

## 27) PANCREATITE PARADUODENAL - IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES PANCREÁTICOS.

Autor: Jairo Cerqueira de Almeida Teixeira.

Coautores: Marcio Henrique Resende; Fernanda Gabriela Drummond; Raphaela Levy; Paulo Oliveira Sales; Seiji Myiata; Reni Cecilia Moreira.

Instituição: Instituto Mario Penna Hospital Luxemburgo.

A diferenciação entre neoplasias pancreáticas e lesões não neoplásicas inflamatórias resultantes das várias formas de pancreatite é um desafio para o cirurgião. As duas maiores categorias de lesões que mimetizam a neoplasia pancreática são a pancreatite autoimune e a pancreatite paraduodenal. Na pancreatite paraduodenal, os sintomas predominantes estão relacionados a alterações anatômicas: dor abdominal intensa, dismotilidade e estenose duodenal, vômitos pós-prandiais e perda de peso e estenose das vias biliares. A maioria dos pacientes encontram-se na 4ª ou 5ª década de vida, são do sexo masculino e possuem histórico de abuso intenso de álcool. Pacientes foram submetidos a cirurgia e o diagnóstico realizado após estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica nos primeiros casos relatados. No entanto, trabalhos recentes relatam diagnóstico baseado em exames de imagem sem ressecção cirúrgica. O principal diagnóstico diferencial é o adenocarcinoma de pâncreas. Em casos típicos, o melhor critério diagnóstico é a presença de múltiplos cistos localizados na parede duodenal espessada com captação de contraste à TC. Achados obtidos a partir de punção por agulha fina guiada mostram alterações inflamatórias que podem ajudar no diagnóstico. Apresentamos o caso de uma paciente atendida devido a quadro de dor abdominal, vômitos, icterícia, acolia fecal, colúria e emagrecimento importante em dois meses de evolução. US mostrava lesão sólida, hipoecóica, irregular e heterogênea em topografia de cabeça de pâncreas, obstruindo colédoco e ducto de Wirsung. À TC identificado dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas e pancreatite necro hemorrágica de origem biliar. Exames mostravam CA19.9 elevado hiperbilirrubinemia. Levantada a hipótese de neoplasia pancreática. Encaminhada para laparotomia exploradora e identificada em cabeça de pâncreas irressecável. Realizado biopsias em cabeça de pâncreas, linfonodo cístico e implante peritoneal esquerdo. Anatomopatológico excluiu malignidade, assim como imunohistoquímica. Paciente foi submetida a tratamento com analgésicos para controle da dor em região epigástrica e outros sintomáticos. Níveis do marcador tumoral CA19.9 permaneceram em ascensão. Houve melhora da icterícia. Em controle ambulatorial por 1,5 anos, evoluiu com obstrução pilórica e submetida a derivação gastro enteral e segue em bom estado.