Drenagem de pseudocisto de pâncreas guiada por ecoendoscopia: relato do 1º caso no Rio Grande do Sul

Endoscopic ultrasound-guided pancreatic pseudocyst drainage: report of the first case in Rio Grande do Sul

César Vivian Lopes[1], Júlio Carlos Pereira Lima[2], Paulo Macagnan[3], Marc Giovannini[4]

RESUMO

A terapêutica cirúrgica constitui abordagem comum para o manejo de pseudocistos sintomáticos de pâncreas em muitos centros, apesar da morbidade acentuada e da mortalidade. Com o advento da ultrassonografia endoscópica, terapêuticas endoscópicas minimamente invasivas, como a drenagem trans-mural ecoguiada, têm demonstrado resultados tão bons ou superiores aos da terapêutica cirúrgica. Desta forma, cistogastrostomias ou cistoduodenostomias com inserção de próteses plásticas podem ser criadas com o emprego de ecoendoscópios lineares sob controle endossonográfico, endoscópico e fluoroscópico. Neste relato, apresentamos um paciente com pseudocisto secundário a pancreatite aguda submetido à drenagem trans-gástrica ecoguiada.

UNITERMOS: Pseudocisto Pancreático, Endoscopia, Endossonografia, Drenagem.

ABSTRACT

Surgical therapy is a common approach for management of symptomatic pancreatic pseudocysts in many centers despite severe morbidity and mortality. With the emergence of endoscopic ultrasonography, minimally invasive endoscopic therapies, such as ultrasound-guided trans-mural drainage, have shown results as good as or superior to surgical therapy. In this way, cystogastrostomy or cystoduodenostomy with insertion of plastic prostheses can be created with the use of linear echo-endoscopes under endosonographic, endoscopic and fluoroscopic guidance. In this report, we present a patient with pseudocyst secondary to acute pancreatitis who underwent ultrasound-guided trans-gastric drainage.

KEYWORDS: *Pancreatic Pseudocyst, Endoscopy, Endosonography, Drainage.*

[1] Pós-doutor. Gastroenterologista. Coordenador do Serviço de Ecoendoscopia da Santa Casa de Porto Alegre.
[2] Doutor. Gastroenterologista da Santa Casa de Porto Alegre.
[3] Gastroenterologista do Hospital Santa Lúcia de Cruz Alta.
[4] Doutor. Médico chefe do Serviço de Endoscopia do Institut Paoli-Calmettes, Marselha, França.

INTRODUÇÃO

Os pseudocistos de pâncreas são coleções de fluido pancreático, os quais mais comumente representam uma sequela de pancreatite aguda ou crônica, e constituem as lesões císticas mais comuns do pâncreas (1). O tratamento é reservado para pseudocistos sintomáticos, que aumentam durante seguimento, ou complicados por infecção e sangramento. As opções terapêuticas incluem, tradicionalmente, a cirurgia e a drenagem percutânea, com a drenagem endoscópica trans-mural sendo o procedimento mais recente. As taxas de resolução da coleção são elevadas para todos os procedimentos, embora com maior morbidade, custo e período de internação para o manejo cirúrgico (2-5). Dessa forma, abordagens minimamente invasivas são encorajadas. Especificamente, para a drenagem endoscópica trans-mural, o advento da ultrassonografia endoscópica ofereceu maior segurança ao procedimento e redução significatica da morbidade (3, 5-8), permitindo que maior número de pacientes sejam tratados por esse método. Assim, mesmo portadores de pseudocistos sem abaulamento do lúmen gastroduodenal ou aqueles com vasos interpostos entre o pseudocisto e a parede gastroduodenal podem ser adequadamente tratados. Uma vez estabelecido o acesso ao pseudocisto, próteses plásticas podem ser inseridas entre a coleção e o lúmen gástrico (cistogastrostomia) ou duodenal (cistoduodenostomia) para drenagem da coleção.

Neste relato, apresentamos o caso de um paciente sintomático com pseudocisto de pâncreas com aumento progressivo de suas dimensões após episódio de pancreatite aguda, o qual foi tratado pela técnica de drenagem endoscópica trans-mural guiada por ultrassonografia endoscópica.

