Ruptura espontânea para cavidade abdominal de pseudocisto pancreático e seu tratamento

Spontaneous rupture of pancreatic pseudocyst and its treatment: a case report

Roberto Viña Coral[1], Roberto Pelegrini Coral[2], Guilherme Fagundes Bassols[1], Rodrigo Koprovsky Menguer[1], Luciana El Halal Schuch[3], Camila Perazzoli[3]

RESUMO

O pseudocisto de pâncreas é caracterizado como uma coleção fluida rica em enzimas pancreáticas circundada por tecido de fibrose e granulação, sendo mais comum nos casos de pancreatite crônica e, também, na etiologia alcóolica da doença. Sua indicação cirúrgica se baseia nos casos assintomáticos que não tendem à regressão e nas suas complicações. Entre elas, bastante rara, destaca-se a ruptura espontânea do pseudocisto de maneira livre para cavidade abdominal. Relatamos aqui um caso de ruptura espontânea para cavidade abdominal de pseudocisto pancreático com quadro clínico de abdome agudo com pneumoperitônio no raio-x, que foi tratado com drenagem externa do mesmo para a parede abdominal. Apesar de cada vez mais consagrado o tratamento dessa patologia por via endoscópica ou percutânea, relatamos aqui um raro caso aonde a conduta cirúrgica se tornou imperativa, sendo bastante útil para os cirurgiões.

UNITERMOS: Pseudocisto Pancreático, Ruptura Espontânea, Pneumoperitônio.

ABSTRACT

Pseudocyst of the pancreas is characterized as a fluid collection rich in pancreatic enzymes surrounded by fibrotic tissue and granulation, being more common in cases of chronic pancreatitis. Its surgical indication is based on the asymptomatic cases that do not tend to regression and on its complications. Among them, though very rare, there is spontaneous rupture of the pseudocyst freely into the abdominal cavity. Here we report a case of spontaneous rupture of pancreatic pseudocyst into the abdominal cavity with a clinical picture of acute abdomen with radiologic pneumoperitoneum, which was treated with external drainage to the abdominal wall. Although treatment through endoscopic or percutaneous route is increasingly well established, here we report a rare case in which the surgical procedure became imperative.

KEYWORDS: *Pancreatic Pseudocyst, Spontaneous Rupture, Pneumoperitoneum.*

INTRODUÇÃO

Pseudocisto de pâncreas é caracterizado como uma coleção fluida rica em enzimas pancreáticas circundada por tecido de fibrose e granulação, não sendo contida por epitélio. Podem ter comunicação direta ou indireta com o parênquima pancreático, sendo causados por disfunção do sistema ductal com aumento de pressão dos mesmos, causado por estenoses, cálculos, plugs de proteínas ou como resultado de uma necrose pancreática seguida por pancreatite aguda (1). Sua incidência é maior nos casos de pancreatite crônica (20 - 40%) e nas causas alcoólicas de pancreatite, perfazendo 70 a 78% dos casos, podendo variar conforme a fonte.

Seu tratamento é indicado quando assintomático em pseudocistos com mais de seis semanas de evolução ou com mais que 4 cm de diâmetro por sua improvável tendência à regressão espontânea, além da ocorrência de complicações, tais como: compressão de grandes vasos, obstrução gástrica, duodenal ou de via biliar principal, pseudocisto infectado, hemorragia e fistula pancreatica-pleural (2). Além desses

[1] Cirurgião geral e instrutor da residência de cirurgia geral da Santa Casa de Porto Alegre.
[2] Doutor em medicina. Cirurgião geral, Chefe do serviço de cirurgia geral e da residência de cirurgia geral da Santa Casa de Porto Alegre.
[3] Cirurgiã geral.

