



O achado incidental de lesões císticas pancreáticas (LCP) em exames de imagem estão cada vez mais comuns. Séries internacionais demonstram uma prevalência de até 40% dependendo dos exames de imagem empregados e da idade da série populacional. Pacientes portadores de LCP apresentam risco de desenvolvimento de câncer de pâncreas, doença de alta letalidade [1]. Esse Pathway de tratamento visa uniformizar o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes portadores de LCP. As LCP desse segmento compreendem as serosas, mucinosas e as neoplasias mucinosas papilares Intraductais (IPMN) de ductos primários ou secundários, como consagrado em Guidelines internacionais [2, 3].

I. ASSISTENCIAL

1. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL

1.1 A maioria dos casos de LCP são diagnosticados incidentalmente. Não há recomendação formal de métodos de imagem como estratégia de screening em massa.

1.2 Em paciente com diagnóstico ou histórico de LCP, avaliação diagnóstica inicial com ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia de abdome total é uma opção em casos onde a RNM não seja possível.

1.3 Recomendação técnica de guidelines é incluir no laudo de imagem de um paciente portador de LCP ao menos alguns aspectos como:

- Tamanho
- Presença de características preocupantes [Tabela 1] ou estigmas de alto risco [Tabela 2]
- Crescimento da lesão comparado a exames prévios
- Multiplicidade

2. ULTRASSOM ENDOSCÓPICO

O ultrassom endoscópico com punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é útil nos casos de diferenciação de lesões neoplásicas ou não-neoplásicas.

2.1 Ultrassom endoscópico (EcoEDA) e punção ou biópsia devem ser indicados em caso IPMN com critérios de características preocupantes. Em casos de neoplasia mucinosa cística [MCN] a avaliação com EcoEDA e punção ficará reservada em casos de dúvida diagnóstica com neoplasia cística serosa (SCN).

2.2 A análise do líquido deve incluir ao menos:

- CEA
- Amilase
- Glicose
- Citologia

Tabela 1: Características preocupantes em pacientes com IPMN

Clínicas	• Diabetes tipo 2 de início recente • Histórico de pancreatite
Radiológicas	• Nódulo mural <5mm • Tamanho do cisto ≥3cm • Diâmetro ducto principal 5-9 mm • Aumento do tamanho (i.e.5mm em 2 anos)
Bioquímicas	• CA 19-9 elevado

Tabela 2: Características de alto risco em pacientes com IPMN

Clínicas	• Icterícia
Radiológicas	• Nódulo mural ≥5mm • Presença de massa sólida • Dilatação do ducto principal ≥10mm
Bioquímicas	• Citologia positiva

3. SEGUIMENTO

3.1. Pacientes com LCP devem ser regularmente monitorizados. Inicialmente uma avaliação completa (clínica, imagem, CA 19-9 [recomendação fraca [4]]) a cada 6-12 meses.

3.2. Na ausência de critérios de preocupação ou risco, os pacientes podem ser monitorizados com exames de imagem a cada 1-2 anos. O seguimento pode ser feito por toda vida, preferencialmente enquanto o paciente for fit para procedimento cirúrgico.

3.3. Pacientes com características preocupantes mas não elegíveis a cirurgia devem ser acompanhados a cada 6 meses.

4. SEGUIMENTO

4.1. Cirurgia pode ser avaliada para pacientes sintomáticos, sugerimos fortemente discussão multidisciplinar em tumor board institucional.

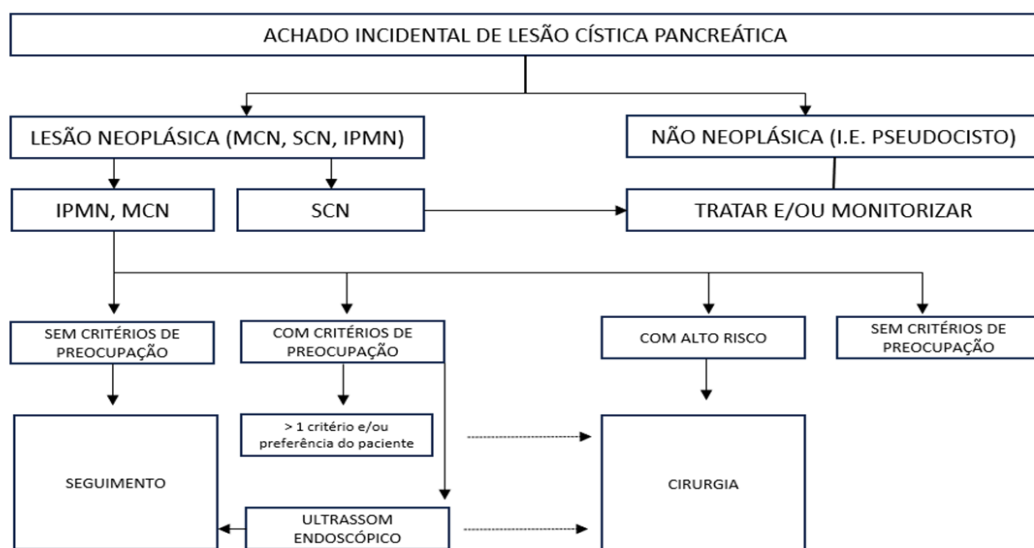
4.2. Cirurgia deve ser considerada para pacientes com IPMN de ducto principal ou misto

