

# Apresentação Atípica de Adenocarcinoma Avançado de Cauda de Pâncreas – Abscesso Esplênico Mimetizando Pseudocisto: Relato de Caso

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5609>

*Atypical Presentation of Advanced Tail Pancreatic Adenocarcinoma – Splenic Abscess Mimicking a Pseudocyst: Case Report*  
Presentación Atípica de Adenocarcinoma Avanzado de la Cola del Páncreas – Absceso Esplénico que Simula un Pseudoquiste: Informe de Caso

Beatriz Dypeu Barboza Rodrigues da Rosa<sup>1</sup>; Camilla Cunha Correa<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de pâncreas apresenta alta letalidade e ocorre com frequência semelhante entre homens e mulheres, com leve predominância no sexo masculino. No Brasil, representa uma pequena fração dos diagnósticos de câncer, mas responde por uma proporção significativamente maior das mortes por neoplasia. Por seu diagnóstico complexo e majoritariamente tardio, as condutas terapêuticas tornam-se escassas. **Relato do caso:** Paciente feminina, histórico de hipertensão arterial sistêmica, colecistectomia prévia e tabagismo, procura a emergência por dor abdominal em flanco esquerdo e sinais de irritação peritoneal. Na tomografia de abdome com contraste, é descrito abscesso esplênico associado à necrose de cauda de pâncreas, com comportamento radiológico de pseudocisto pancreático, cujo laudo histopatológico confirmou diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado de pâncreas. Nesse relato de caso, será descrita a apresentação atípica de um adenocarcinoma de cauda de pâncreas com necrose tecidual e abscesso esplênico. **Conclusão:** A associação entre necrose pancreática e abscesso esplênico secundário à neoplasia indica doença localmente avançada ou metastática e está associada a pior prognóstico, com redução da sobrevida global. Este caso reforça a importância de considerar a diversidade de diagnósticos diferenciais e apresentações clínicas atípicas. Lesões císticas complicadas por abscesso podem mimetizar pseudocistos e, na realidade, corresponder a tumores com apresentação atípica.

**Palavras-chave:** Neoplasias Pancreáticas/diagnóstico por imagem; Carcinoma Ductal Pancreático/diagnóstico; Fatores de Risco; Relatos de Casos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pancreatic cancer is highly lethal and occurs at similar rates in men and women, with a slight predominance in males. In Brazil, it accounts for a small fraction of cancer diagnoses but represents a disproportionately high share of cancer-related deaths. Due to its complex and predominantly late diagnosis, therapeutic options are often limited. **Case report:** A 64-year-old female patient with a history of systemic arterial hypertension, prior cholecystectomy, and tobacco use presented to the emergency department with left flank abdominal pain and signs of peritoneal irritation. Contrast-enhanced abdominal computed tomography revealed a splenic abscess associated with pancreatic tail necrosis, with imaging features suggestive of a pancreatic pseudocyst, whose histopathological analysis confirmed a diagnosis of poorly differentiated pancreatic adenocarcinoma. This report describes an atypical presentation of pancreatic tail adenocarcinoma with extensive tissue necrosis and splenic abscess formation. **Conclusion:** The association between pancreatic necrosis and splenic abscess secondary to neoplasia indicates locally advanced or metastatic disease and is associated with a poorer prognosis, including reduced disease-free survival and overall survival. This case highlights the importance of considering differential diagnoses and atypical clinical presentations. Cystic lesions complicated by abscess formation may mimic pseudocysts but may in fact represent tumors with atypical presentation.

**Key words:** Pancreatic Neoplasms/diagnostic imaging; Carcinoma, Pancreatic Ductal/diagnosis; Risk Factors; Case Reports.

