



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 21 • Junho 2012

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Um Falso Tumor do Pâncreas

A False Pancreatic Tumor

*Liliana Martins Coutinho Cabral e Lopes¹, José Alexandre Sousa Duarte²,
Ana Paula Hasse Azinhais Velez², António José da Silva Bernardes³,
Fernando José Martins Serra de Oliveira⁴*

¹Interna Complementar de Cirurgia Geral, ²Assistente Graduado de Cirurgia Geral,

³Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Assistente Graduado de Cirurgia Geral

⁴Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,

Director do Serviço de Cirurgia B e Transplantação Hepática

Serviço de Cirurgia B e Transplantação Hepática – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE

RESUMO

Introdução: A existência de baço(s) acessório(s) constitui a anomalia congénita mais frequente do órgão. A localização e dimensões atípicas aliadas à limitação dos exames e à polémica inerente ao tratamento motivaram a apresentação deste caso. **Métodos:** Doente de 57 anos admitida por síncope e dispepsia. Os exames demonstraram nódulo no processo uncinado do pâncreas (3,3x2,6 cm) e adenomegália adjacente (2,1x1,1 cm). Sem uma certeza diagnóstica realizou-se celiotomia exploradora, enucleação da lesão com estudo extemporâneo que revelou “baço com expansão da polpa branca” e excisão de adenomegália inter-cavo-aórtica. **Resultados:** O estudo anatomo-patológico demonstrou: tecido esplénico de características normais e gânglio linfático reactivo. **Conclusões:** A hipótese de estarmos perante um baço acessório deve ser sempre equacionada em formações tumorais intra-abdominais.

Palavras chave: Baço acessório, Esplenose, Tumor pancreático

SUMMARY

Introduction: Accessory(s) spleen(s) is the most frequent congenital anomaly of this organ. It's atypical location, dimensions, the limitation of diagnostic procedures and the controversy regarding the treatment motivated the presentation of this case. **Methods:** Patient, 57 years, admitted by syncope and dyspepsia. Diagnostic examinations showed a nodule in the uncinate process of the pancreas (3,3 x 2,6 cm) and an adjacent lymph node (2,1 x 1,1 cm). Without having a specific diagnosis, coeliotomy was held and enucleation of the lesion was made, with histologic study that revealed “spleen tissue with expansion of the white pulp” and excision of an inter-cavo-aortic lymph node. **Results:** The histologic study revealed: “normal spleen tissue” and “reactive lymph node”. **Conclusions:** The possibility of dealing with an accessory spleen should always be considered in cases of intra-abdominal tumour formations.

Keywords: Accessory spleen, Splenosis, Pancreatic tumor

INTRODUÇÃO

A presença de um foco de tecido esplénico normal separado do órgão principal, denominado baço acessório, constitui a anomalia congénita mais frequente do órgão e está presente em 10 a 30% das autópsias [1].

Esta entidade ocorre por falha do processo de fusão das células mesenquimatosas do mesogastro dorsal durante a 5.^a semana de vida fetal [2]. A maioria das vezes existe um baço acessório (80%), por vezes dois (14%) e, raramente, três (1%) [3]. Geralmente não ultrapassa os 2 cm de diâmetro.

As localizações mais frequentes (habitualmente à



esquerda da linha média) são: póstero-medial ao baço, ântero-lateral ao pólo superior do rim esquerdo e póstero-superior à cauda do pâncreas.

A localização e dimensões atípicas aliadas à limitação dos exames complementares de diagnóstico, assim como a polémica suscitada pelo tipo de tratamento mais adequado, motivaram a apresentação de um caso clínico elucidativo desta entidade, expondo as dificuldades de diagnóstico e de conduta terapêutica.

CASO CLÍNICO

Doente com 57 anos, do sexo feminino, admitida pelo Serviço de Urgência por episódio de síncope. Referia dispepsia inespecífica.

Ao exame objectivo apresentava desconforto à palpação na região epigástrica, mas sem massas, nem sinais de irritação peritoneal.

A ecografia abdominal identificou um nódulo sólido na cabeça do pâncreas. A angio-TC e RMN abdominais demonstraram uma lesão nodular no processo uncinado do pâncreas com 3,3x2,6 cm em provável relação com tumor neuroendócrino (gastrinoma) e uma adenomegália no bordo esquerdo da lesão com 2,1x1,1 cm. A ecoendoscopia, que em termos morfológicos não trouxe mais informação, permitiu a realização de uma punção biopsia que evidenciou elementos figurados do sangue e tecido linfóide sem se visualizar a componente epitelial.

Foram, também, efectuados doseamentos séricos de CEA, CA 19.9, CA 72.4, neuroenolase específica, gastrina, peptídeo c, e na urina os ácidos vanilmandélico e 5-HIA. Todos se encontravam dentro dos valores normais de referência.

Sem uma certeza diagnóstica, procedeu-se à celiotomia exploradora que revelou: nódulo com 3,5 cm de maior eixo entre D3/D4 e o processo uncinado do pâncreas e adenomegália inter-cavo-aórtica retro-pancreática.

Perante estes achados procedeu-se à enucleação da lesão e envio para estudo histo-patológico extemporâneo que revelou “baço com expansão da

polpa branca” e à excisão da adenomegália inter-cavo-aórtica.



