pancreatobiliar prévia.

Fig. 1 – A colangiorressonância apresentava este aspecto:



Acentuada dilatação e tortuosidade do ducto pancreático principal (flechas verdes) com sinais de comunicação fistulosa com o estômago ao nível do corpo pancreático (flecha azul).

```
(function(d, s, id){ var js, fjs = d.getElementsByTagName(s)[0]; if (d.getElementById(id)) { return;} js = d.createElement(s); js.id = id; js.src = "//connect.facebook.net/en_US/sdk.js"; fjs.parentNode.insertBefore(js, fjs); }(document, 'script', 'facebook-jssdk'));
```

Apenas nos diga quem você é para ver o resultado!

Mostrar meu resultado >>



Quiz: Caso raro! Será que você acerta todas as questões relacionadas a ele?

Acertei %%score%% em %%total%%

Compartilhe seus resultados

Facebook

Facebook

Twitter

Google+

```
/* JS debug. Use $_GET['wpvq_js_debug'] to enable it. */ var wpvq_js_debug = false;
```

```
var wpvq_ans89733 = {"a9374":{"1290":"0","1291":"0","1292":"0","1293":"0","1294":"1","1295":"0","1296":"0","1297":"1","1298":"0","1299":"0","1300":"0","1301":"1"},"ra98euef":{"262":{"ai0099":"1294","e9878":"
```

Trata-se de um caso de difícil interpretação radiológica.

Dentre as hipóteses listadas, temos as seguintes considerações: uma úlcera gástrica terebrante ou uma lesão cística (adenocarcinoma mucinoso) pancreática dificilmente iriam invadir e dilatar o ducto pancreático principal. As hipóteses principais recaem sobre "lesão intraductal mucinosa papilífera fistulizante" e "pancreatite crônica com pseudocisto pancreático fistulizante."}, {"263":{"ai0099":"1297","e9878":"

Para diferenciação diagnóstica entre neoplasia pancreática avançada, lesão intraductal mucinosa papilífera fistulizante e pancreatite crônica com pseudocisto pancreático fistulizante, é necessário demonstrar a presença de vegetações intraductais e massa pancreática e, se possível, obter biópsias para confirmação histopatológica. A ecoendoscopia seria um exame que poderia trazer essas informações. O achado de Ca 19-9 bastante elevado poderia inferir a possibilidade de neoplasia pancreática, mas não é considerado um exame diagnóstico, e sim prognóstico e para detecção de recidiva no câncer pancreático. O Pet-scan FDG, mesmo demonstrando áreas de captação pancreática, não confirmaria o diagnóstico de neoplasia. Estaria indicado para investigar áreas suspeitas para metástases.

O exame de endoscopia diagnóstica, nesse caso, seria útil para afastar lesão de origem gástrica.

Achados de endoscopia digestiva alta e ecoendoscopia

Foi submetida a ecoendoscopia e endoscopia digestiva alta o qual evidenciou NIMP com fistulização para o estômago e acentuada dilatação ductal pancreática com vegetações em seu interior. Foi possível adentrarmos no trajeto fistuloso para obtenção de biópsias das vegetações.

Fig. 2 – Achado ecoendoscópico: presença de vegetação intraductal doppler-positivo dentro do ducto pancreático principal (este dilatado), confirmando tratar-se de NIMP tipo misto.

Fig. 3 – Achado endoscópico: presença de uma gota de muco junto à parede posterior do estômago, confirmando tratar-se de uma neoplasia mucinosa.

Fig. 4 – Achado endoscópico: após adentrado no orifício fistuloso, nota-se a parede do ducto pancreático principal (ao fundo) e uma vegetação (à direita).

A NIMP pode apresentar como complicação, durante seu seguimento, a formação de fístula espontânea em órgãos adjacentes em até 6% dos casos¹, ou mesmo, muito raramente, ruptura em peritônio livre². A presença de uma fístula é usualmente identificada por exames de imagem não invasivos, tais com a TC de abdomen e a Colangio RM, pois permitem a identificação anatômica da fístula. Tais achados podem ser confirmados por ultrassom endoscópico.

As fístulas podem ser múltiplas, ocorrendo em qualquer dos tipos de NIMP (ducto principal, ducto secundário ou misto) ³.

"},"264":{"ai0099":"1301","e9878":

O tipo de fistula pode variar em comportamento como sendo invasor (tipo penetrante) devido à infiltração por neoplasia avançada ou por compressão local e isquemia da parede do tubo digestivo (tipo mecânico), esse usualmente não associado à malignidade e responsável por até cerca de 2/3 dos casos de NIMP fistulizante (4). Dentre os sítios descritos, o NIMP pode fistulizar para o duodeno (65%), seguido de colédoco (11%), estômago (19%) e cólon (3%)⁴.