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de pâncreas presenta alta letalidad y se observa con frecuencia similar en hombres y mujeres, con un leve predominio en los varones. En el Brasil, representa una pequeña fracción de los diagnósticos de cáncer, pero contribuye en una proporción mayor al total de muertes por neoplasias. Su diagnóstico complejo y, en la mayoría de los casos, tardío, limita de manera importante las opciones terapéuticas disponibles. **Informe del caso:** Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, colecistectomía previa y consumo de tabaco acudió al servicio de emergencia por dolor abdominal en el flanco izquierdo acompañado de signos de irritación peritoneal. La tomografía computarizada de abdomen con contraste evidenció un absceso esplénico asociado a necrosis de la cola pancreática, con características radiológicas compatibles con un pseudoquiste pancreático. El examen histopatológico posterior confirmó un adenocarcinoma pancreático poco diferenciado. En este informe de caso se describe una presentación inusual de adenocarcinoma de cola pancreática, manifestado con necrosis tisular y absceso esplénico. **Conclusión:** La coexistencia de necrosis pancreática y absceso esplénico secundario a una neoplasia sugiere enfermedad localmente avanzada o metastásica, y se asocia a un pronóstico desfavorable, con reducción de la supervivencia global. Este caso subraya la relevancia de considerar la diversidad de diagnósticos diferenciales y presentaciones clínicas atípicas. Las lesiones quísticas complicadas por absceso pueden mimetizar pseudoquistes y, en realidad, corresponder a tumores con presentación atípica.

**Palabras clave:** Neoplasias Pancreáticas/diagnóstico por imagen; Carcinoma Ductal Pancreático/diagnóstico; Factores de Riesgo; Informes de Casos.

<sup>1,2</sup>Hospital de Força Aérea do Galeão. Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>1</sup>E-mail: beatrizdypeu@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0008-6401-3747>

<sup>2</sup>E-mail: camillacorrea@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-1574-9914>

**Endereço para correspondência:** Beatriz Dypeu Barboza Rodrigues da Rosa. Rua Professor Taciell Cylleno, 398 – Recreio dos Bandeirantes. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 22790-010. E-mail: beatrizdypeu@gmail.com



## INTRODUÇÃO

O câncer de pâncreas se classifica mundialmente como a 12<sup>a</sup> causa de câncer no sexo masculino e 11<sup>a</sup> no sexo feminino, com predileção discreta pelo sexo masculino<sup>1</sup>. Já no Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), este é responsável por cerca de 1% de todos os tipos de câncer diagnosticados e por 5% do total de mortes por câncer. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, a neoplasia de pâncreas ocupa a 14<sup>a</sup> posição entre os tipos de câncer mais frequentes<sup>2</sup>. Seus sintomas incluem dor abdominal, perda ponderal e icterícia<sup>1</sup>. Por seu diagnóstico complexo e majoritariamente tardio, as condutas terapêuticas tornam-se escassas. Desse modo, a apresentação de lesão necrótica de pâncreas aos exames de imagem está relacionada a estágio avançado, linfadenopatia e doença metastática<sup>3</sup>. Já o abscesso esplênico acredita-se estar relacionado à obstrução ductal de tecido neoplásico que contribui com o vazamento/fistulização de líquido pancreático para a cavidade abdominal, além da proximidade anatômica dos sítios em questão, o que possibilita a infecção por contiguidade<sup>4</sup>. Atualmente, o único tratamento curativo é a cirurgia seguida por quimioterapia adjuvante, que está viável a uma parcela restrita da população pelo diagnóstico tardio<sup>3-5</sup>.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob o número de parecer 7.693.594 (CAAE: 87693125.9.0000.0268), conforme determina a Resolução n.º 466/2012<sup>6</sup> do Conselho Nacional de Saúde.

## RELATO DO CASO

Paciente feminina, 64 anos, diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, colecistectomia prévia, tabagista 50 maços-ano, IMC 30 kg/m<sup>2</sup> e tratamento recente para herpes-zoster, procura a emergência do Hospital da Força Aérea do Galeão por dor abdominal em flanco esquerdo e sinais de irritação peritoneal associado a quadro de tosse, sintomas gripais e febre. O início dos sintomas foi em novembro de 2024. Na ocasião da admissão, a paciente estava em tratamento para infecção respiratória, em uso de amoxicilina-clavulanato e azitromicina, já em quarto dia de antibioticoterapia. O quadro clínico atual mostrou-se compatível com episódio prévio de dor abdominal ocorrido quatro meses antes da internação. Na ocasião, a paciente foi submetida à tomografia computadorizada de abdome com contraste, cujo laudo verbal não evidenciou alterações significativas e, como conduta, foram prescritos sintomáticos e a paciente foi encaminhada ao ambulatório de gastroenterologia.

