Guideline de Kyoto – atualizações na abordagem dos IPMNs – Parte II

No artigo anterior discorremos sobre as mudanças na classificação histopatológica, definição dos estigmas de alto risco e dos marcadores para diagnóstico dos IPMNs.

Vamos continuar a análise do Guideline de Kyoto, em relação às lesões císticas pancreáticas.

6) Indicação cirúrgica: Neste aspecto, o guideline não difere muito da atualização do consenso de Fukuoka em 2017. A cirurgia proposta é a pancreatectomia parcial com realização de linfadenectomia radical se houver suspeita de carcinoma invasivo, e a cirurgia com preservação de baço ou piloro se não houver suspeita de carcinoma invasivo. É sempre interessante realizar a congelação intra-operatória, especialmente para avaliar comprometimento de ducto principal. Ainda há dúvidas quanto a ressecção ampliada caso haja displasia de alto grau na margem cirúrgica, mas há consenso que displasia de baixo grau na margem cirúrgica não deve indicar ampliação da ressecção.

A pancreatectomia total profilática não é indicada, e o pâncreas residual deverá permanecer em vigilância.

7) Vigilância de IPMNs não operados: no Guideline de Kyoto, houve uma mudança no seguimento dos IPMNs não operados, de acordo com o risco de malignização. (Se quiser conferir as recomendações dos critérios de Fukuoka clique nesse link: **IPMN**.)

Tamanho do IPMN	Vigilância

< 20mm	Primeiro exame em 6 meses, após a cada 18 meses, se estável
20 mm < IPMN < 30 mm	6/6meses por 1 ano, e após 1 exame a cada 12 meses, se estável
> 30mm	A cada 6 meses

8) Quando suspender a vigilância: esse tópico é, talvez, a maior fonte de debates entre pancreatologistas. Há muita dúvida quanto à segurança de se parar a vigilâncias dos IPMNs de ductos secundários. Desde 2015, no Guideline da American Gastroenterological Association (AGA), quando foi proposto que lesões estáveis em tamanho e mantendo-se sem estigmas de alto risco por mais de 5 anos, poderiam não ser mais vigiadas. Esta recomendação foi alvo de críticas de muitos autores, pois não havia discriminação quanto ao tamanho ou características da lesão.

Em 2023, houve um estudo retrospectivo italiano (publicado na Gastroenterology), que concluiu que cistos < 30mm em pacientes com mais de 75 anos que permanecessem estáveis, e cistos < 15 mm (estáveis) em pacientes com 65 anos ou mais poderiam não ser vigiados com segurança.

No nosso Guideline de Kyoto a recomendação de parar a vigilância é um pouco genérica, colocada como cistos < 20 mm, sem nenhum sinal de alto risco ou nenhum sinal preocupante, que permaneceu em vigilância por pelo menos 5 anos. Também é recomendado que a vigilância cesse se o paciente não for elegível para um procedimento cirúrgico ou se tiver expectativa de vida < 10 anos.

9) PDAC (adenocarcinoma ductal pancreático) concomitante: além da própria progressão do IPMN para displasias de alto grau e carcinoma invasivo, há o risco de adenocarcinoma ductal concomitante em pacientes com IPMN. O risco de PDAC parece ser 3-5x maior em pacientes com IPMN do que em pacientes controle (estudos em pacientes japoneses, não ainda replicados em países ocidentais). Curiosamente, o risco parece ser maior em

pacientes com IPMNs pequenos, e esse risco permanece mesmo após os 5 anos de vigilância. Esse pode ser um dos argumentos para que não se suspenda a vigilância nos IPMNs.

10) Vigilância de IPMNs não ressecados: a prevalência de IPMNs multifocais giram em torno de 20-40% dos casos. A presença de múltiplos IPMNs não aumenta o risco de displasia de alto grau ou carcinoma *in situ*. A vigilância se baseia no IPMN de maior risco, e a ressecção (se indicada) deve ser apenas da lesão considerada de alto risco.

11) Vigilância do pâncreas remanescente após ressecção por IPMN: o pâncreas remanescente deverá permanecer em vigilância após a pancreatectomia parcial por IPMN. O risco cumulativo de novas lesões significativas em 5 anos é de 10%. O risco de lesões invasivas é de 4%, e os fatores de risco para tais lesões são displasia de alto grau na peça ressecada e histórico familiar de PDAC. Mesmo os IPMNs de baixo grau devem ser vigiados pelo risco de progressão das lesões císticas.

Com isso encerramos os principais tópicos do Guideline de Kyoto, que em alguns aspectos difere dos guidelines anteriores. A verdade é que quando o assunto é IPMN (principalmente dos de ducto secundário) ainda há muita dúvida no entendimento e condução dos casos. Seguimos estudando.

> *Conheça nosso curso **Gastroenterologia do Consultório** e saiba como lidar com as queixas mais comuns que encontramos no dia a dia*

Referências

1. Ohtsuka, T et al. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. Pancreatology, 2023. https://doi.org/10.1016/j.pan.2023.12.009
2. Tanaka, M et al. Revisions of international consensus

Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pâncreas. Pancreatology, 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.pan.2017.07.007
3. Vege, SS et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Asymptomatic Neoplastic Pancreatic Cysts. Gastroenterology 2015;148:819–822.
4. Marchegiani, G et al. Surveillance for Presumed BD-IPMN of the Pancreas: Stability, Size, and Age Identify Targets for Discontinuation. Gastroenterology 2023;165:1016–1024

Como citar este artigo

Marzinotto M. Guideline de Kyoto – atualizações na abordagem dos IPMNs – Parte II Gastropedia 2024, vol 2. Disponível em: https://gastropedia.pub/pt/sem-categoria/guideline-de-kyoto-atualizacoes-na-abordagem-dos-ipmns-parte-ii