

Fisiopatologia: Tumores ampulares e periampulares

Manifestações clínicas

Presença de icterícia progressiva e emagrecimento

Ausência de icterícia

Sinal de Courvoisier-Terrier

Ausência de Sinal de Courvoisier-Terrier

Presença de emagrecimento

Ausência de emagrecimento

Presença de dor biliar episódica

Ausência de dor biliar episódica

Presença de dor biliar episódica

Ausência de dor biliar episódica

Tumor periampular abaixo da entrada do ducto cístico

USG abdominal

USG abdominal diagnóstica

USG abdominal por outro motivo

USG abdominal diagnóstica

USG abdominal por outro motivo

TCA contrastado

TCA contrastado

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de pequenos pólipos vesiculares

Achado ocasional de pequenos pólipos vesiculares

Sugestivo de tumores periampulares:
- Carcinoma de cabeça de pâncreas (85% dos casos)
- Colangiocarcinoma distal (5% dos casos)
- Carcinoma de ampola de Vater (5-10% dos casos)
- Neoplasia de duodeno próximos à ampola (1% dos casos)
- Metástase

Dilatação das vias intra-hepáticas: Tumor periampular acima da entrada do ducto cístico

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de pequenos pólipos vesiculares

Achado ocasional de pequenos pólipos vesiculares

Fatores de risco:
- idade avançada
- sexo masculino
- raça negra
- tabagismo
- história familiar de câncer pancreático
- pancreatite crônica
- exposição ocupacional a carcinógenos

Exames complementares:
- BT: > 10-15
- FA: muito elevada
- TAP: alargado (corrige com vitamina K)
- CA 19.9: marcador prognóstico

Exames complementares:
- CPRE
- Ultrassom endoscópico

Exames complementares:
- CPRE

Exames complementares para estadiamento:
- TC
- RNM
- Colangiografia

Exames complementares para estadiamento:
- Colangiografia percutânea trans-hepática
- Colangiografia ressonância
- PET

Estadiamento: Classificação de Bismuth-Corlette

Estadiamento TNM

Tratamento

Tratamento

Para tumores ressecáveis (minoria): Cirurgia:
- Ressecção em bloco dos ductos biliares extrahepáticos + colecistectomia + linfadenectomia regional + hepaticojunostomia em Y de Roux

Para tumores irresecáveis M1 (maioria): Terapia paliativa:
- Endoprótese biliar por CPT
- Analgesia
- Bloqueio do plexo celiaco
- QT e RT sem comprovação de eficácia

Para tumores ressecáveis (minoria):
- T1a e T1b: Colecistectomia aberta
- T1b com invasão e T2: Colecistectomia aberta + Hepatectomia dos segmentos IVB e V + Linfadenectomia regional
- T3 e T4: Colecistectomia aberta + Hepatectomia dos segmentos IV, V, VI, VII e VIII + Linfadenectomia regional

Para tumores irresecáveis M1 (maioria):
Terapia paliativa:
- Endoprótese biliar
- Analgesia
- Bloqueio do plexo celiaco
- QT e RT sem comprovação de eficácia

Se:
- associado a colelitíase
- idade > 60 anos
- diâmetro > 1cm
- crescimento documentado na USG seriada

Tratamento:
- Colecistectomia

Seguimento:
- Consulta: 3-6 meses
- CA 19.9
- TC

Classificação histológica:
- Benigno: Cistoadenoma seroso
- Pré-maligno: MCN e IPMN
- Maligno: Adenocarcinoma ductal, Carcinoma de célula acinar, Cistoadenocarcinoma seroso

Tratamento: Cirurgia de Whipple
- Duodenopancreatectomia
- Colecistectomia
- Gastrectomia parcial
- Hepaticojunostomia
- Pancreaticojunostomia

Doença ressecável:
- Estágio I
- Estágio II

Estadiamento TNM

Exames complementares:
- BT: > 10-15
- FA: muito elevada
- TAP: alargado (corrige com vitamina K)
- CA 19.9: marcador prognóstico

Tumor de cabeça de pâncreas

TCA contrastado

Sugestivo de tumores periampulares:
- Carcinoma de cabeça de pâncreas (85% dos casos)
- Colangiocarcinoma distal (5% dos casos)
- Carcinoma de ampola de Vater (5-10% dos casos)
- Neoplasia de duodeno próximos à ampola (1% dos casos)
- Metástase

USG abdominal

USG abdominal diagnóstica

USG abdominal por outro motivo

USG abdominal diagnóstica

USG abdominal por outro motivo

TCA contrastado

TCA contrastado

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de pequenos pólipos vesiculares

Achado ocasional de pequenos pólipos vesiculares

Fatores de risco:
- idade avançada
- sexo masculino
- raça negra
- tabagismo
- história familiar de câncer pancreático
- pancreatite crônica
- exposição ocupacional a carcinógenos

Exames complementares:
- BT: > 10-15
- FA: muito elevada
- TAP: alargado (corrige com vitamina K)
- CA 19.9: marcador prognóstico