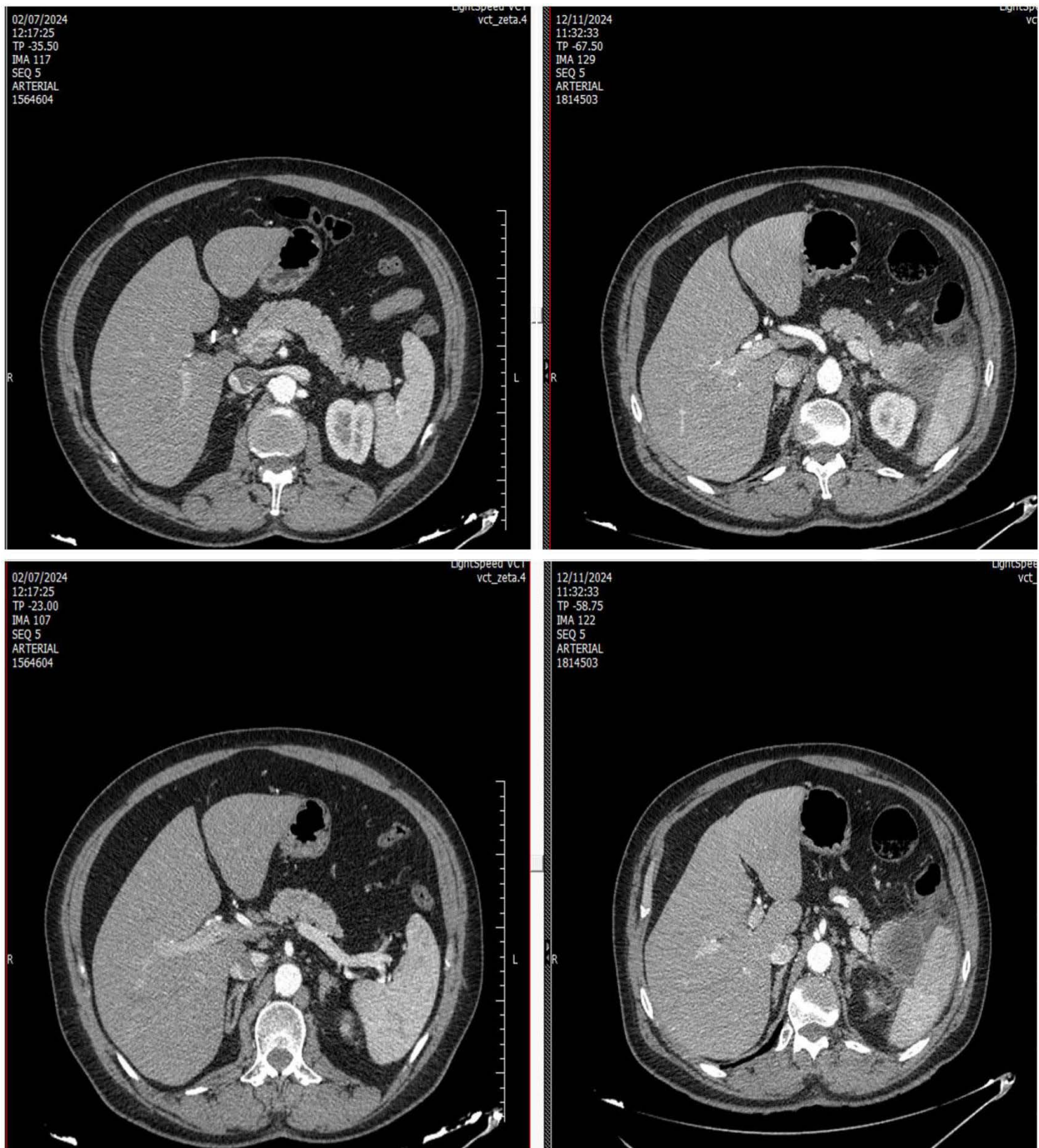
Na admissão hospitalar, a paciente estava lúcida, orientada, hemodinamicamente estável e eupneica em ar ambiente, foram realizados exames laboratoriais e de imagem. Uma nova tomografia de tórax e abdome com contraste evidenciou um pequeno derrame pleural à esquerda, opacidades em faixa e estrias densas atelectásicas nos lobos inferiores, lesão necrótica de cauda de pâncreas, baço com aspecto heterogêneo, margeado por líquido e densificação de gorduras adjacentes, e imagem nodular hipodensa em fígado (Figura 1A).

