



A DIFÍCIL IDENTIFICAÇÃO DA PANCREATITE DE SULCO: RELATO DE CASO

The difficult identification of pancreatitis of furrow: case report

Antonio H. R. B. da Silva¹; Renata T. Katzenelson²; Ciro C. Medeiros³; Ronaldo Nonose³; Décio L. S. Mazzini³

¹Residente de cirurgia geral avançada, ²Residente de cirurgia pediátrica, ³Preceptor do programa de cirurgia geral

Resumo

A Pancreatite de sulco ou de Groove é uma forma rara de pancreatite segmentar de incidência desconhecida pela literatura. Acomete com maior frequência homens entre a 4^o. e 5^o. década de vida com história prévia de alcoolismo¹. Usualmente a lesão se localiza no sulco pancreato-duodenal, entre a porção cefálica do pâncreas, segunda porção do duodeno e colédoco, por esse motivo deve-se considerar no diagnóstico diferencial o adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. **Objetivo:** relatar um caso raro de pancreatite de sulco e realizar uma revisão bibliográfica sobre este tema.

Palavras Chaves: Pancreatite. Groove. Relato de Caso.

Introdução

A Pancreatite de sulco ou de Groove é uma forma rara de pancreatite segmentar de incidência desconhecida pela literatura. Acomete com maior frequência homens entre a 4^o. e 5^o. década de vida com história prévia de alcoolismo¹. Usualmente a lesão se localiza no sulco pancreato-duodenal, entre a porção cefálica do pâncreas, segunda porção do duodeno e colédoco, por esse motivo deve-se considerar no diagnóstico diferencial o adenocarcinoma de cabeça de pâncreas¹. O problema de estudo desta pesquisa partiu do seguinte questionamento: Qual a melhor abordagem nos casos de complicações ou de dúvida diagnóstica na pancreatite de sulco?

Objetivo

Relatar um caso raro de pancreatite de sulco.

Método

Trata-se de um relato de caso.



Relato de Caso

C.V.A., masculino, 35 anos, deu entrada no nosso serviço, com quadro de icterícia de início súbito, flutuante, prurido esporádico, acolia fecal, colúria e emagrecimento de 15% há 2 meses. Negava dor abdominal, antecedentes de pancreatite prévia, etilismo e outras comorbidades. Ao exame físico geral apresentava-se em regular estado geral, desidratado e icterico 3+/4 com exame compatível de síndrome colestática sem sinal de colangite.

Os exames laboratoriais demonstraram Amilase de 240 U/L, Lipase 154 U/L, Transaminase Glutâmica Oxalacética 82 U/L, Transaminase Glutâmica Pirúvica 126 U/L, Bilirrubina Direta de 16,6 mg/dL, Leucograma : 8.200/mm³ sem desvio a esquerda, Gama GT de 337 U/L e Fosfatase Alcalina de 451 U/L, CEA 2.2 ng/mL e CA 19.9 238 U/mL. Realizou-se ultrassonografia das vias biliares que constatou colédoco com 1.1cm, dilatação das vias biliares intra hepáticas, vesícula de paredes normotensas, conteúdo anecoico com área hipoecogênica, sem sombra acústica. Em seguida, foi realizada endoscopia digestiva alta que mostrou pangastrite enantematosa leve e abaulamento recoberto por necrose em topografia de papila duodenal maior e tomografia de abdome com contraste que evidenciou dilatação das vias biliares intra hepáticas, pâncreas de aspecto normal e dilatação do ducto de Wirsung.

A colangioproressonancia mostrou vesícula biliar distendida com paredes finas, obstrução do colédoco distal e do ducto de Wirsung ao nível de papila maior e a ressonância magnética de abdome superior demonstrou pâncreas com intensa dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas e vesícula biliar com paredes finas e regulares, sendo observado uma obstrução abrupta no nível do colédoco distal, além de pâncreas difusamente reduzido de volume com sinal heterógeno com dilatação significativa e tortuosidade do ducto de Wirsung, obstrução proximal do ducto ao nível da papila e ao nível da cabeça pancreática um nódulo que tem um baixo sinal em T1-T2 e mede 2 cm, coincidindo com ponto de obstrução tanto do ducto de Wirsung quanto do colédoco distal. Este nódulo apresenta restrição à difusão.

Levantada a hipótese de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, foi solicitado a eco endoscopia alta para elucidar o diagnóstico, que evidenciou dilatação das vias biliares intra hepáticas, vesícula biliar distendida e com paredes espessas, notando-se imagens hiperecóticas no seu interior, sendo algumas móveis, compatíveis com barro e micro litíase biliar. Observou-se ainda, uma imagem hiperecótica, fixa à parede vesicular, imóvel, medindo 15 mm no maior eixo, compatível com pólip. O colédoco apresentava-se dilatado, medindo 20 mm, com diminuição progressiva do seu calibre, podendo corresponder a estenose de etiologia inflamatória. O ducto pancreático principal apresentou-se tortuoso e dilatado, medindo 8 mm na porção cefálica. O pâncreas apresentou-se com parênquima heterogêneo, estrias hipercogênicas, dispostas difusamente no corpo e cauda, imagens diminutas, presentes sobretudo no corpo pancreático, compatível com dilatações de ductos pancreáticos secundários. E por fim, edema e espessamento da parede duodenal, concluindo-se a partir da descrição a hipótese de pancreatite de sulco.

Paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora e no inventário da cavidade foi constatado uma pequena quantidade de líquido ascítico de aspecto bilioso, hepatomegalia severa, vesícula dilatada em forma de banana, colédoco dilatado com aproximadamente 2,5 cm de diâmetro, volumosa massa retroperitoneal, fibrosa e endurecida em topografia de cabeça de pâncreas mais precisamente em sulco. Após a inspeção, foi realizada primeiramente a colecistectomia evidenciando múltiplos cálculos na vesícula biliar e em seguida foi identificado o ducto de Wirsung no corpo do pâncreas



através da punção aspirativa por agulha fina, na qual o mesmo, encontrava-se dilatado com aproximadamente 8 mm diâmetro, realizou-se então, uma abertura no ducto de Wirsung no ponto mencionado com incisão longitudinal de 3 cm, e enterectomia à 50 cm do angulo de Treitz, subindo a alça distal e realizando uma pancreaticojejuno anastomose latero-lateral com pontos separados com o ducto de Wirsung. Finalizando com uma anastomose da pata do Y da alça proximal à 50 cm da enterectomia, além de derivação da via biliar com uma coledoduodeno anastomose e drenagem com dreno túbulo laminar. Após a intervenção, o paciente evoluiu bem, com resolução do quadro icterico, e prurido e alta no sétimo dia do pós operatório. Abaixo figuras que apresentam a inspeção da cavidade, vesícula em banana e ducto colédoco dilatado, confecção do colédoco-duodeno anastomose.



Figura 1: Inspeção da cavidade abdominal



Figura 2: Vesícula em banana e Ducto Colédoco dilatado



Figura 3: Confecção da colédoco-duodeno anastomose



Figura 4: Confecção da colédoco-duodeno anastomose



Figura 5: Confecção da anastomose pancreaticojejunal



Figura 6: 60º. PO



Discussão

A Pancreatite de Groove foi descrita pela primeira vez por Becker e Bauchspeichel em 1973, como provável consequência de inflamação do tecido pancreático ectópico, e classificada em forma pura ou segmentar, sendo que a pura afeta apenas o sulco enquanto a segmentar se estende até a cabeça do pâncreas com estenose do ducto de Wirsung levando a uma dilatação proximal. Seu quadro clínico na forma aguda se apresenta com fortes dores abdominais, náuseas, vômitos e nos quadros crônicos apresenta-se com icterícia de início súbito e flutuante como resultado do estreitamento do ducto biliar distal e perda ponderal considerável em curto espaço de tempo, características que são muitas vezes sugestivas de uma malignidade ao invés de pancreatite. Tem como principal diagnóstico diferencial o câncer de cabeça de pâncreas, o que torna difícil a diferenciação pré operatória, além também, da elevação dos marcadores tumorais CEA e CA 19.9 um pouco acima do valor de referência^{1,2,3}.

A literatura apresenta-se controversa em estabelecer a melhor abordagem nos casos de complicações ou de dúvida diagnóstica, enfatizando que a CPRE é um método menos invasivo e traumático ao paciente porém apresenta-se como desvantagem às sucessivas intervenções e muitas das quais não apresentam resolutividade ao caso, sendo assim necessário encaminhamento para o ato cirúrgico (bileodigestiva), que por sua vez, apresenta-se como uma medida bastante invasiva e radical mas que possui uma resolutividade em menor tempo em comparação a CPRE^{2,3,4,5}

Conclusão

A Pancreatite de Sulco é considerada rara, mas isso pode ser devido em partes à falta de conhecimento pelos profissionais da saúde, o que dificulta o seu reconhecimento e diagnóstico precoce. Não existe um exame laboratorial, clínico ou de imagem que dê o diagnóstico de certeza isoladamente, assim, para isso, deve-se somar todos os achados dos exames, e a partir dos mesmo, elaborar uma hipótese que sugira o diagnóstico. Mas, mesmo assim, nem sempre é possível a sua identificação e/ou diferenciação do câncer de cabeça de pâncreas, restando como método diagnóstico a pancreatoduodenectomia.

Referências

1. DeSouza K, Nodit L. Groove pancreatitis: a brief review of a diagnostic challenge. Arch Pathol Lab Med. 2015 Mar;139(3):417-21 2- Goransky J, Alvarez FA, Picco P, Spina JC, Santibañes Md, Mazza O. Groove pancreatitis vs groove pancreatic adenocarcinoma. Report of two cases and review of the literature. Acta Gastroenterol Latinoam. 2013 Sep;43(3): 248-53.
2. Gupta R, Williams GS, Keough V. Groove pancreatitis: a common condition that is uncommonly diagnosed preoperatively. Can J Gastroenterol Hepatol. 2014 Apr;28(4):181-2.
3. Palomeque Jiménez A, Pérez Cabrera B, Navarro Freire F, Jiménez Ríos JA. Groove pancreatitis in the differential diagnosis of pancreatic adenocarcinoma. Cir Esp. 2014 Feb;92(2):127-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.10.003. Epub 2013 Dec 4
4. Tezuka K, Makino T, Hirai I, Kimura W. Groove pancreatitis Dig Surg. 2010;27(2):149-52. doi: 10.1159/000289099. Epub 2010 Jun COMPTON, M.T.; SHIM, R.S. Prevention of mental illness and promotion of mental health: when, who and how. American Psychiatric Association (APA),



1 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900374>>. Acesso em: 22 jun. 2021.