

PANCREATITE AGUDA E PSEUDOCISTO PANCREÁTICO: RELATO DE CASO

ACUTE PANCREATITIS AND PANCREATIC PSEUDOCYST: CASE REPORT

¹Laís Albernaz Kury, ²Isadora Amancio do Amaral, ²Karina Gioffi Rangel, ²Laís Martins.

¹ Residente de Clínica Médica do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

²Acadêmicas da Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço: Avenida Alberto Torres, 217, Centro, 28.035-581, Campos dos Goytacazes/RJ

Telefone: 21012929

RESUMO

Os pseudocistos pancreáticos são complicações secundárias à pancreatite aguda e caracterizam-se como lesões císticas onde ocorre acúmulo de secreção pancreática limitada por tecido fibroso. Geralmente regredem de maneira espontânea, porém, coleções líquidas sintomáticas são submetidas a drenagem por via endoscópica ou cirúrgica. No presente relato, a paciente, que apresentava história prévia de pancreatite aguda, após piora clínica realizou uma colangiorressonância que evidenciou volumosa coleção líquida localizada na topografia do pâncreas, apresentando dimensões 16,91 x 16,87 x 11,26 cm, sendo compatível com pseudocisto pancreático.

PALAVRAS-CHAVE: Pancreatite aguda; pseudocisto pancreático; abscesso pancreático.

ABSTRACT

Pancreatic pseudocysts are complications secondary to acute pancreatitis and are characterized as cystic lesions where there is an accumulation of pancreatic secretion limited by fibrous tissue. They usually regress spontaneously, however, symptomatic fluid collections are submitted to endoscopic or surgical drainage. In the present report, the patient, who had a previous history of acute pancreatitis, after clinical worsening, underwent a cholangioresonance that showed a voluminous liquid collection located in the topography of the pancreas, with dimensions 16.91 x 16.87 x 11.26 cm, compatible with pancreatic pseudocyst.

KEYWORDS: Acute pancreatitis; pancreatic pseudocyst; pancreatic abscess.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é uma condição inflamatória aguda do pâncreas, devido a um desequilíbrio entre as enzimas e os inibidores de proteases normalmente produzidos pela glândula pancreática, que desencadeia um acometimento do parênquima pancreático e dos tecidos peripancreáticos.¹

Há duas formas clínicas da doença, a pancreatite aguda edematosa ou intersticial, também considerada leve, que geralmente cursa apenas com edema do pâncreas. E a outra forma é a pancreatite aguda necrosante ou necro-hemorrágica, cujo também é tida como grave, podendo cursar com extensa necrose parenquimatosa e hemorragia retroperitoneal, tendo potencial para maior número de complicações como coleções fluidas peripancreáticas, abscessos e pseudocistos.²

Dentre as possíveis complicações da pancreatite aguda, o pseudocisto pancreático possui baixa incidência e a maioria das coleções líquidas desaparecem com o tempo, sendo assim, apenas as coleções sintomáticas devem ser drenadas com endoscopia ou cirurgia.⁶

Os fatores etiológicos mais comuns da pancreatite aguda, que somam aproximadamente 80% dos casos, são a litíase biliar e o alcoolismo. E os fatores menos comuns incluem hipertrigliceridemia, hipercalcemia, vasculite, trauma abdominal, cirurgia abdominal, induzida por fármacos e até mesmo idiopáticos.³

As manifestações clínicas da pancreatite aguda mais comuns incluem dor epigástrica ou abdominal, náuseas e vômitos, além disso pode apresentar dor à descompressão brusca do abdome, distensão abdominal, e/ou diminuição dos ruídos hidroaéreos.⁴ A confirmação diagnóstica da pancreatite aguda pode ser estabelecida por dois dos seguintes critérios: presença da clínica sugestiva de pancreatite, amilase e/ou lipase séricas três vezes elevadas acima do nível de normalidade, e/ou indicação de pancreatite aguda nos exames de imagem.⁵

OBJETIVO

O objetivo do estudo tem como finalidade elucidar a importância da abordagem cirúrgica da pancreatite aguda biliar, colecistectomia, logo na primeira internação com o intuito de evitar a recidiva da doença e suas complicações.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 22 anos, casada, do lar,

natural de São Fidélis e residente de Campos dos Goytacazes (RJ), proveniente do Hospital Geral de Guarus (HGG) com quadro de dor abdominal, náusea e vômito, diagnosticado como pseudocisto pancreático. Esteve internada no Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), em setembro de 2020, com o quadro de pancreatite aguda biliar, realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou múltiplos cálculos na vesícula biliar. Evoluiu com boa resposta clínica, com alta hospitalar e encaminhamento para ambulatório de cirurgia geral. Dois dias após a alta, retornou com recidiva da dor abdominal em epigástrio associada a náuseas e vômitos. Procurou atendimento no HGG, onde permaneceu internada para investigação diagnóstica e seguimento clínico.

