

MANEJO DE PSEUDOCISTOS PANCREÁTICOS

MANAGEMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYST

CORA, R. M¹; ROCHA, I. V. M¹; LIN, L. L¹; TEIXEIRA, G. S¹; CARCHEDI, G. R¹; BAYLÃO, A. L. P²; SOUZA, A. V³.



1. ALUNOS DE GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

2. RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

3. PROFESSOR DOUTOR ADJUNTO DA DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA E CIRURGICA E COORDENADOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ

INTRODUÇÃO

DEFINIÇÕES E EPIDEMIOLOGIA

Pseudocistos pancreáticos são coleções encapsuladas de tecidos peripancreáticos, classificados como complicações dos quadros de trauma e pancreatite aguda ou crônica e diferenciam-se dos outros tipos de coleções por possuir parede fibrótica definida, quantidade mínima ou nenhuma de necrose e compostas por enzimas pancreáticas.

Sua incidência é baixa e mais frequente no sexo masculino, apresentando sintomas inespecíficos e invariavelmente associados ao histórico de pancreatite e achados em exames de imagem.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito com tomografia computadorizada, porém não distingue lesões císticas e neoplásicas e, nestes casos, indica-se o Ultrassom Endoscópico (EUS) associado a aspiração por agulha fina (PAAF) e análise laboratorial. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) também é útil para estratégia de drenagem e a ecografia transabdominal com Doppler permite a prevenção de complicações e tratamento intervencionista.

TRATAMENTO

O manejo do quadro depende da etiologia e presença de sintomas, sendo comum a resolução espontânea. A presença de sintomas ou complicações indicam intervenção, sendo os métodos endoscópicos a forma de abordagem preferida, seguidos de drenagem cirúrgica laparoscópica.

RELATO DE CASO

G.S.D., 66 anos, masculino, dá entrada no HCSV devido alteração laboratoriais e dor abdominal em hipocôndrio e flanco direito há 4 dias, em queimação e associado a constipação, náuseas, êmese e febre não aferida. Negava comorbidades, vícios, uso de medicamentos e referia internação prévia devido pancreatite aguda.

Ao exame físico, apresentava dor e sinais de defesa à palpação em hipocôndrio, flanco, fossa ilíaca direita e epigástrico. Em laboratoriais, apresentava DHL 348 U/L, PCR 18,8 mg/dL, amilase 202 U/L e lipase 871 U/L, sem demais alterações.

Realizado USG e TC de abdome, identificando formação cística comprimindo cauda do pâncreas e grande curvatura gástrica; sendo aventada a hipótese de pseudocisto pancreático.