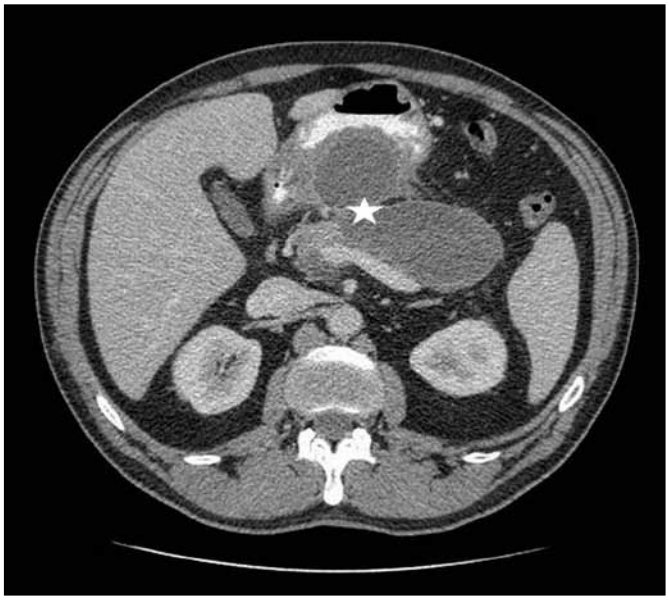


FIGURA 1 – Imagem tomográfica de grande pseudocisto pancreático (*) ocupando o corpo e a cauda da glândula, medindo 12 x 7 cm, com deslocamento da grande curvatura gástrica.

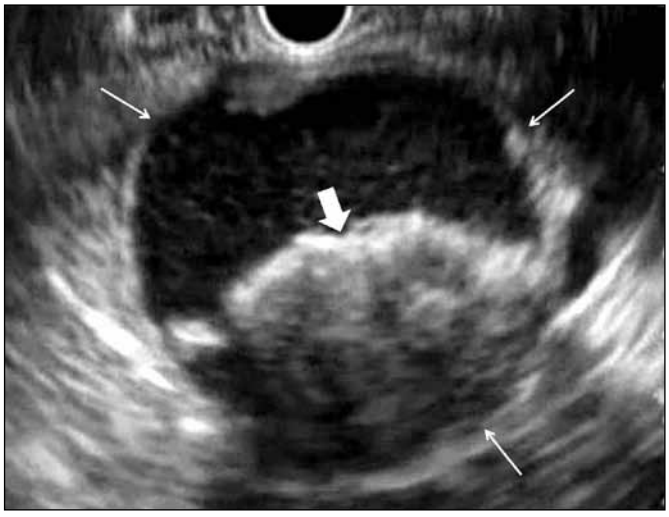


FIGURA 2 – Imagem ecoendoscópica de pseudocisto pancreático com paredes espessas (5 mm) e com debris necróticos em seu interior (seta branca larga).

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 55 anos com histórico prévio de pancreatite alcoólica edematosa há 9 meses. Procura assistência médica após a alta hospitalar por queixas persistentes de náuseas pós-prandiais, desconforto epigástrico, episódios diarreicos e perda ponderal.

O quadro laboratorial não apresentava qualquer alteração relevante.

A tomografia de abdome demonstrava grande pseudocisto pancreático, segundo a classificação de Atlanta (1), ocupando o corpo e a cauda da glândula, medindo 12 x 7 cm, com deslocamento da grande curvatura gástrica, sem comunicação com o ducto pancreático principal. Além disso, não havia indícios de pancreatite crônica, o calibre da via biliar era normal e não se demonstrava linfoadenopatia ou ascite peripancreáticos (Figura 1). A ecoendoscopia apresentava extensa coleção uniloculada com paredes espessas (5mm), distante 8 mm da parede gástrica, e com debris necróticos em seu interior (Figura 2). Pela presença de dor, aumento das dimensões do pseudocisto, distância da parede gástrica < 1 cm, e ausência de vasos interpostos, confirmados parâmetros de coagulação adequados (tempo de protrombina > 60%, plaquetas > 80.000/mm^3), optou-se pela drenagem da coleção guiada por ultrassonografia endoscópica. O procedimento foi realizado com um ecoendoscópio linear terapêutico (GF-UCT140-AL5; Olympus Optical Corp., Tokyo, Japan), com o paciente sob anestesia geral, em decúbito lateral esquerdo e com controles endossonográfico, endoscópico e fluoroscópico. Antibioticoprofilaxia com ciprofloxacina foi administrada por 24 horas. A sequência de etapas do procedimento foram as seguintes: 1. localização ecoendoscópica da zona de con-