Durante essa internação a paciente realizou uma colangiorressonância, na qual foi evidenciada volumosa coleção líquida localizada na topografia do pâncreas, estendendo-se desde o duodeno até o hilo esplênico, com paredes irregulares e heterogêneas. A lesão apresentou as dimensões 16,91 x 16,87 x 11,26 cm, sendo compatível com pseudocisto pancreático.

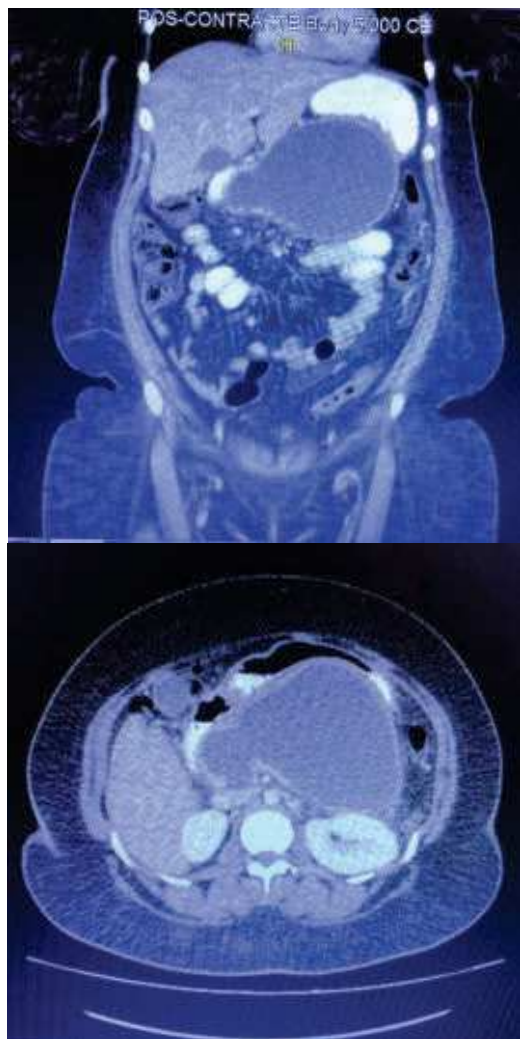
A paciente foi transferida para o Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), no dia 4 de outubro de 2020, devido a um quadro de pseudocisto pancreático e pancreatite aguda litíásica (segundo episódio). Apresenta obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Nega etilismo e tabagismo. Cesária há 8 meses. Nega febre, alergias, alterações de hábito intestinal e urinário, faz uso de anticoncepcional oral.

Em relação ao exame físico na sua admissão, a paciente exibiu bom estado geral, lúcida, acordada e orientada, interagindo com o examinador, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica em ar ambiente, obedecendo a comandos, ACV: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, BNF, sem sopro, PA: 130 x 80 mmHg, FC: 100 bpm AR: MVUA, sem ruídos adventícios, saturação de O₂: 99%. Além disso, abdome globoso, flácido, peristáltico e doloroso à palpação em epigástrio. Nos membros inferiores apresentou-se ausência de edemas e panturrilhas livres.

A conduta do tratamento se deu pela prescrição de uma dieta branda, hipogordurosa e hipossódica, além de medicamentos para tratar os sintomas. Foram prescritos de modo que fossem administrados apenas em caso de emergência: Dipirona 500mg (6/6h em caso de dor e 2 comprimidos em caso de febre TAX > ou = 37,8 °C), Tramadol 50mg (2 comprimidos até 6/6h em caso de dor), Captopril 50mg (1 comprimido se a PA > ou = 160 x 90 mmHg) e Glicose

Hipertônica 50% 10 ml ampola (administrar 4 ampolas caso o HGT < ou = 70mg/dL). Anlodipino 10mg (1 comprimido) e Enoxaparina 40mg (1 seringa subcutânea como profilaxia de trombose) prescritos 1x ao dia. De 12/12h Losartan 50mg (1 comprimido) e Insulina NPH 100U/ml. De 8/8h Bromoprida 10mg (1 cápsula). E às 6 da manhã, Omeprazol 20mg (1 comprimido).