Exames complementares:
- CPRE
- Ultrassom endoscópico

Exames complementares:
- CPRE

Exames complementares para estadiamento:
- TC
- RNM
- Colangiografia

Exames complementares para estadiamento:
- Colangiografia percutânea trans-hepática
- Colangiografia ressonância
- PET

Estadiamento: Classificação de Bismuth-Corlette

Estadiamento TNM

Tratamento

Tratamento

Para tumores ressecáveis (minoria): Cirurgia:
- Ressecção em bloco dos ductos biliares extrahepáticos + colecistectomia + linfadenectomia regional + hepaticojunostomia em Y de Roux

Para tumores irresecáveis M1 (maioria): Terapia paliativa:
- Endoprótese biliar por CPT
- Analgesia
- Bloqueio do plexo celiaco
- QT e RT sem comprovação de eficácia

Para tumores ressecáveis (minoria):
- T1a e T1b: Colecistectomia aberta
- T1b com invasão e T2: Colecistectomia aberta + Hepatectomia dos segmentos IVB e V + Linfadenectomia regional
- T3 e T4: Colecistectomia aberta + Hepatectomia dos segmentos IV, V, VI, VII e VIII + Linfadenectomia regional

Para tumores irresecáveis M1 (maioria):
Terapia paliativa:
- Endoprótese biliar
- Analgesia
- Bloqueio do plexo celiaco
- QT e RT sem comprovação de eficácia

Se:
- associado a colelitíase
- idade > 60 anos
- diâmetro > 1cm
- crescimento documentado na USG seriada

Tratamento:
- Colecistectomia

Seguimento:
- Consulta: 3-6 meses
- CA 19.9
- TC

Classificação histológica:
- Benigno: Cistoadenoma seroso
- Pré-maligno: MCN e IPMN
- Maligno: Adenocarcinoma ductal, Carcinoma de célula acinar, Cistoadenocarcinoma seroso

Tratamento: Cirurgia de Whipple
- Duodenopancreatectomia
- Colecistectomia
- Gastrectomia parcial
- Hepaticojunostomia
- Pancreaticojunostomia

Doença ressecável:
- Estágio I
- Estágio II

Estadiamento TNM

Exames complementares:
- BT: > 10-15
- FA: muito elevada
- TAP: alargado (corrige com vitamina K)
- CA 19.9: marcador prognóstico

Tumor de cabeça de pâncreas

TCA contrastado

Sugestivo de tumores periampulares:
- Carcinoma de cabeça de pâncreas (85% dos casos)
- Colangiocarcinoma distal (5% dos casos)
- Carcinoma de ampola de Vater (5-10% dos casos)
- Neoplasia de duodeno próximos à ampola (1% dos casos)
- Metástase

USG abdominal

USG abdominal diagnóstica

USG abdominal por outro motivo

USG abdominal diagnóstica

USG abdominal por outro motivo

TCA contrastado

TCA contrastado

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de massa heterogênea ocupando a vesícula ou paredes irregulares

Achado de pequenos pólipos vesiculares

Achado ocasional de pequenos pólipos vesiculares

Fatores de risco:
- idade avançada
- sexo masculino
- raça negra
- tabagismo
- história familiar de câncer pancreático
- pancreatite crônica
- exposição ocupacional a carcinógenos

Exames complementares:
- BT: > 10-15
- FA: muito elevada
- TAP: alargado (corrige com vitamina K)
- CA 19.9: marcador prognóstico

Exames complementares:
- CPRE
- Ultrassom endoscópico

Exames complementares:
- CPRE

Exames complementares para estadiamento:
- TC
- RNM
- Colangiografia

Exames complementares para estadiamento:
- Colangiografia percutânea trans-hepática
- Colangiografia ressonância
- PET

Estadiamento: Classificação de Bismuth-Corlette

Estadiamento TNM

Tratamento

Tratamento

Para tumores ressecáveis (minoria): Cirurgia:
- Ressecção em bloco dos ductos biliares extrahepáticos + colecistectomia + linfadenectomia regional + hepaticojunostomia em Y de Roux

Para tumores irresecáveis M1 (maioria): Terapia paliativa:
- Endoprótese biliar por CPT
- Analgesia
- Bloqueio do plexo celiaco
- QT e RT sem comprovação de eficácia

Para tumores ressecáveis (minoria):
- T1a e T1b: Colecistectomia aberta
- T1b com invasão e T2: Colecistectomia aberta + Hepatectomia dos segmentos IVB e V + Linfadenectomia regional
- T3 e T4: Colecistectomia aberta + Hepatectomia dos segmentos IV, V, VI, VII e VIII + Linfadenectomia regional

Para tumores irresecáveis M1 (maioria):
Terapia paliativa:
- Endoprótese biliar
- Analgesia
- Bloqueio do plexo celiaco
- QT e RT sem comprovação de eficácia

Se:
- associado a colelitíase
- idade > 60 anos
- diâmetro > 1cm
- crescimento documentado na USG seriada

Tratamento:
- Colecistectomia