Embora o achado de fístula sugere agressividade, nos casos em que ocorre compressão (tipo mecânico), a sua presença não está necessariamente associada à neoplasia invasiva. De fato, o tipo histológico usual nas fístulas é o intestinal³, considerado de baixa agressividade dentre os quatro tipos histológicos de NIMP descritos na literatura. No presente caso, a paciente apresentava tipo histológico intestinal com foco de displasia de alto grau, sem sinais de neoplasia invasora.

Fig. 5 – Fotomicrografia demonstrando projeção papilar e epitélio tipo intestinal (flechas amarelas). Hematoxilina-eosina.

A fístula gastropancreática é considerada rara na literatura e suas consequências a longo prazo, risco de neoplasia e o intervalo de seguimento não estão definidos⁵. No presente caso, o exame endoscópico e endossonográfico foi crucial para o diagnóstico e, quanto ao tratamento, faz-se necessária uma avaliação do risco, ponderando-se as ressecções pancreáticas extensas, principalmente em pacientes idosos e de alto risco." } } };

```
/* Global var */ var wpvq_front_quiz = true; // useful for wpvq-front-results var quizName = "Quiz: Caso raro! Será que você acerta todas as questões relacionadas a ele?"; var quizId = 242; var totalCountQuestions = 3; var askEmail = false; var askNickname = false; var forceToShare = false; var wpvq_type = "WPVQGameTrueFalse";
```

```
var wpvq_hideRightWrong = false;
```

```
var wpvq_refresh_page = false; var wpvq_force_continue_button = false; var wpvq_browser_page = 0; var wpvq_answersStatus = []; var wpvq_countQuestions = false;
```

```
var wpvq_scroll_top_offset = 0; var wpvq_scroll_speed = 750;
```

```
var wpvq_autoscroll_next_var = false; var wpvq_progressbar_content = 'percentage'; var wpvq_wait_trivia_page = 1000;
```

```
var i18n_wpvq_needEmailAlert = "Você precisa fornecer um email para ver os resultados."; var i18n_wpvq_needNicknameAlert = "Você tem que fornecer um nickname para ver seus resultados."; var wpvq_checkMailFormat = true;
```

```
var wpvq_local_caption = 'Acertei %%score%% em 3'; var wpvq_refresh_url = '//endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/plugins/kalins-pdf-creation-station/kalins_pdf_create.php?singlepost=po_11509&&wpvqas=%%wpvqas%%'; var wpvq_share_url = 'https://endoscopiaterapeutica.com.br/quiz/11509/'; var wpvq_facebook_caption = 'Acertei %%score%%
```

```
em 3 , e você?"; var wpvq_facebook_description = '% %details% %'; var wpvq_facebook_picture = null;
var wpvq_redirection_page = "";
```

Autores

Eduardo Aimore Bonin (1), Raquel Canzi Almada de Souza (1), Renata Pereira Mueller (1), Sergio Ossamu Ioshii (1), José Celso Ardengh (2).

(1) Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

(2) Hospital 9 de Julho, Setor de Endoscopia, São Paulo, SP, Brasil, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Endoscopia, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Referências

1. Kobayashi G., Fujita N., Noda Y., Ito K., Horaguchi J., Obana T. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas showing fistula formation into other organs. *J Gastroenterol.* 2010;45(October, 10):1080–1089.
2. Mizuta Y, Akazawa Y, Shiozawa K, Ohara H, Ohba K, Ohnita K, Isomoto H, Takeshima F, Omagari K, Tanaka K, Yasutake T, Nakagoe T, Shirono K, Kohno S. Pseudomyxoma peritonei accompanied by intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *Pancreatology.* 2005; 5(4-5):470-4.
3. Ravaud S., Laurent V., Jausset F., Cannard L., Mandry D., Oliver A. CT and MR imaging features of fistulas from intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas to adjacent organs: a retrospective study of 423 patients. *Eur J Radiol.* 2015;84(November, 11):2080–2088.
4. Ravaud S., Laurent V., Jausset F., Cannard L., Mandry D., Oliver A. CT and MR imaging features of fistulas from intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas to adjacent organs: a retrospective study of 423 patients. *Eur J Radiol.* 2015;84(November, 11):2080–2088.
5. Patel A, Allen A, Kuwahara J, Tracy Wadsworth T, Loeffler DM, Xie KL. Intraductal papillary mucinous neoplasm complicated by a gastropancreatic fistula *Radiol Case Rep.* 2019 Mar; 14(3): 320–323.

Confira no [Endoscopia Terapêutica artigos comentados](#), [assuntos gerais](#), [casos clínicos](#), [quiz](#), [classificações](#) e mais.

Faça seu cadastro gratuitamente [clikando aqui](#). Cadastro exclusivo para médicos. A utilização de dados de terceiros para preenchimento é passível de processo legal por falsidade de identidade (Código penal Art.



**ENDOSCOPIA
TERAPÊUTICA**

307).