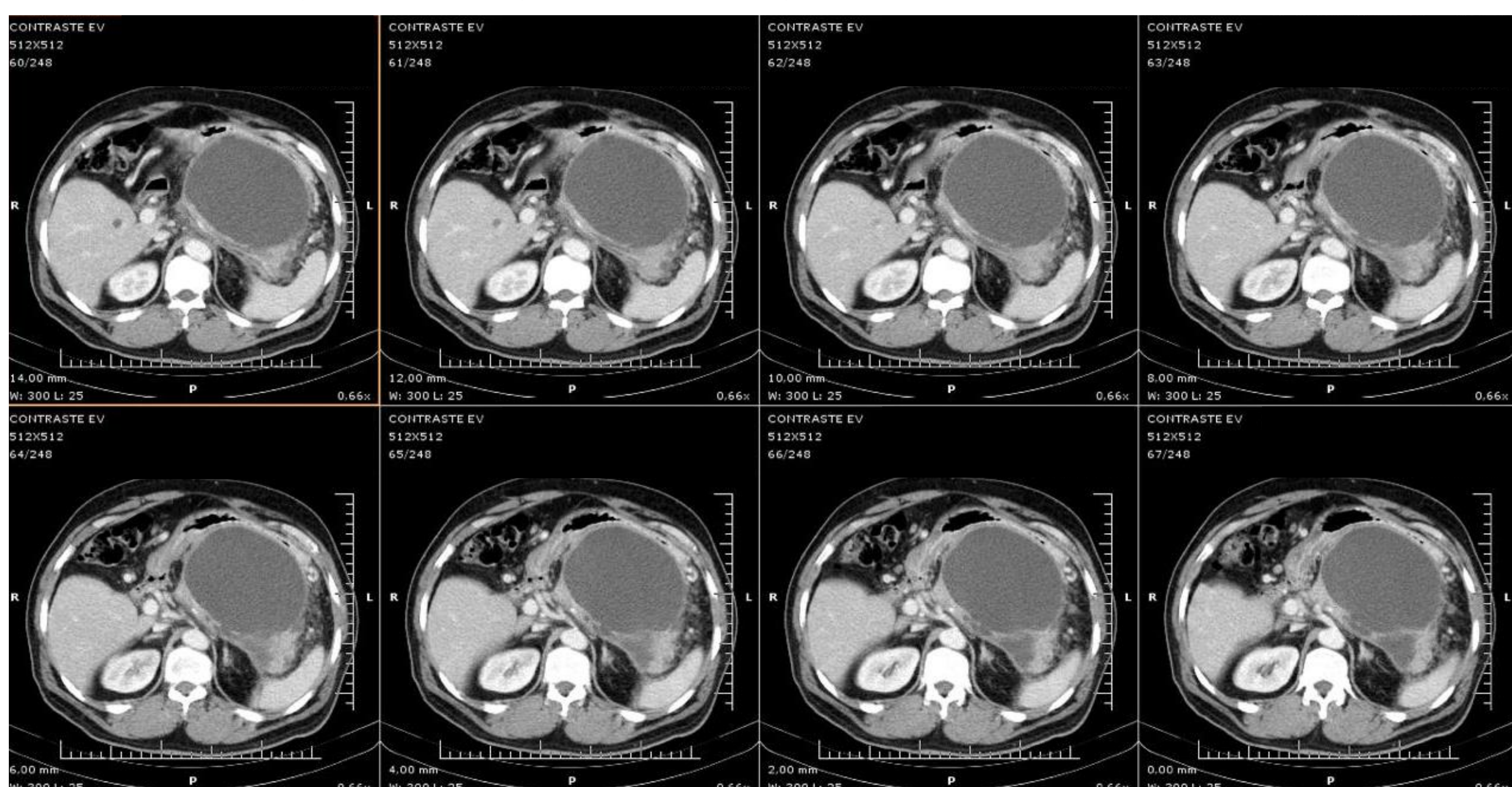


Figura 1. Tomografia Computadorizada evidenciando pseudocisto pancreático anterior a manipulação.

Foi realizada drenagem percutânea guiada por TC e, após procedimento, paciente evoluiu estável.