exemplos, citamos a ruptura espontânea do pseudocisto. Ela pode ser tanto para uma víscera adjacente, sendo mais comum o estômago, como relatado por Mohammed e cols. (3), como livremente para cavidade peritoneal, evento bastante raro, de intervenção cirúrgica imediata para seu reparo.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 63 anos, vem à emergência do hospital com queixas de dor abdominal difusa há dois dias que se intensificaram há poucas horas, negando outros sintomas. Ao exame físico, apresentava-se com sinais de choque séptico, abdômen com defesa e irritação peritoneal difusa. O RX de abdome agudo demonstrou pneumoperitônio. Paciente relata ser HIV positivo em tratamento com antirretrovirais, ser ex-etilista, além de ter tido dois quadros prévios de pancreatite, tendo sido já investigado em outra instituição com exames de tomografia e ressonância que evidenciavam volumoso pseudocisto em cabeça de pâncreas, ectasia ductal e calcificações no corpo, sugerindo pancreatite crônica, sendo tratado conservadoramente até então. Submetido à laparotomia exploradora na qual foi evidenciado grande quantidade de líquido livre na cavidade, de coloração acinzentada, espesso que vinha de volumoso pseudocisto pancreático, no qual se via área de perfuração do mesmo, com debris necróticos no seu interior. Realizada coleta desse material para análise, que evidenciou altos níveis de amilase e lipase e ausência de crescimento bacteriano. Foi realizada lavagem exaustiva da cavidade, inclusive na cavidade de pseudocisto e feita a drenagem do mesmo através da parede abdominal, em flanco direito, sendo ancorado com pontos separados de fio absorvível. Iniciado esquema de antibiótico com amoxacilina + sulbactam e o paciente teve ótima evolução, aceitando dieta precocemente, recebendo alta no 5° pós-operatório. Por volta de 30 dias de pós-operatório, paciente apresentou drenagem de líquido claro, compatível com secreção pancreática, de baixo débito. Optado por tratamento conservador, a fístula fechou espontaneamente em menos de 10 dias. Tomografia de controle demonstrou desaparecimento da lesão pancreática.

DISCUSSÃO

Apresentamos aqui um caso raro que não encontramos relato detalhado na literatura médica. No caso, o paciente apresentou quadro de franco abdômen agudo, com pneumoperitônio no exame de RX. Esse detalhe nos chama atenção visto que, teoricamente, não deveria haver extravasamento de gás para cavidade com a ruptura do pseudocisto. Possibilidades para isso seria a presença de bactérias produtoras de gás no pseudocisto, visto que o mesmo encontrava-se com secreção espessa e o paciente estava séptico, no entanto o exame cultural do líquido veio negativo. Outra possibilidade, mais remota, seria a ruptura e presença de fístula para o trato gastrointestinal prévia, porém exames de imagem (TC e RNM) não demonstraram. O tratamento de escolha foi a drenagem externa para a parede abdominal do pseudocisto, funcionando como uma "ostomia" de pâncreas, visto que por quadro séptico e secreção espessa do mesmo, confecções de anastomoses seriam arriscadas. Não encontramos na literatura médica um relato parecido dessa técnica. Ang e cols. (4), já relataram caso de ruptura com hemorragia bloqueada na cavidade e infarto agudo de miocárdio e, apesar de reconhecerem que a cirurgia é a escolha para tais casos, os mesmos relatam a experiência de



FIGURA 1 – Ressonância magnética de abdômen evidenciando volumoso pseudocisto mais em topografia de cabeça de pâncreas

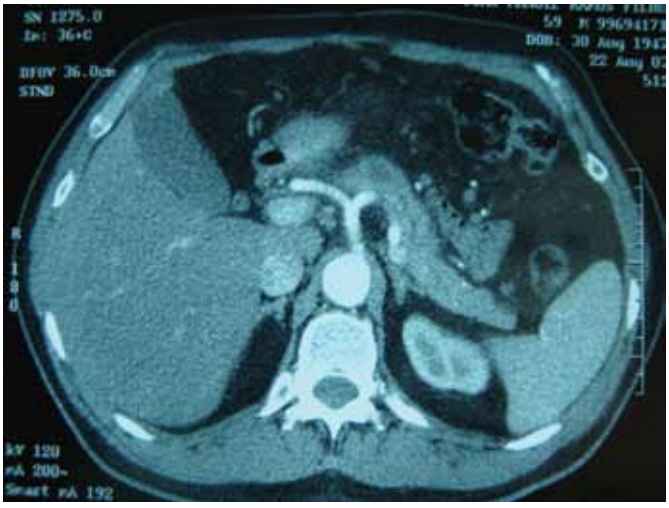


FIGURA 2 – Tomografia de agosto de 2007 evidenciando área de ectasia ductal e calcificações em pâncreas



FIGURA 3 – Tomografia de outubro de 2009 evidenciando volumosa massa em região de topografia de cabeça do pâncreas, compatível com pseudocisto