Coletadas culturas, iniciada antibioticoterapia venosa, analgesia otimizada com opioides e suspensa dieta oral em razão da suspeita e características de pseudocisto na imagem. A paciente foi reintroduzida à sonda nasoentérica pós-pilórica sob endoscopia digestiva alta, que evidenciava gastrite enantematosa leve, e, posteriormente, na biópsia, encontrou-se evidência de *Helicobacter pylori*.

Após uma semana de internação, a paciente realizou uma ressonância magnética de abdome superior, a qual evidenciou uma lesão expansiva de limites mal definidos e aspecto infiltrativo oriundo da cauda do pâncreas, estendendo-se posterolateralmente pelo parênquima esplênico em sua porção anteroinferior, infiltrando-o, associada à coleção líquida heterogênea, de paredes espessadas, septada e com conteúdo de sinal hemático no espaço subfrenico esquerdo; além disso, também foi detectado um pequeno derrame pleural adjacente e determinou-se a heterogeneidade de sinal da gordura retroperitoneal adjacente, possivelmente por infiltração. Notava-se ainda um nódulo hepático de margens regulares, hipointenso em T1 e hiperintenso em T2, com foco central e com sinal compatível com degeneração cística/necrótica, com intensa restrição à difusão, hipovascular, localizado no segmento VII, medindo cerca de 3,6 cm, sugestivo de implante secundário.

Havia também outros nódulos menores com intensa restrição à difusão, sendo um no segmento IVa, medindo 1,1 cm, outro no segmento VIII, medindo 0,7 cm, outro no segmento IVa/II, medindo 1,0 cm, outro no segmento VII/VIII, medindo 0,8 cm, e outro subcapsular no segmento VI, medindo 1,2 cm, de aspecto indeterminado em razão das reduzidas dimensões e dos artefatos de movimento das imagens com contraste, possivelmente suspeitos. Com persistência de parâmetros infecciosos aumentados (leucocitose 11.500, hemoglobina 9,8 e proteína C reativa 18,3) e nova imagem radiológica, junto à infectologia, houve escalonamento da antibioticoterapia para piperacilina/tazobactam, apesar da ausência de crescimento bacteriano em hemoculturas periféricas.

A despeito da suspeita inicial de pseudocisto pancreático, a paciente apresentou deterioração clínica, com queda de



**Figura 1A.** Imagens da tomografia computadorizada de alta resolução realizada na internação. À esquerda, a imagem realizada em julho/24 e, à direita, a imagem realizada em novembro/24. Imagens obtidas na fase arterial. Notam-se, em novembro/24, lesão necrótica de cauda de pâncreas, baço de aspecto heterogêneo margeado por líquido e densificação de gorduras adjacentes não observadas previamente em exame de imagem realizado no mês de julho

saturação de oxigênio e dor abdominal acentuada. Foram solicitados novos exames de imagem e laboratoriais (Tabela 1). Em nova tomografia computadorizada (Figura 1B), houve expansão da coleção subfrênica e do derrame pleural esquerdo, indicando necessidade de drenagem percutânea e toracocentese de alívio.