tato entre a parede do pseudocisto e a parede gástrica sem vasos interpostos; 2. punção da zona de contato com um cistostoma de 10Fr (COOK®), seguido pela inserção de dois fios-guias de 0,035 polegadas; 3. dilatação do pertuito com balão biliar de 8 mm (Figura 3); 4. Inserção de duas próteses plásticas de 7Fr, com 5 cm de comprimento e ambas extremidades curvas (pig tail) (COOK®), e um dreno nasocístico de 7Fr (Figura 4) para lavagem da coleção por 24 horas.

Uma vez criada a cistogastrostomia, o dreno nasocístico foi retirado e o paciente recebeu alta hospitalar após 24 horas, já havendo reiniciado sua dieta habitual. Após 40 dias, o paciente apresentava resolução completa da sintomatologia, momento em que o mesmo foi submetido a controle tomográfico, demonstrando acentuada redução do pseudocisto (Figura 5), e com ambas próteses ainda *in situ* (Figura 6). Com esta evolução, as próteses foram retiradas após 12 semanas do procedimento.

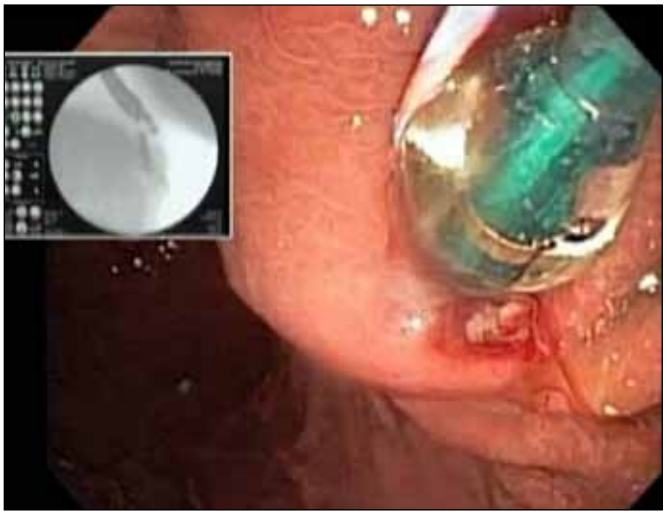


FIGURA 3 – Dilatação do trajeto fistuloso com balão biliar. No detalhe, imagem radiológica com balão plenamente insuflado.

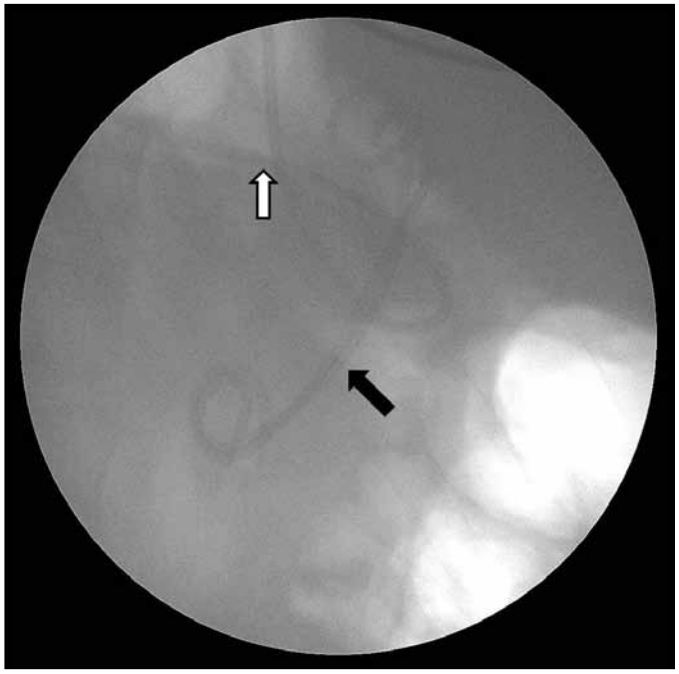


FIGURA 4 – Imagem radiológica de duas próteses plásticas double pig tail de 7Fr (seta preta) e dreno nasocístico (seta branca) no interior do pseudocisto.