FIGURA 4 – Imagem do trans-operatório. Exposição da perfuração do pseudocisto e sua cavidade com debris necróticos

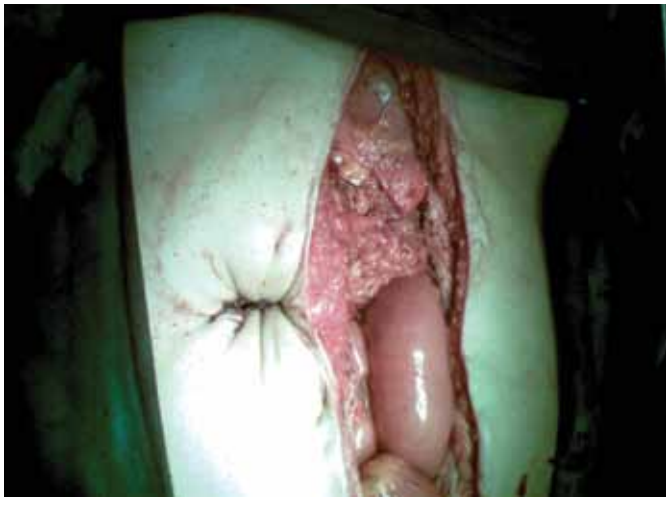


FIGURA 5 – Aspecto final do procedimento. Observa-se incisão mediana, ainda aberta, e "ostomia" do pseudocisto à direita

drenagem por ultrassom endoscópico. Outro caso em que o tratamento conservador com drenagem endoscópica ou percutânea pode ser útil é o de Panackel e cols. (5), no qual se relata pseudocisto mediastinal causando importante disfagia, mas que obteve completa resolução com tratamento não cirúrgico. Nosso caso, diferentemente de outros já citados, trata-se de perfuração livre do pseudocisto, ou seja, sem bloqueios ou fístulas para outros órgãos, algo que, inevitavelmente, abranda a situação. Atualmente, apesar de não existir nenhum estudo prospectivo randomizado para avaliar o tratamento do pseudocisto das formas cirúrgica, endoscópica ou percutânea, a endoscopia vem se tornando cada vez mais a opção de tratamento, principalmente em grandes centros que dispõe do aparelho com ultrassom e Doppler (1, 2). No nosso caso, em primeiro lugar, optamos pela opção cirúrgica pela dramaticidade do caso, além de que a instituição não oferece tais recursos endoscópicos para o Sistema Único de Saúde. No desfecho, tivemos uma fístula pancreática que, num primeiro momento, nos parece óbvia e, felizmente, se caracterizou como de baixo débito e sem repercussões clínicas ao paciente.

COMENTÁRIOS FINAIS

Por fim, relatamos nossa experiência num raro caso de perfuração livre para cavidade abdominal de pseudocisto pancreático. Salientamos a conduta de drenagem externa do pseudocisto para parede abdominal, funcionando como uma "ostomia" de pâncreas e seu sucesso no caso. Sabemos que tal conduta não será regra para tais situações, mas vale relatar sua utilidade para cirurgiões, principalmente em centros com poucos recursos e tecnologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst, World J. Gastroenterology. 2009;15(1):38-47.
2. Lerch MM, Stier A, Wahnschaffe U, Mayerle J. Pancreatic pseudocysts, observation, endoscopic drainage, or resection? Dtsch Arztebl int 2009;106(38): 614-21
3. Mir MF, Shaheen F, Gojwari TA, Singh M, Nazir P, Ahmad S. Uncomplicated spontaneous rupture of the pancreatic pseudocyst into the gut - CT documentation: A serie of two cases, The Saudi Journal of Gastroenterology. 2009;15(2):135-6.
4. Ang TL. A case of perforated pancreatic pseudocyst complicated by acute myocardial infarction successfully treated by EUS-guided transgastric drainage. J Pancreas. 2009;10(3):324-327.
5. Panackel C, Korah AT, Krishnadas D, Vinayakumar KR. Pancreatic pseudocyst presenting as dysphagia: a case report. The Saudi Journal of Gastroenterology. 2008;14(1):28-30.

✉ Endereço para correspondência
Roberto Pelegrini Coral
Av. Pereira Passos, 562
91900-240 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3222-9090 / (51) 9981-7823
roberto_coral@hotmail.com

Recebido: 17/5/2010 – Aprovado: 27/7/2010