O resultado microbiológico de abscesso esplênico drenado se apresentou negativo para crescimento de bactérias em meio de cultura. No entanto, as dosagens de

amilase e lipase no líquido mostraram valores elevados, respectivamente, de 950 U/L e 20.500 U/L. Após abordagem cirúrgica, evoluiu sem necessidade de analgesia regular. Porém, com reação urticariforme atribuída à piperacilina-tazobactam, o que motivou a troca do antibiótico para cefepime.

Realizou-se, então, biópsia de lesão hepática em 10/12/24. A paciente permaneceu em antibioticoterapia até 20/12/24, com parâmetros infecciosos em curva de

Tabela 1. Datas da evolução laboratorial (da esquerda para a direita, em ordem crescente) desde o início dos sintomas até a drenagem

Parâmetros	12/11/2024	19/11/2024	22/11/2024	30/11/2024
Leucócitos	13.000	11.900	11.500	9.200
Hemoglobina	13,5	10,3	10,3	8,8
Hematócrito	40,4	31,5	31,5	26,6
Plaquetas	303.000	353.000	356.000	461.000
Proteína C reativa	14,5	18,3	18,5	17,9
Creatinina	0,5	0,6	0,7	0,5
Ureia	24	17	19	29
AST	13	25	18	21
ALT	15	36	25	35
Albumina	4,2	3,6	3,1	2,9
Bilirrubina direta	0,1	0,2	0,3	0,2
Bilirrubina indireta	0,4	0,4	0,3	0,4
Fosfatase alcalina	46	59	54	70
Gama GT	33	98	109	184
Amilase	30		22	20
Lipase	78		94	83
INR	1,1	1,1	1,1	1,1

Legendas: AST = aspartato aminotransferase; ALT = alanina aminotransferase; Gama GT = gama glutamiltransferase; INR = *international normalized ratio*.

melhora. O histopatológico liberado nessa data evidenciou neoplasia pouco diferenciada, sendo solicitada imuno-histoquímica para esclarecimento da histogênese.

O resultado da imuno-histoquímica, liberado em janeiro de 2025, confirmou o adenocarcinoma de provável sítio primário em sistema pancreatobiliar ou trato gastrointestinal, particularmente no estômago, por evidência de células neoplásicas com imunopositividade com os anticorpos anti-citoqueratina 19 (difuso) e antígeno CA19.9 (raras células). O anticorpo antígeno Ki-67 evidencia alto índice de proliferação celular (maior que 75%) (Figura 2).

## DISCUSSÃO

A paciente em questão já apresentava potenciais fatores de risco para a neoplasia de pâncreas, como a obesidade e o tabagismo. Embora o exame de imagem anterior à internação não evidenciasse doença neoplásica, a paciente evoluiu com herpes-zoster nesse intervalo, o que já poderia sugerir sinais de imunossupressão, visto que é duas vezes mais comum nessa população<sup>7</sup>.

O abscesso esplênico, em geral, é resultado de neoplasias, processos infecciosos contíguos ou metastáticos, trauma,

infarto esplênico ou imunossupressão. Neste caso, a presença de amilase e lipase elevadas na coleção esplênica drenada sugere origem pancreática, possivelmente pela ruptura ductal induzida por necrose tumoral avançada, semelhante ao comportamento de um pseudocisto pancreático. A lesão cística precursora envolvida, embora a cauda de pâncreas não seja a localização mais comum de acometimento, potencialmente seria uma neoplasia mucinosa papilar intraductal. A sua manifestação inicial é variável, desde assintomática ou até mesmo podendo causar pancreatite em razão da comunicação com o ducto pancreático principal<sup>8</sup>.

Há descrição similar ao caso, em 2013, na cidade de Beijing, China, com abscesso secundário à infecção por *Streptococcus gallolyticus pasterianus* como a apresentação primária de câncer pancreático<sup>9</sup>. No cenário atual, contudo, a antibioticoterapia prolongada previamente utilizada pela paciente pode ter reduzido a sensibilidade dos métodos microbiológicos, justificando a ausência de crescimento tanto nas hemoculturas quanto na cultura do abscesso.