Além disso, foi solicitado o parecer da cirurgia geral que constatou a necessidade de uma tomografia computadorizada de abdome com contraste oral e venoso, que obteve o seguinte laudo: fígado de volume normal e contornos regulares, com diminuição difusa dos seus coeficientes de atenuação, compatível com esteatose. Vias biliares intra e extra-hepáticas de calibre normal. Vesícula biliar tópica. Volumosa coleção com paredes espessas, apresentando realce pelo meio de contraste, na topografia do pâncreas, medindo aproximadamente 15,2 x 10,6 x 10,1 cm, mantendo íntimo contato com o estômago, rechaçando o mesmo anteriormente (Figuras 1 e 2).



Figuras 1 e 2: Tomografia computadorizada de abdome com contraste oral.

Houve pequena redução volumétrica da coleção em relação a ressonância magnética anterior.

Na análise laboratorial foi identificado em 06/10, níveis totais de leucócitos de 5.300 mm³, hematócrito de 30,4 g/dL, hemoglobina de 10,1 g/dL, PCR de 96 mg/L, lipase de 40 U/L, amilase 75 U/dL, VCM 70,5 g/dL e HCM 23,4 g/dL, albumina 2,8 mg/dL, globulina 4,8 mg/dL, sódio 134 mEq/L e GGT 66 UI/L. Em 09/10 os níveis de leucócitos reduziram para 4.100 mm³, hematócrito 34,4, hemoglobina 11,6 g/dL, PCR 82,2 mg/L, lipase 32 U/L, amilase 79 U/dL, VCM 69,2 g/dL e HCM 23,3 g/dL, albumina 2,7 mg/dL, globulina 4,6 mg/dL, sódio 135 mEq/L e GGT 58 UI/L. Em 14/10 os valores de leucócitos permaneceram os mesmos, o hematócrito foi para 33,8 g/dL, hemoglobina 11,5 g/dL, PCR 44,8 mg/L, lipase 37 U/L, amilase 61 U/L, VCM 69,5g/dL, HCM 23,6g/dL, sódio 133 mEq/L e GGT 45 UI/L.

Após quase um mês internada, foi abordada pela cirurgia geral por meio da drenagem do pseudocisto por gastrostomia e também foi realizada uma colecistectomia. Após 10 dias da cirurgia, evoluiu com insuficiência pancreática, taquicardia, dispnéia e vômitos.

No dia 17/10/21 foi realizada uma tomografia de abdômen sendo encontrada bolhas de gás em corpo e cauda do pâncreas, sugerindo abscesso. Houve uma piora clínica, o que acarretou na transferência para o CTI, apresentava quadro de cetoacidose diabética e critérios de sepse. Foi iniciada terapia antimicrobiana com meropenem e vancomicina. Paciente evoluiu para óbito.

CONCLUSÃO

O pseudocisto pancreático é uma complicação da pancreatite aguda quando não há regressão espontânea. O quadro pode ser evitado com a realização da cirurgia de colecistectomia com o objetivo de impedir consequências que podem ser fatais para o paciente. O relato citado apresenta uma paciente que evoluiu com pseudocisto pancreático posterior ao episódio de pancreatite aguda biliar e que, após procedimento cirúrgico para drenagem, evoluiu com abscesso pancreático, sepse e resultou em óbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha, E. F. D. C., Rocha, M. D. S., Pereira, F. P., Blasbalg, R., & Baroni, R. H. (2014). Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. *Radiologia Brasileira*, 47(3), 165-175. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842014000300165&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em 27 de janeiro de 2021.
2. Apodaca-Torrez, F. R., Lobo, E. J., Monteiro, L. M. C., Melo, G. R. D., Goldenberg, A., Herani Filho, B., ... & Lopes Filho, G. D. J. (2012). Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 39(5), 385-388. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912012000500008&script=sci_arttext>. Acessado em 27 de janeiro de 2021.
3. Beekingham IJ, Bornman PC. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. Acute pancreatitis. *BMJ*. 2001 Mar 10;322(7286):595-8. doi: 10.1136/bmj.322.7286.595. PMID: 11238158; PMCID: PMC1119789.
4. Zerem E. (2014). Tratamento da pancreatite aguda grave e suas complicações. *World journal of gastroenterology*, 20 (38), 13879–13892. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i38.13879>. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194569/>>. Acessado em 27 de janeiro de 2021.
5. Okabayashi, N. Y. T., Casaca, M. C. G., Rodrigues, M. V. R., & Martins, E. P. (2020). Pancreatite aguda grave: Diagnóstico e tratamento. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 17487-17506. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/20848/16643>>. Acessado em 27 de janeiro de 2021.
6. Darwin L. Conwell, Peter A. Banks, Norton J. Greenberger. Pancreatites aguda e crônica. In: J. Larry Jameson, Dennis L. Kasper, Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. *Medicina interna de Harrison*. 20ª edição. Porto Alegre: AMGH Editora LTDA; 2020. p. 2437-2449.