

Pâncreas heterotópico como diagnóstico diferencial de tumores gástricos

Carlos Eduardo Dainazzi Bolognani*
Fernanda Sant'Ana Marques**
Cléber Soares Júnio*
Rodrigo de Oliveira Peixoto*
Carlos Augusto Gomes*
Bernardo Nalon Pereira Rivello*

RESUMO

Pâncreas heterotópico é uma alteração congênita que consiste na presença de tecido pancreático normal, localizado externamente a este órgão. Aproximadamente 75% de todos os pâncreas heterotópicos estão localizados no estômago, duodeno e jejuno. O diagnóstico diferencial inclui um número variado de tumores gástricos benignos e malignos. Este é um relato de caso de uma mulher de 43 anos com clínica de dor abdominal cujas ecoendoscopia e tomografia computadorizada abdominal sugeriram Tumor Gastrintestinal de Células Estromais (GIST) em parede anterior de antro gástrico. A paciente foi submetida a celiotomia e ressecção em cunha da lesão que se mostrou ser ao exame anátomo-patológico pâncreas heterotópico.

Palavras-chave: Cirurgia. Estômago. Neoplasias Gástricas. Pâncreas.

1 INTRODUÇÃO

O pâncreas heterotópico foi descrito pela primeira vez em 1727 ao ser encontrado em divertículo ileal (ELFVING; HASTBACKA, 1965) e é uma alteração congênita que consiste na presença de tecido pancreático normal, localizado externamente a este órgão (RUBBIA-BRANDT et al., 2004). Aproximadamente 75% de todos os pâncreas heterotópicos estão localizados no estômago, duodeno e jejuno (MILOSAVLJEVIC et al., 2000). Esta alteração constitui uma entidade rara (HUANG et al., 2002), sendo um achado incidental na prática clínica (HUANG et al., 2002; DEUTSCH et al., 2004). Usualmente, apresenta-se como uma anomalia silenciosa, mas pode se tornar clinicamente evidente quando ocorrem complicações como inflamação, hemorragia, obstrução ou transformação maligna (CULLEN et al., 2003).

O diagnóstico diferencial inclui um número variado de tumores gástricos benignos e malignos, vasos intramurais e compressão extrínseca por estruturas extramurais (RUBBIA-BRANDT et al., 2004). Este estudo se propõe relatar o caso clínico de paciente

portadora de pâncreas heterotópico, cuja hipótese diagnóstica inicial foi Tumor Gastrintestinal de Células Estromais – GIST.

2 RELATO DE CASO

Paciente leucodérmica, 43 anos, foi encaminhada por apresentar, há aproximadamente seis meses, episódios de dor tipo cólica em epigástrico e dor ao decúbito ventral. A paciente não referia relação com ingestão alimentar ou irradiação da dor e raramente necessitava de analgésicos orais. Apresentava antecedente de ressecção de cisto de ovário em 2002. Diante do quadro álgico, os seguintes procedimentos foram realizados: ultrassonografia de abdome, na qual não se evidenciou qualquer anormalidade; e tomografia computadorizada de abdome, que demonstrou formação nodular sólida e hipodensa situada junto à parede anterior do corpo gástrico, medindo cerca de 2,0 X 1,0 cm e apresentando intenso realce pelo contraste endovenoso (Fotografia 1).

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia – Juiz de Fora, MG.

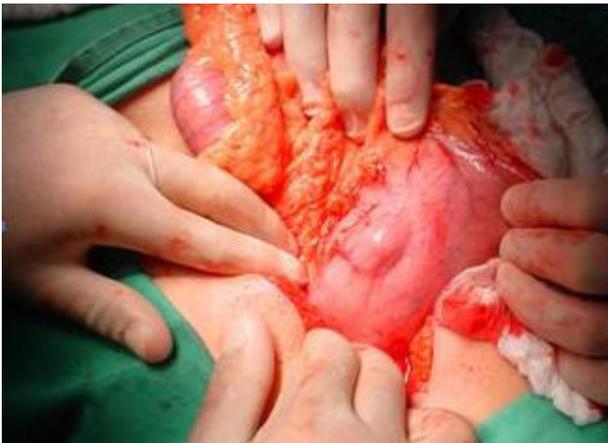
** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia – Juiz de Fora, MG.E-mail: fesantanamarques@yahoo.com.br



Fotografia 1: Tomografia computadorizada de abdome.
Em destaque: formação sólida e hipodensa em parede anterior de corpo gástrico.
Fonte: Os autores (2009)

Para melhor caracterização da lesão gástrica, foi realizada endoscopia digestiva alta, a qual mostrou úlcera em parede anterior de corpo gástrico, próxima à grande curvatura, sem sinais de sangramento recente. A ecoendoscopia demonstrou lesão homogênea, hipoecóica, bordas regulares bem definidas, com maior diâmetro de 2 cm, ausência de área de necrose, localizada na muscular própria do estômago, sendo sugerido GIST como hipótese diagnóstica principal.