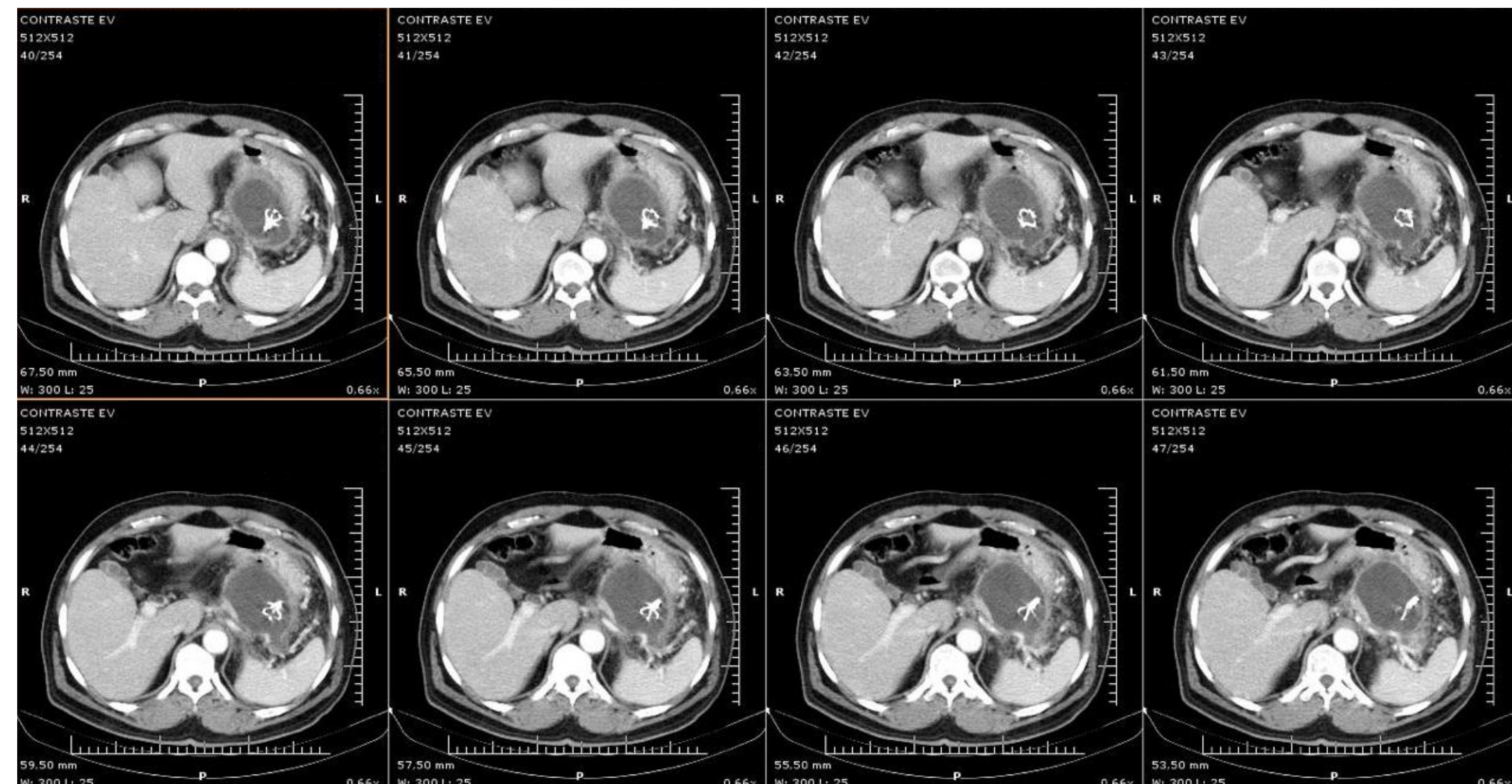


Figura 2. Tomografia Computadorizada evidenciando pseudocisto pancreático em regressão após a manipulação.