Embora a febre seja o sintoma mais frequente, a tríade clássica de febre, dor abdominal e esplenomegalia ocorre em poucos casos<sup>4-5</sup>. Nessa situação, observou-se a presença de febre associada à dor abdominal intensa, acompanhada de sinais de irritação peritoneal.



**Figura 1B.** Imagens da tomografia computadorizada de alta resolução realizada à internação: ambas são imagens da fase arterial em novembro/2024. Há evidência de crescimento evolutivo de coleção subfrênica em topografia de baixo e moderado derrame pleural à esquerda, o que motivou drenagem de coleção esplênica e toracocentese

Na literatura, espera-se que o tratamento seja realizado com drenagem percutânea ou esplenectomia, sem diferença estatística entre as modalidades, visto que antibioticoterapia isolada é associada à maior mortalidade, especialmente na falha de tratamento clínico ou múltiplos abscessos<sup>4,9</sup>. Após a drenagem do abscesso, no presente caso, a paciente evoluiu sem dor.

Os agentes infecciosos mais envolvidos são aeróbicos, com espécies de *Staphylococcus*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Salmonella* e *E. coli* sendo os mais descritos na literatura, com risco de infecções oportunistas

em imunocomprometidos, segundo a Sociedade Americana de Doenças Infecciosas<sup>10</sup>. A investigação microbiológica deve incluir aspirado esplênico, com culturas para aeróbicos e anaeróbicos, pareado com hemoculturas periféricas.

O câncer de pâncreas não possui medidas de rastreamento populacional precoce. Assim, quando a doença é clinicamente diagnosticada, cerca de 50% dos pacientes já apresentam metástases, aproximadamente 30% têm doença localmente avançada e menos de 15% são candidatos à ressecção cirúrgica<sup>11</sup>.