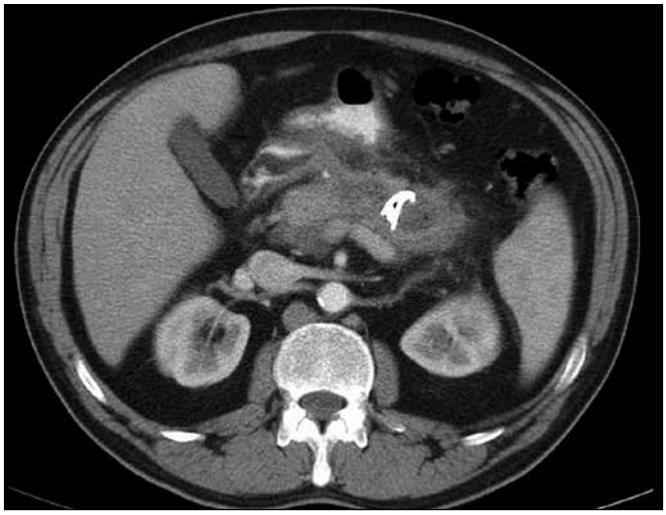


FIGURA 5 – Controle tomográfico com redução acentuada do pseudocisto, agora com nítida descompressão da cauda do órgão e sem deslocamento da grande curvatura gástrica.



FIGURA 6 – Imagem em corte tomográfico sagital com detalhe das próteses plásticas (estrutura branca tubular) entre o pseudocisto e o lúmen gástrico.

DISCUSSÃO

Vosoghi et al. (6), em revisão de 11 estudos e 99 pacientes, demonstraram que a drenagem trans-mural ecoguiada de pseudocistos pancreáticos foi efetiva em 94% dos casos, com recorrência de 9% e taxa média de complicações de apenas 1,4%, variando entre 0 e 7%. Não houve mortalidade relacionada ao procedimento e as complicações mais comuns durante ou após a terapêutica endoscópica foram infecção (5%), sangramento (1%) e perfuração (1%).

Recentemente, Varadarajulu et al. (9) publicaram a maior série prospectiva de casos, com 211 pacientes, a respeito da drenagem trans-mural de coleções pancreáticas, das quais 45% eram constituídas por pseudocistos, e outros 55% por abscessos e necrose pancreática. Compressão luminal à endoscopia foi detectada em apenas 51% dos pacientes, e a drenagem foi guiada por ecoendoscopia em 71% dos casos. Após seguimento mediano de 356 dias, a terapêutica endoscópica foi resolutiva em 85% dos casos, embora 93% para pseudocistos e abscessos e 63% para necrose [OR = 7,6; p < 0,0001]. Complicações ocorreram em 17 (8,5%) pacientes, sendo menor para portadores de pseudocistos e abscessos quando comparado aos com necrose pancreática (5% vs. 16%, p = 0,02).

A respeito do valor da ecoendoscopia para a drenagem trans-mural de pseudocistos, estudo prospectivo randomizado demonstrou que a drenagem trans-mural ecoguiada fora adequada em todos os pacientes, perante apenas 33% para o grupo que não empregou a ecoendoscopia (OR = 39; p < 0,001). Ainda assim, todos os pacientes com falha da drenagem sem o emprego da ecoendoscopia foram adequadamente drenados quando da troca para o grupo empregando a ecoendoscopia. Complicações graves ocorreram em apenas 2 pacientes do grupo sem ecoendoscopia, ambos com sangramento, um deles necessitando transfusão e o outro indo a óbito por choque hipovolêmico (10).