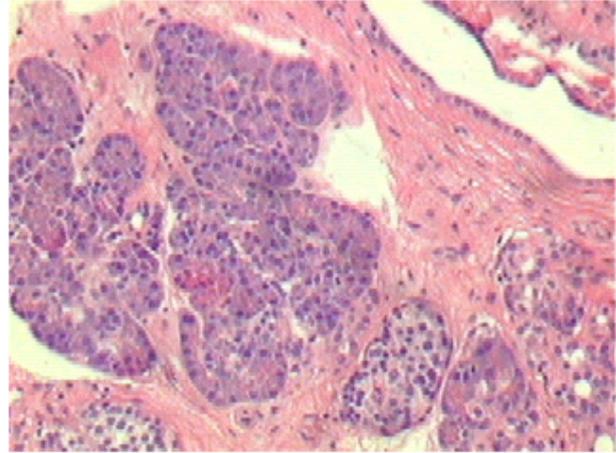
Realizou-se celiotomia, sendo evidenciado nódulo aumentado, macio, em parede anterior do corpo gástrico (Fotografia 2). Devido ao aspecto benigno da lesão, procedeu-se a ressecção em cunha com margem de 2 cm, sendo a peça cirúrgica encaminhada a fresco para a anatomia patológica.



Fotografia 2: Lesão localizada na parede anterior do corpo gástrico, próxima a pequena curvatura.
Fonte: Os autores (2009)

O diagnóstico histológico do corte de congelação identificou ausência de malignidade e o procedimento operatório foi considerado suficiente. O estudo microscópico dos cortes histopatológicos em parafina mostrou a presença de tecido pancre-

ático, permeando a camada muscular e subserosa gástrica, caracterizando o diagnóstico de pâncreas heterotópico. (Fotografia 3).



Fotografia 3: Fotomicrografia mostrando presença de ácinos, ilhotas e ductos permeando a camada muscular e subserosa gástrica.
Fonte: Os autores (2009)

A evolução pós-operatória foi sem intercorrências, tendo a paciente recebido alta hospitalar no 6º dia e mantendo-se totalmente assintomática após 6 anos.

3 DISCUSSÃO

Pâncreas heterotópico é relativamente raro, sendo definido como tecido pancreático situado em localização anormal, com ausência de contato com o pâncreas normal, além de possuir sistema ductal e suprimento sanguíneo próprios (HUANG et al., 2002).

É raro pâncreas heterotópico causar sintomas, geralmente, consiste num achado incidental (ACOSTA et al., 1991; HUANG et al., 2002; MULHOLLAND et al., 2004). A incidência em laparotomias é de 0,2%. Já em necropsias, a incidência varia de 0,5 a 13,7%, sendo mais comum entre 30 e 50 anos, com predominância no sexo masculino (MULHOLLAND et al., 2004).

Várias teorias tem sido propostas para explicar a ocorrência e a patogênese da heterotopia pancreática. A teoria mais aceita baseia-se no fato de que o pâncreas normal tem sua origem em invaginações da parede duodenal primitiva. Uma ou mais invaginações podem permanecer na parede intestinal. A migração dos tecidos pancreáticos remanescentes podem dar origem ao tecido pancreático ectópico. A outra teoria sugere que durante a embriogênese poderia ocorrer uma metaplasia do tecido endodérmico, localizado na submucosa gástrica gerando o tecido pancreático heterotópico (CHANDAN; WANG, 2004).

Especificamente no estômago, o tecido heterotópico pancreático pode estar presente na camada submucosa, muscular e subserosa em 73%, 17% e 10% respectivamente (DEBORD; MAJARAKIS; NYHUS, 1981). No presente estudo, o tecido pancreático permeava a camada muscular e subserosa gástrica. Heinrich, em 1909, propôs três tipos de pâncreas heterotópico, mas sua classificação foi modificada por Gaspar-Fuentes, em 1973, adquirindo o formato atual, com quatro tipos de heterotopia. No tipo I, a heterotopia consiste em um tecido pancreático com ácinos, ductos e células da ilhota, tendo um aspecto semelhante a um pâncreas normal. Já no tipo II, a heterotopia é composta somente por ductos pancreáticos, sendo referida como variante canicular. O tipo III é caracterizado apenas pela presença de tecido acinar (pâncreas exócrino). Finalmente, no tipo IV, a heterotopia acontece devido à presença de células das ilhotas pancreáticas (pâncreas endócrino) (GASPAR et al., 1973).