4.3. Cirurgia deve ser considerada para pacientes de ALTO RISCO. Com IPMN acometidos de icterícia, nódulos murais $\geq 5\text{mm}$, presença de massa sólida, dilatação do ducto principal $\geq 10\text{mm}$ e citologia positiva.

4.4. Considerar como opção cirurgia para pacientes acometidos de IPMN e 2 ou mais características preocupantes ou de acordo com preferências do paciente, após discussão multidisciplinar.

4.5. Considerar conduta expectante mesmo em pacientes com critérios preocupantes, se forem idosos ou com comorbidades significativas [5].

5. ALGORITMO



Apêndice A

Estadiamento pela AJCC 8th edition do Adenocarcinoma Pancreático

1. Estadiamento do tumor primário

TX: tumor primário não avaliável; T0: sem evidência de lesão primária;

Tis: carcinoma in situ, inclusive PanIn III (pancreatic intraepithelial neoplasia), neoplasia mucinosa papilar intraductal com displasia de alto grau, neoplasia tubulopapilar intraductal com displasia de alto grau e neoplasia mucinosa cística com displasia de alto grau;

T1: tumor limitado ao pâncreas e $\leq 2\text{ cm}$, subdividido em T1a: tumor $\leq 0,5\text{ cm}$; T1b: tumor $> 0,5\text{ e } < 1\text{ cm}$ e T1c: tumor $> 1\text{ e } \leq 2\text{ cm}$;

T2: $> 2\text{ e } \leq 4\text{ cm}$;

T3: tumor $> 4\text{ cm}$;

T4: tumor invade o tronco do plexo celíaco, artéria mesentérica superior e/ou artéria hepática comum, independentemente do tamanho.

2. Estadiamento linfonodal

NX: linfonodos regionais não avaliáveis;
N0: sem metástases em linfonodos regionais;
N1: metástases em 1-3 linfonodo(s) regional(is);
N2: metástases em ≥ 4 linfonodos regionais.

3. Estadiamento da doença metastática

MX: metástase à distância não avaliável;
M0: sem metástase à distância;
M1: com metástase à distância.

4. Agrupamento por estádios, simplificado

0: TisN0M0;
IA: T1N0M0;
IB: T2N0M0;
IIA: T3N0M0;
IIB: T1-3N1M0;
III: T1-T3N2M0 ou T4qNM0;
IV: qTqNM1.

II. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 2: Revisão Periódica

III. GLOSSÁRIO

RNM: Ressonância Magnética

IV. REFERÊNCIAS

- [1] Cheung, Tan-To, et al. "The Hong Kong consensus recommendations on the diagnosis and management of pancreatic cystic lesions." Hepatobiliary Surgery and Nutrition (2023).
- [2] Tanaka, Masao, et al. "Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas." Pancreatology 17.5 (2017): 738-753.
- [4] Tanaka, Masao, et al. "International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas." Pancreatology 12.3 (2012): 183-197.
- [5] Levink, Iris JM, et al. "The additive value of CA19. 9 monitoring in a pancreatic cyst surveillance program." United European Gastroenterology Journal (2023).
- [6] Crippa, Stefano, et al. "Low progression of intraductal papillary mucinous neoplasms with worrisome features and high-risk stigmata undergoing non-operative management: a mid-term follow-up analysis." Gut 66.3 (2017): 495-506.

Código Documento: CPTW375.2	Elaborador: Pedro Uson Patrícia Taranto	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/09/2023 Data de Revisão: 07/08/2026	Data de Aprovação: 12/08/2026
---------------------------------------	--	--	---	---	---