Também deve ser ressaltado que a ecoendoscopia, na ausência de história clínica de pancreatite e com achados ecográficos atípicos, confirmará como verdadeiras lesões císticas neoplásicas 5% a 9% dos supostos pseudocistos candidatos à drenagem. Além disso, o emprego da ecoendoscopia propicia uma abordagem com menor período de internação e mais custo-efetiva (3, 7, 10, 11). A esse respeito, em estudo comparativo entre a drenagem trans-mural ecoguiada e a cistogastrostomia cirúrgica para pseudocistos pancreáticos, o procedimento foi adequado tanto para a terapêutica endoscópica como para a cirúrgica (95% vs 100%; p = 0,36), com ausência de complicações para os dois grupos. No entanto, a drenagem ecoguiada necessitou menor período de internação (2,6 vs 6,5 dias; p = 0,008), bem como custo da terapêutica (p = 0,01)(3). Nosso paciente também permaneceu apenas 2 dias no hospital, não necessitou cuidados de terapia intensiva e recebeu alta hospitalar com sua dieta habitual e sem restrição a suas atividades rotineiras.

Ainda quanto à terapêutica cirúrgica, a mortalidade do procedimento vem caindo muito nos últimos anos, apesar de a morbidade permanecer algo elevada. Dados de duas séries com 144 pacientes demonstraram mortalidade inferior a 1%, embora as taxas de morbidade e recorrência fossem de, respectivamente, 28% e 6% (2, 4). Dessa forma, a literatura demonstra que a cirurgia poderia ser a melhor opção terapêutica na presença de múltiplos pseudocistos, complicações relacionadas à pancreatite crônica, na suspeita de malignidade, bem como para tratamento de resgate quando da falha da terapêutica endoscópica (5, 6, 12).

Apesar dos resultados animadores da terapêutica endoscópica, devemos salientar a diferença destes resultados quando do manejo de pseudocistos em portadores de pancreatite aguda e crônica (5, 8, 13). Na experiência de Baron et al. (13), a resolutividade foi maior em pacientes com pseudocistos de portadores de pancreatite crônica (92%) do que em portadores de pancreatite aguda (74%; p = 0,02), embora sem diferença significativa quanto ao índice de complicações (17% vs. 19%) ou recorrência após seguimento mediano de 2 anos (12% vs. 9%). Embora a origem do pseudocisto de nosso paciente fosse um episódio prévio de pancreatite aguda, sua evolução após drenagem foi extremamente favorável. Tais achados não contraindicam a terapêutica endoscópica neste grupo particular de doentes, mas podem sugerir a necessidade de um controle mais rigoroso durante o seguimento.

Por fim, Barthet et al. (14) formularam um algoritmo para uniformizar a seleção da melhor terapêutica endoscópica para portadores de pseudocistos pancreáticos, fosse a drenagem trans-mural guiada ou não por ecoendoscopia ou a drenagem trans-papilar. Neste algoritmo, pacientes com vasos interpostos e portadores de coleções com mais de 5 cm na ausência de abaulamento luminal foram submetidos à drenagem trans-mural ecoguiada. Essa foi a conduta para nosso paciente. Os casos sem vasos interpostos e com abaulamento luminal foram submetidos à drenagem trans-mural sem ecoendoscopia. Casos sem vasos aparentes e abaulamento luminal em pseudocistos menores de 5 cm ou portadores de pancreatite crônica foram avaliados previamente com pancreatografia endoscópica retrógrada para verificar a possibilidade de drenagem trans-papilar, embora o procedimento não fosse realizado isoladamente em pseudocistos com mais de 5 cm pelo maior risco de infecção. A drenagem ecoguiada foi necessária em 56% dos casos, com outros 26% e 16% sendo submetidos, respectivamente, às drenagens convencional e trans-papilar. Com esse algoritmo, houve desaparecimento dos pseudocistos em 96% dos casos, sem diferença significativa entre os 3 grupos. A morbidade foi de 18%, novamente sem diferença entre os grupos, embora com maior número de casos em pacientes submetidos à drenagem ecoguiada. A este respeito, os autores enfatizam que pacientes de maior risco (i.e. com hipertensão portal, pseudocistos de maiores dimensões e com conteúdo heterogêneo, portadores de pancreatite aguda) foram alocados para drenagem ecoguiada. Dessa for-

ma, certamente tais pacientes poderiam apresentar maior número de complicações se da opção pela drenagem sem o emprego da ultrassonografia endoscópica ou se submetidos à terapêutica cirúrgica.