A principal localização do tecido pancreático heterotópico é no estômago, constituindo 25%-38% dos casos, seguido pelo duodeno 17% - 36% e jejuno 15% - 21,7%, sendo raro o acometimento do esôfago, bexiga, baço, mediastino, tubas uterinas e ducto biliar comum. Lesões gástricas ocorrem no antro em 85% - 95% dos casos (CHANDAN WANG, 2004).

A presença de tecido pancreático ectópico usualmente é silenciosa, porém, podem ocorrer complicações como as que acometem o tecido pancreático normal: pancreatite crônica ou aguda, abscesso e formação de pseudocistos (KANEDA et al., 1989). Outra complicação é a transformação maligna, até os dias atuais foram relatados somente 15 casos (EISENBERGER et al., 2004).

A sintomatologia depende da localização anatômica, sendo a dor o sintoma mais comum. Isso possivelmente se justifica pela função endócrina e exócrina do pâncreas e a liberação de hormônios e enzimas, que provocam inflamação e irritação química dos tecidos (ORMARSSON; GUDMUNDSDOTTIR; MARVIC, 2006). Hemorragia devido à erosão da mucosa, formação de úlceras e perfuração localizadas no intestino delgado também já foram relatadas (ARMSTRONG et al., 1981).

Pâncreas heterotópico ao ultrassom endoscópico é, geralmente, hipoeecóico, heterogêneo e com margens indefinidas, sendo mais comumente originado a partir da camada muscular própria ou serosa, ou em ambas. Áreas anecóicas intralesionais correlacionam-se com os ductos pancreáticos (MATSUSHITA et al., 1999). Já os GISTs, ao

ultrassom endoscópico, são tipicamente hipoeecóicos, homogêneos e com margens bem definidas, embora, ocasionalmente, possam apresentar margens irregulares e ulcerações. GISTs são os tumores mesenquimais mais comuns encontrados na submucosa intestinal e compreendem cerca de 1% de todos os tumores do trato gastrointestinal. Estes tumores são descritos como massas bem delimitadas que surgem na lâmina própria. Por terem origem intramural eles frequentemente se projetam exofiticamente e/ou intraluminalmente podendo ulcerar a mucosa. Os recentes estudos usando a imunohistoquímica com marcadores moleculares tem demonstrado que a origem celular desta neoplasia é proveniente de células intersticiais de Cajal. Os sintomas mais comuns são dor abdominal e sangramento. Podendo se apresentar como massas abdominais ou serem assintomáticos (CHAK et al., 1997).

No caso descrito, o ultrassom endoscópico evidenciou lesão de bordas regulares, bem definidas, hipoeecóica, originando-se da muscular própria do estômago, sendo, por esta razão, sugerido GIST como hipótese diagnóstica. A ausência de áreas anecóicas intralesionais aliada à regularidade da lesão excluíram a possibilidade diagnóstica de pâncreas heterotópico por aquele método.

O tratamento do pâncreas heterotópico só tem indicação cirúrgica quando sintomático ou quando ocasiona complicações como obstrução intestinal, sangramento, dentre outras (HUANG et al., 2002). A ressecção cirúrgica, endoscópica ou por celiotomia promove alívio sintomático e é recomendada se o diagnóstico permanece incerto (MULHOLLAND et al., 2004). Prefere-se a ressecção por celiotomia à endoscópica, quando a muscular própria está envolvida (RUBBIA-BRANDT et al., 2004). A dificuldade de um diagnóstico pré-operatório preciso, como no caso em questão, pode ser evidenciada em outros artigos na literatura (CHRISTODOULIDIS et al., 2007; RIMAL et al., 2008).

4 CONCLUSÃO

O caso objeto de estudo trata-se de uma paciente portadora de pâncreas heterotópico, localizado em parede anterior do corpo gástrico, que foi submetida à ressecção em virtude do exame de imagem sugerir a possibilidade de GIST. A epigastralgia era o único sintoma, comprovando a inespecificidade dos achados clínicos. Portanto, imagem radiológica de aspecto nodular em região gástrica, associada à sintomatologia inespecífica, deve incluir o pâncreas heterotópico no diagnóstico diferencial.

