

EP-197 - A GRANDE IMITADORA PANCREÁTICA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Gonçalo Alexandrino¹; Mariana Cardoso¹; Luís C. Lourenço¹; Ana Oliveira¹; Catarina Graça Rodrigues¹; Alexandra Martins¹

1 - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Caso clínico:

Doente do sexo masculino, 59 anos, com hábitos tabágicos e alcoólicos marcados, é observado por astenia e perda ponderal (14% em 6 meses). Analiticamente apresentava DM II de novo e elevação da GGT 331UI/L. A ecografia abdominal mostrou colédoco com 8mm e parênquima pancreático homogéneo, com moldagem anterior da área pancreática. Realizou TC e RM que revelaram dilatação do colédoco e Wirsung condicionada por lesão na cabeça pancreática, 44mm, suspeita de malignidade, com critérios de irressecabilidade. CA 19.9 44,7U/mL(<39,0); CEA normal. Em RMD de centro de referência decidiu-se iniciar quimioterapia. Por mudança da área de residência, inicia seguimento em Consulta de Oncologia do nosso hospital 5 meses após o diagnóstico. Realizou Ecoendoscopia que identificou o nódulo pancreático, bem como halo de edema peripancreático. A PAAF evidenciou ausência de células atípicas, infiltrado inflamatório de predomínio mononuclear e calcificações. Pela hipótese de pancreatite auto-imune(PAI), foi doseada IgG4 sérica: 567mg/dL (<86,4). Instituiu-se ciclo de corticoterapia, observando-se descida da IgG4(157mg/dL) e normalização dos parâmetros de colestase. O doente manteve-se assintomático. A RM de reavaliação pós-terapêutica evidenciava globosidade homogénea da cabeça pancreática, compatível com PAI em involução. Nove meses depois, recidiva clínica (dor epigástrica), analítica (aumento IgG4) e imagiológica (RM sobreponível à inicial). Realizou novo ciclo de corticóides e iniciou terapêutica imunomoduladora com azatioprina, mais tarde trocada por 6-mercaptopurina por intolerância. Desde então, assintomático com IgG4<1xLSN.

Motivação:

Apresenta-se um caso de PAI tipo I que salienta a importância de considerar esta doença, bem como o papel da Ecoendoscopia, no diagnóstico diferencial de neoplasia pancreática. A PAI surge como diagnóstico surpresa em 2-5% das duodenopancreatectomias. Por outro lado, este caso revelou-se desafiante do ponto de vista terapêutico, tendo havido recidiva após o 1º ciclo de corticoterapia, o que é raro. Optou-se por terapêutica imunomoduladora de manutenção, discutindo-se as suas indicações e opções terapêuticas.