COMENTÁRIOS FINAIS

A drenagem trans-mural de pseudocistos não complicados de pâncreas guiada pela ultrassonografia endoscópica é procedimento altamente eficaz, com baixos índices de complicações e recorrência quando comparada às drenagens endoscópica sem ecoendoscopia ou cirúrgica. Pela presença de vasos interpostos ou ausência de abaulamento luminal, a drenagem ecoguiada será necessária em, pelo menos, metade de todos os candidatos à terapêutica endoscópica. Somado ao menor período de internação e custo do procedimento, a drenagem ecoguiada proporciona que maior número de pacientes sejam submetidos à terapêutica endoscópica, especialmente os portadores de comorbidades que contraindiquem a terapêutica cirúrgica. Nesses casos, a drenagem ecoguiada não se mostra um tratamento alternativo, mas sim a terapêutica de eleição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bradley EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Arch Surg. 1993;128:586-90.
2. Usatoff V, Brancatisano R, Williamson RC. Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis. Br J Surg. 2000;87:1494-99.
3. Varadarajulu S, Lopes TL, Wilcox CM, Drelichman ER, Kilgore ML, Christein JD. EUS versus surgical cyst-gastrostomy for management of pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc. 2008; 68:649-55.
4. Spivak H, Galloway JR, Amerson JR, Fink AS, Branum GD, Redvanly RD et al. Management of pancreatic pseudocysts. J Am Coll Surg. 1998;186:507-11.
5. Andren-Sandberg A, Ansorge C, Eiriksson K, Glomsaker T, Maleckas A. Treatment of pancreatic pseudocysts. Scand J Surg. 2005;94:165-75.
6. Vosoghi M, Sial S, Garrett B, Feng J, Lee T, Stabile BE et al. EUS--guided pancreatic pseudocyst drainage: review and experience at Harbor-UCLA Medical Center. MedGenMed. 2002;4:2.
7. Varadarajulu S, Wilcox CM, Tamhane A, Eloubeidi MA, Blakely J, Canon CL. Role of EUS in drainage of peripancreatic fluid collections not amenable for endoscopic transmural drainage. Gastrointest Endosc. 2007;66: 1107-19.
8. Lopes CV, Pesenti C, Bories E, Caillol F, Giovannini M. Endoscopic--ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses. Scand J Gastroenterol. 2007;42:524-9.
9. Varadarajulu S, Bang JY, Phadnis MA, Christein JD, Wilcox CM. Endoscopic transmural drainage of peripancreatic fluid collections: outcomes and predictors of treatment. Success in 211 consecutive patients. J Gastrointest Surg. 2011;15:2080-88.
10. Varadarajulu S, Christein JD, Tamhane A, Drelichman ER, Wilcox CM. Prospective randomized trial comparing EUS and EGD for transmural drainage of pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc. 2008;68:1102-11.
11. Vazquez-Sequeiros E. Drainage of peripancreatic-fluid collections: is EUS really necessary? Gastrointest Endosc. 2007;66:1120-22.
12. Johnson MD, Walsh RM, Henderson JM, Brown N, Ponsky J, Dumot J et al. Surgical versus nonsurgical management of pancreatic pseudocysts. J Clin Gastroenterol. 2009;43:586-90.
13. Baron TH, Harewood GC, Morgan DE, Yates MR. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute PPCs, and chronic PPCs. Gastrointest Endosc. 2002;56:7-17.
14. Barthet M, Lamblin G, Gasmi M, Vitton V, Desjeux A, Grimaud JC. Clinical usefulness of a treatment algorithm for pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc. 2008;67:245-52.

✉ Endereço para correspondência
César Vivian Lopes
Rua Cristiano Fischer, 668/1001
91.410-000 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3214-8058
drcvlopes@gmail.com

Recebido: 20/01/2012 – Aprovado: 05/04/2012