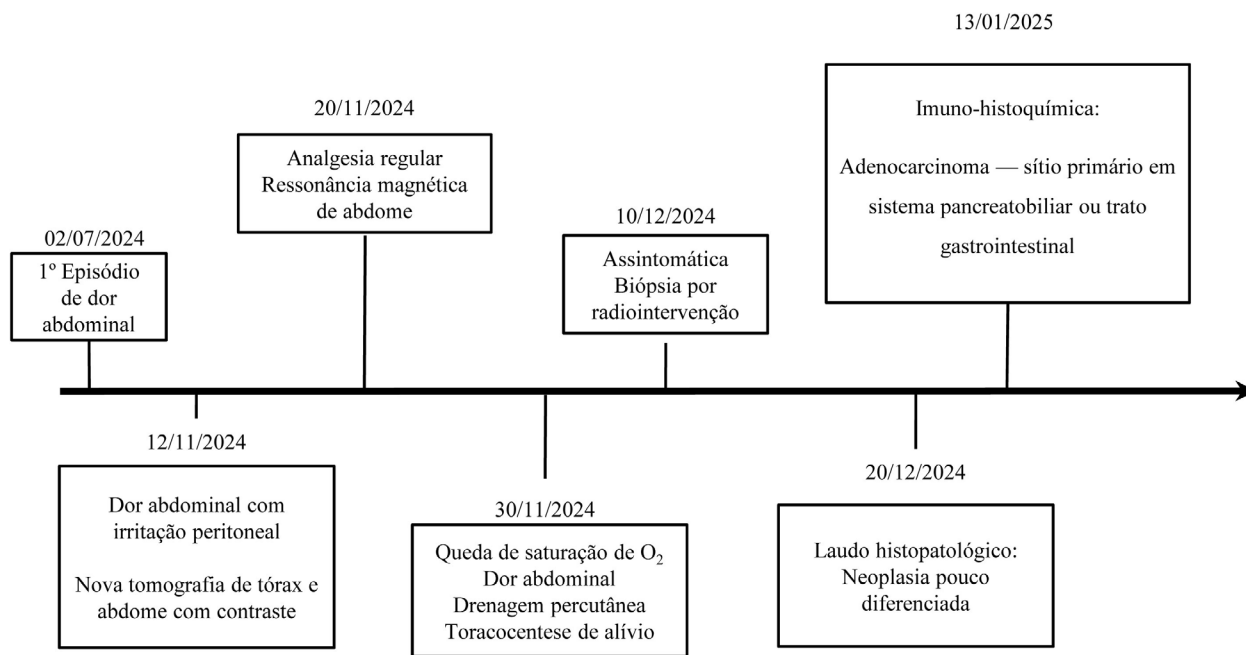


Figura 2. Linha do tempo diagnóstica (da esquerda para a direita estão os eventos em ordem do mais antigo ao mais recente)

Os sintomas iniciais são inespecíficos, como inapetência, náuseas, perda ponderal e fadiga. A dor abdominal, nos casos de câncer localizados no corpo e cauda, pode ser secundária à invasão ou compressão de estruturas próximas, como o nervo vago e o plexo celíaco.

A necrose tumoral é um marcador independente de agressividade locorregional, pois reflete a destruição do parênquima acinar e comportamento histológico mais agressivo, consequentemente, correlacionando-se com doença avançada e pior sobrevida global<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

A associação entre necrose pancreática e abscesso esplênico secundário à neoplasia indica doença localmente avançada ou metastática e está associada a pior prognóstico, com redução da sobrevida livre de doença e da sobrevida global.

Este caso reforça a importância de considerar a diversidade de diagnósticos diferenciais e apresentações clínicas atípicas. Lesões císticas complicadas por abscesso podem mimetizar pseudocistos e, na realidade, corresponder a tumores com apresentação atípica.

Dessa forma, uma abordagem diagnóstica abrangente contribui para um cuidado mais adequado e eficaz dos pacientes.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção,

análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

## DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

## REFERÊNCIAS

1. Khalaf N, El-Serag HB, Abrams HR, et al. Burden of pancreatic cancer: from epidemiology to practice. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(5):876-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.02.054>
2. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Câncer de pâncreas; 2022 jun 4 [atualizado 2026 mar 4; acesso 2026 jan 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pancreas>
3. Anderson MA, Knipp DE, Noda Y, et al. MRI-based tumor necrosis depiction in pancreatic ductal adenocarcinoma: can it predict tumor aggressiveness? *Cancers*. 2023;15(8):2313. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers15082313>

4. Cipe G, Genç V, Cakmak A, et al. Pancreatic cancer complicated by splenic infarction and abscess. *Chirurgia*. 2011;106(4):523-25.
5. Singh AK, Karmani S, Samanta J, et al. Splenic abscess in a tertiary care centre in India: clinical characteristics and prognostic factors. *ANZ J Surg*. 2021;91(9):1819-25. doi: <https://doi.org/10.1111/ans.16517>
6. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF; 2013 jun 13 [acesso 2025 dez 2]; Seção I:59. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
7. Schröder C, Enders D, Schink T, et al. Incidence of herpes zoster amongst adults varies by severity of immunosuppression. *J Infect*. 2017;75(3):207-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2017.06.010>
8. Gonda TA, Cahen DL, Farrell JJ. Pancreatic cysts. *N Engl J Med*. 2024;391(9):832-43. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra2309041>
9. Su Y, Miao B, Wang H, et al. Splenic abscess caused by *Streptococcus gallolyticus* subsp. *pasteurianus* as presentation of a pancreatic cancer. *J Clin Microbiol*. 2013;51(12):4249-51. doi: <https://doi.org/10.1128/jcm.01709-13>
10. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, et al. Guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2024 update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). *Clin Infect Dis*. 2024;ciae104. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciae104>
11. Park W, Chawla A, O'Reilly EM. Pancreatic cancer: a review. *JAMA*. 2021;326(9):851-62. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.13027>

Recebido em 9/12/2025  
Aprovado em 10/3/2026