Fig. 1 – lesão nodular no processo uncinado do pâncreas com 3,3x2,6 cm em provável relação com tumor neuroendócrino/ gastrinoma

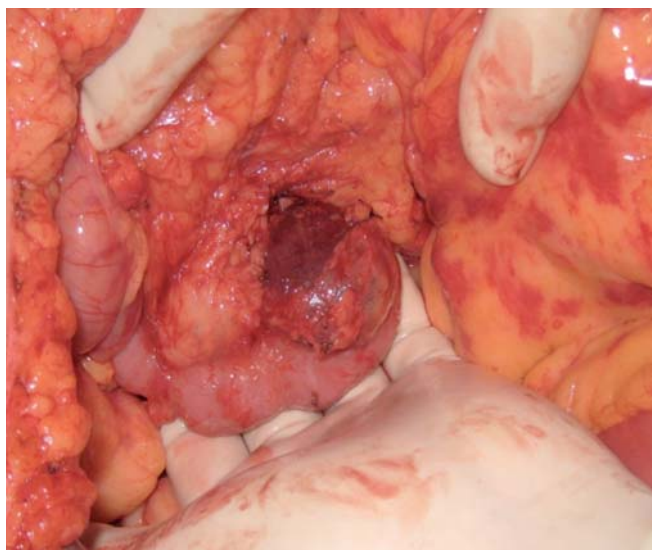


Fig. 2 – nódulo com 3,5 cm de maior eixo entre D3/D4 e o processo uncinado do pâncreas

O pós-operatório decorreu sem complicações e a doente teve alta ao 6º dia.

O estudo anatomo-patológico demonstrou: tecido esplênico de características normais e gânglio linfático reactivo.



DISCUSSÃO

O diagnóstico desta entidade exige um elevado índice de suspeição clínica em articulação com avaliação imagiológica complementar.

A maioria dos baços acessórios é assintomática, sendo identificados incidentalmente por ecografia abdominal, TC ou laparotomia promovidas para investigar outras situações clínicas. Em poucos casos tornam-se sintomáticos (dor abdominal), devido a torção, enfarte ou ruptura.

Beahrs et al, não identificaram nenhum baço acessório com diâmetro superior a 2,5 cm em mais de 8000 TC abdominais realizadas em pacientes com baço normodimensionado e intacto [4]. Os baços acessórios sofrem hipertrofia para compensar esplenectomia prévia, chegando a alcançar 3 a 5 cm de diâmetro [5]. No caso apresentado o baço acessório tem dimensão atípica tendo em conta que não foi realizada esplenectomia previamente.

A localização mais comum é o ligamento gastro-esplénico (50%), mas pode ser encontrado atrás da cauda do pâncreas (30%) ou, raramente, no grande omento, mesentério, mesocólon, pâncreas, rim e escavação pélvica (massas anexiais) [3]. Este caso retrata um baço acessório retroperitoneal à direita da linha média.

Por outro lado, esta entidade é distinta de esplenose, uma condição adquirida associada a

traumatismo esplénico ou cirurgia prévia, que tem uma incidência de 67% [3]. Apresenta-se sob a forma de vários nódulos em qualquer localização (intra ou extra-peritoneal), nutridos por neovasos que penetram na cápsula. Contudo, distinguem-se dos baços acessórios pelo facto dos últimos possuírem uma estrutura e função imunológica semelhantes à do baço normal.

A existência de baço(s) acessório(s) é importante em doenças hematológicas nas quais o tratamento de eleição é a esplenectomia, já que estes são capazes de sofrer hiperplasia e provocar recorrência da doença, se não forem identificados e excisados durante a cirurgia. Não obstante, durante a esplenectomia motivada por causas não hematológicas devem ser preservados com o intuito de prevenir a infecção e sépsis pós-esplenectomia.

O(s) baço(s) acessórios podem, também, mimetizar tumores do rim, pâncreas e pélvis.

Apesar dos avançados recursos tecnológicos nem sempre é possível obter um diagnóstico de certeza pré-operatório como retrata o caso clínico exposto. Nestas situações a celiotomia exploradora, apenas, deve realizar-se em instituições com possibilidade de exame extemporâneo.

A hipótese de estarmos perante um baço acessório deve ser sempre equacionada em formações tumorais intra-abdominais, independentemente da sua localização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freeman JL, Jafri SZ, Roberts JL, Mezwa DG, Shirkhoda A. CT of congenital and acquired abnormalities of the spleen. *RadioGraphics* 1993; 13: 579-610
2. Yagmur Y, Ozturk H. Accessory spleen presenting as mass in the left upper abdomen. *Journal of The College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2008; 18(1): 48-9
3. Mohan H, Amanjit, Bhardwaj S, Handa U. Splenunculi – Report of three cases. *J Anat. Soc. India* 2002; 51(1): 70-1
4. Beahrs JR, Stephens DH. Enlarged accessory spleens: CT appearance in postsplenectomy patients. *AJR Am J Roentgenol* 1980; 135: 483-6
5. Grinbaum R, Zamir O, Fields S, Hiller N. Torsion of an accessory spleen. *Abdom Imaging* 2006; 31: 110-2



Autor de contacto:

LILIANA MARTINS COUTINHO CABRAL E LOPES
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
Av. Bissaya Barreto e Praceta Mota Pinto
Serviço de Cirurgia B e Transplantação Hepática
3000-075 Coimbra
lilianamcclopes@gmail.com