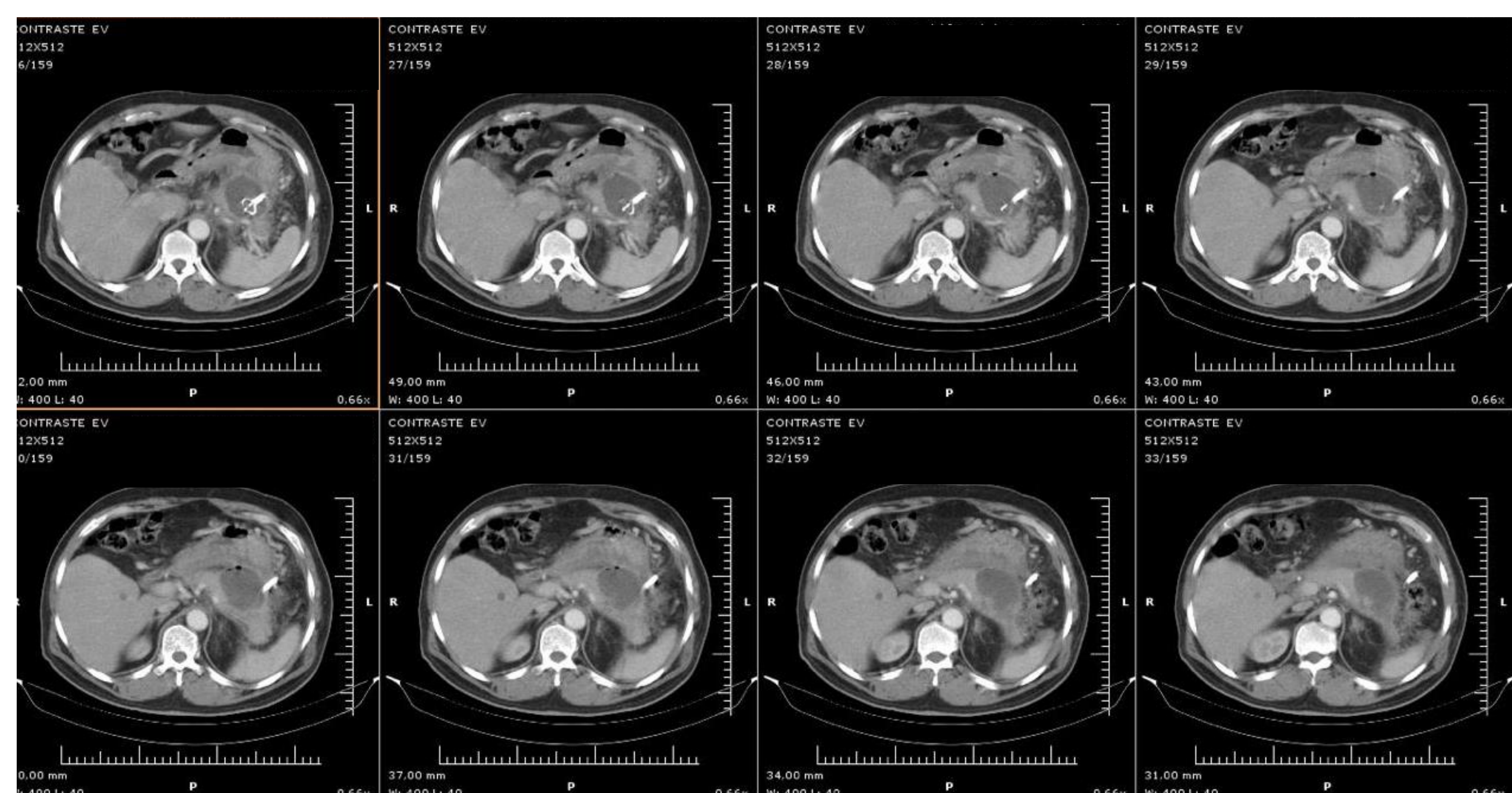


Figura 3. Tomografia Computadorizada de controle pós drenagem.

DISCUSSÃO

Os pseudocistos são na sua maioria assintomáticos e associados a pancreatite crônica. O diagnóstico é feito preferencialmente por antecedentes positivos e triagem com exames de imagem, sendo a USG o primeiro exame utilizado na confirmação, associada a TC para drenagem terapêutica.

Embora a cirurgia e a terapia percutânea sejam formas tradicionais, ambas perdem espaço para a drenagem com EUS, que permite acesso seguro e com menos complicações. A indicação da aspiração percutânea é razoável para pacientes com coleções de fluidos grandes, o que justifica a opção por este método pela equipe cirúrgica. A técnica mais moderna é a colocação de *Stent* metálico auto-expansível por EUS (LASEMS) para drenagem por via transgástrica, com taxa de complicações mínimas e demonstrando ser terapêutica inovadora e eficaz.

O paciente apresentado evoluiu favoravelmente, graças à intervenção pronta e à ausência de complicações.

REFERÊNCIA

1. Lancaster A, Zwijacz M. Acute Pancreatitis and Fluid-Filled Collections: Etiology and Endoscopic Management. *Gastroenterol Nurs.* 2019;42(5):417-419. doi:10.1097/SGA.0000000000000396
2. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
3. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol.* 2009;15(1):38-47. doi:10.3748/wjg.15.38
4. Misra D, Sood T. Pancreatic Pseudocyst. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
5. Cannon JW, Callery MP, Vollmer CM Jr. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence?. *J Am Coll Surg.* 2009;209(3):385-393.