

Pancreatite aguda de etiologia auto-imune como diagnostico diferencial de síndrome colestática: Um relato de caso.



Bruno Thales Pereira de Oliveira. Claudia de Fátima Gomes Vieira de Oliveira; Luciana Emerenciano Silveira; Edward Lizarazu Salazar; Cristina Lorena Rodrigues Reis; Jélis Arenas Pimentel; Marcos Vinícius Ferreira Muniz; Marcos Vinícius Odorrisio Ferrari.

Hospital Municipal Professor Doutor Alípio Corrêa Neto, São Paulo - SP

INTRODUÇÃO

A pancreatite autoimune (PAI) tipo 1 é uma doença sistêmica que está relacionada à IgG-4 e pode se manifestar com um distúrbio pancreático: a pancreatite linfoplasmocítica esclerosante. A PAI tem patogênese desconhecida e apresentação clínica inespecífica, sendo icterícia obstrutiva a manifestação clínica mais comum. Tem como principal diagnóstico diferencial o carcinoma de cabeça de pâncreas. Por este motivo, o conhecimento dessa patologia é de extrema importância em nosso meio.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 64 anos, parda, com antecedente de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial foi admitida em um hospital municipal de São Paulo-SP em Fevereiro de 2020 com queixa de dor epigástrica irradiada para dorso, náuseas, vômitos, acolia fecal, icterícia e colúria há 9 dias. Referia ainda perda ponderal de 10Kg nos últimos meses. Exames de entrada evidenciaram: bilirrubinas totais 4,42 (BD: 3,67), TGO 233, TGP 579, FA 474, GGT 350 e Lipase 539. Iniciadas medidas para pancreatite aguda e investigação etiológica de colestase, realizou ultrassonografia que evidenciou vesícula biliar distendida, ausência de imagens de cálculos ou dilatação de vias biliares, com achado de hipocogenicidade na cabeça do pâncreas, de aspecto inespecífico. Solicitada colangiorrressonância que evidenciou afilamento inespecífico apenas do segmento distal do colédoco, associando-se a leve ectasia das vias biliares extra-hepáticas e intra-hepáticas, bem como aumento das dimensões da cabeça do pâncreas e processo uncinado, com hiporrealce na fase arterial, sem lesões focais bem delimitadas. Não apresentava ectasia significativa do ducto pancreático principal. Posteriormente, foi realizada colangiopancreatografia retrógrada endoscópica que visualizou estenose segmentar do colédoco distal de 2 cm, com dilatação das vias biliares intra e extra-hepática, realizada papilotomia seguida de dilatação da estenose com sonda balão e passagem de prótese plástica.

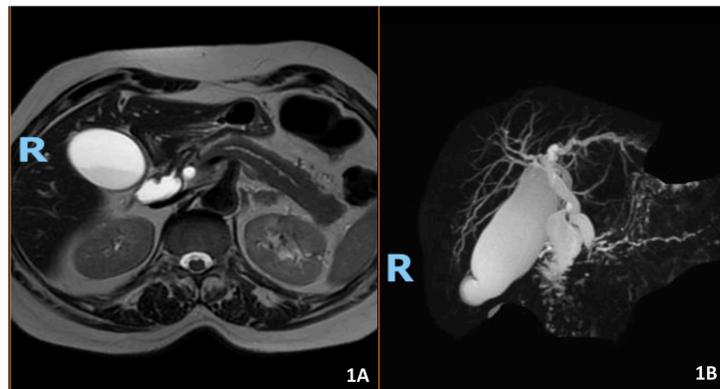


Figura 1. RM de Abdome, axial A: Ponderação em T2. Aumento das dimensões da cabeça do pâncreas e processo uncinado, sem lesões focais bem delimitadas. Observou-se homogeneização do realce e não houve ectasia significativa do ducto pancreático principal. Cistos corticais de aspectos simples bilaterais. B: Colangiorrressonância mostrando afilamento inespecífico do segmento distal do colédoco, associado a leve ectasia de vias biliares intra e extra hepáticas a montante. Colédoco com calibre de até 0,9 cm.

Finalmente, a ecoendoscopia visualizou lobularidade e heterogeneidade difusa do pâncreas, prótese plástica em via biliar principal, lama biliar em vesícula e inseriu SNE em segunda porção duodenal. Exames laboratoriais solicitados excluíram outras causas de pancreatite aguda, e confirmou diagnóstico de PAI: triglicerídeos: 160, IGG4: 1.004, IgG: 1946, AMA e AML não reagentes. Após diagnóstico de PAI, foi iniciada corticoterapia endovenosa e posteriormente por via oral, evoluindo com melhora clínica e laboratorial importante.

CONCLUSÃO

PAI tipo I é uma patologia autoimune mais prevalente no sexo feminino (2:1) em pacientes de meia idade. Relatamos o caso de mulher idosa diagnosticada com PAI tipo I, com quadro inicial de icterícia obstrutiva secundária a estenose de via biliar, com pancreatite aguda associada. Embasados no critério diagnóstico da Sociedade Japonesa, fechamos diagnóstico de PAI e instituímos terapêutica direcionada. Conforme a literatura, o diagnóstico e início de corticoterapia precoces, contribuem para resposta clínica sustentada.

REFERÊNCIAS

- Glinka J, Calderón F, de Santibañes M, et al. Early pancreatic cancer in IgG4-related pancreatic mass: A case report. *World J Gastrointest Surg.* 2019;11(12):443-448. doi:10.4240/wjgs.v11.i12.443
- Okazaki K, Uchida K, Miyoshi H, Ikeura T, Takaoka M, Nishio A. Recent concepts of autoimmune pancreatitis and IgG4-related disease. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2011;41(2):126-138. doi:10.1007/s12016-010-8214-2
- Okazaki K. Autoimmune Pancreatitis and IgG4-Related Disease: The Storiform Discovery to Treatment. *Dig Dis Sci.* 2019;64(9):2385-2394. doi:10.1007/s10620-019-05746-9