Heterotopic pancreas in the differential diagnosis of gastric tumors: case report

ABSTRACT

Heterotopic pancreas is a congenital situation that consists of normal pancreatic tissue in an abnormal location. Approximately 75% of all heterotopic pancreatic tissue is located in the stomach, duodenum and jejunum. Differential diagnosis includes a variety of benign and malignant gastric tumors. We report the case of a 43-year-old woman who presented with abdominal pain. Echoendoscopy and computed tomography of the abdomen suggested gastrointestinal stromal tumor (GIST) of the anterior wall of the gastric antrum. The patient underwent celiotomy and wedge resection of the lesion. Histopathology defined heterotopic pancreas.

Keywords: Surgery. Stomach. Stomach Neoplasms. Pancreas.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, B. et al. Heterotopic pancreas. **GEN**, Caracas, v. 45, n. 4, p. 304-307, 1991.
- ARMSTRONG, C. P. et al. The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. **The British Journal of Surgery**, Edinburgh, v. 68, p. 384-387, 1981.
- CHAK, A. et al. Endosonographic differentiation of benign and malignant stromal cell tumors. **Gastrointestinal Endoscopy**, Cleveland, v. 45, p. 468-473, 1997.
- CHANDAN, V. S.; WANG, W. Pancreatic heterotopia in the gastric antrum. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, New York, v. 128, p. 111-112, 2004.
- CHRISTODOULIDIS, G. et al. Heterotopic pancreas in the stomach: a case report and literature review. **World Journal of Gastroenterology**, [China], v. 13, no. 45, p. 6098-6100, 2007.
- CULLEN, J. J. et al. The role of manganese superoxide dismutase in the growth of pancreatic adenocarcinoma. **Cancer Research**, Iowa, v. 63, p. 1297-1303, 2003.
- DEBORD, J. R.; MAJARAKIS, J. D.; NYHUS, L. M. An unusual case of heterotopic pancreas of the stomach. **American Journal of Surgery**, New York, v. 141, p. 269-273, 1981.
- DEUTSCH, J. C. et al. Acute pancreatitis in extensive heterotopic pancreas mimicking gastric carcinoma. **Visible Human Journal of Endoscopy**, Colorado, v. 3, no. 2, p. 5, 2004.
- EISENBERGER, C. F. et al. Heterotopic pancreas--clinical presentation and pathology with review of the literature. **Hepatogastroenterology**, [Germany], v. 51, p. 854-858, 2004.
- ELFVING, G.; HASTBACKA, J. Pancreatic heterotopia and its clinical importance. **Acta Chirurgica**, Scandinavica, v. 130, p. 593-602, 1965.
- GASPAR, F. A. et al. Pancreatic ectopias. **Revista Espanhola de las Enfermedades del Aparato Digestivo**, [Espanha], v. 39, p. 255-268, 1973.
- HUANG, Y. C. et al. Ectopic pancreas with gastric outlet obstruction: report of two cases and literature review. **Chang Gung Medical Journal**, Taiwan, v. 25, no. 7, p. 485-490, 2002.
- KANEDA, M. et al. Ectopic pancreas in the stomach presenting as an inflammatory abdominal mass. **American Journal of Gastroenterology**, Mie, v. 84, p. 663-666, 1989.
- MATSUSHITA, M. et al. Gastric aberrant pancreas: EUS analysis in comparison with histology. **Gastrointestinal Endoscopy**, Nara, v. 49, p. 493-497, 1999.
- MILOSAVLJEVIC, T. et al. Ectopic pancreas in the gastric wall. **Archives Gastroenterohepatol**, Belgrado, v. 19, no. 1/2, p. 24-27, 2000.
- MULHOLLAND, K. C. et al. Pseudocyst formation in gastric ectopic pancreas. **Journal of the Pancreas**, Belfast, v. 5, no. 6, p. 498-501, 2004.
- ORMARSSON, O. T.; GUDMUNSDOTTIR, I.; MARVIK, R. Diagnosis and treatment of gastric heterotopic pancreas. **World Journal of Surgery**, Trondheim, v. 30, p. 1682-1689, 2006.
- RIMAL, D. et al. Symptomatic gastric heterotopic pancreas: clinical presentation and review of the literature. **International journal of Surgery**, [United Kingdom], v. 6, no. 6, p. 52-54, 2008.
- RUBBIA-BRANDT, L. et al. An unusual case of gastric heterotopic pancreas. **Journal of the Pancreas**, Geneva, v. 5, no. 6, p. 484-487, 2004.

Enviado em 21/3/2009

Aprovado em 30/6/2009