

PANCREATITE DE SULCO

ANA OSMIRA CARVALHO **SALDANHA**^{1*}; JOSE WALTER FEITOSA **GOMES**²; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA **LIMA**¹; AFONSO NONATO GOES **FERNANDES**³; GUSTAVO GOMES **MARTINS**⁴; DANIEL MOTA MOURA **FÉ**⁵; DANIEL LUCENA **LANDIM**⁶.

- 1 – Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
2 – Médico Cirurgião do Instituto Dr. José Frota.
3 – Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Geral de Fortaleza.
4 – Médico pela Universidade Federal do Ceará – UFC.
5 – Médico Especialista em Endoscopia Digestiva.
6 – Médico Cirurgião pelo Hospital Geral de Fortaleza.

Artigo submetido em: 22/11/2021

Artigo aceito em: 06/03/2022

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: anaosmira13@gmail.com

RESUMO

A etiologia mais comum de pancreatite crônica nos países industrializados e no Brasil é o abuso crônico de álcool, correspondendo a 70% dos casos. Restando em torno de 30% para outras 40 causas, por exemplo, hipercalcemia por hiperparatireoidismo, alterações genéticas e idiopáticas. Dentre as diversas outras causas de pancreatite crônica, a pancreatite de sulco, também conhecida como pancreatite de groove, é uma forma rara desta doença. Neste artigo nós objetivamos relatar um caso de pancreatite de groove, com necessidade de abordagem cirúrgica como plano terapêutico. O termo pancreatite de sulco foi utilizado a primeira vez em 1973 por Becker e definida em 1982 por Solte et al. como um tipo incomum de pancreatite crônica caracterizada por cicatrizes fibrosas, a qual afeta a cabeça do pâncreas, o duodeno e o colédoco. Tradicionalmente pode ser dividida em duas principais formas: a forma pura, quando afeta apenas o sulco pancreatoduodenal e a forma segmentar que, apesar de centrada no sulco, pode se estender para a cabeça do pâncreas. Mesmo estando descrita desde a década de 70, esta patologia permanece uma entidade clínica de etiologia incerta e com incidência desconhecida. Apesar disso, estudos sugerem que a prevalência desta condição em pacientes com pancreatite crônica que realizaram cirurgia de duodenopancreatectomia pode variar entre 2% e 24,5%. Como não há muitos trabalhos publicados acerca deste tema, o tratamento costuma variar bastante. De maneira geral, podem ser usadas medidas conservadoras ou cirúrgicas.

Palavras-chave: Pancreatite; Diagnóstico Diferencial; Pancreatoduodenectomia.

ABSTRACT

The most common etiology of chronic pancreatitis in industrialized countries and in Brazil is chronic alcohol abuse, corresponding to 70% of cases. The others 30% are divided in 40 other causes, such as hypercalcemia due to hyperparathyroidism, genetic and idiopathic changes. Among the many other causes of chronic pancreatitis, groove pancreatitis is a rare form of this disease. In this article, we report a case of groove pancreatitis, in need of surgical approach as a therapeutic plan. The term groove pancreatitis was first used in 1973 by Becker and defined in 1982 by Solte et al. as a type of chronic pancreatitis characterized by fibrous scars, which affects the head of the pancreas, the duodenum or the choledochus. Traditionally, it can be divided into two main forms: a pure form, when it affects only the pancreatoduodenal sulcus and a segmental form that, although centralized in the sulcus, can be extended to the head of the pancreas. Even described from the 70's, this pathology remains a clinic of incident etiology and unknown incidence. Despite this, the suggested studies on the prevalence of these conditions in patients with chronic pancreatitis who undergo duodenopancreatectomy surgery can vary between 2% and 24.5%. As there are not many published works on this topic, the treatment usually varies widely. In general, conservative or surgical approaches can be used.

Keywords: Pancreatitis; Diagnosis, Differential; Pancreaticoduodenectomy.

INTRODUÇÃO

A etiologia mais comum de pancreatite crônica nos países industrializados e no Brasil é o abuso crônico de álcool, correspondendo a 70% dos casos ⁽¹⁾. Restando em torno de 30% para outras 40 causas, por exemplo, hipercalcemia por hiperparatireoidismo, alterações genéticas e idiopáticas ⁽²⁾. Dentre as diversas outras causas de pancreatite crônica, a pancreatite de sulco, também conhecida como pancreatite de *groove*, é uma forma rara desta enfermidade ⁽³⁾.

O principal diagnóstico diferencial da pancreatite de sulco é o adenocarcinoma pancreático, condição que possui uma elevada taxa de morbimortalidade ⁽⁴⁾. A distinção entre as entidades utilizando apenas a história clínica e exames de imagem pode ser extremamente difícil, necessitando muitas vezes a necessidade de intervenção cirúrgica para o estabelecimento de seu diagnóstico definitivo ⁽⁵⁾.

Neste artigo nós objetivamos relatar um caso de pancreatite de groove, com necessidade de abordagem cirúrgica como plano terapêutico.

RELATO DE CASO

Paciente de 60 anos, masculino, ex-tabagista, com histórico de epigastria crônica (desde 2012). Nessa época apresentava gastrite enantematosa antral leve com biópsia evidenciando focos de metaplasia completa sem presença de *H. pylori*; USG abdominal apresentando esteatose hepática leve e questionado pancreatite aguda. Com base nisso, foi então realizado tomografia e ressonância de abdome que mostraram pâncreas difusamente aumentado com lesão cística simples pequena (1,6x1,2cm) em sua porção cefálica.

Foi conduzido conservadoramente com exames de imagem seriados realizado ultrassom endoscópico em 2013 que evidenciou lesão cística septada em colo pancreático (1,7x1,4 cm). Punção com agulha fina 0, com biópsia negativa para malignidade.

Desde então, o paciente apresentou novos episódios de dor, sendo internado para investigação com USG sugerindo pancreatite aguda, mas com marcadores normais. Persistiu com episódios de epigastria até que em fevereiro de 2019 realizou nova endossonografia que mostrou lesão compatível com cistoadenoma seroso na cabeça do pâncreas de 20 mm e biópsia caracterizou como neoplasia mucinosa classe IV-B com displasia de baixo

grau, sendo submetido a duodenopancreatectomia associada a colecistectomia.

O relatório da patologia cirúrgica identificou processo inflamatório crônico segmentar peripancreático sem sinais de malignidade e apresentando sinais de colecistite crônica.

O paciente permaneceu em internação hospitalar por um total de 14 dias. No 7º dia pós-operatório evoluiu com dor abdominal e dispnéia. Após investigação inicial foi diagnosticado quadro de pneumonia, fato que ocasionou a necessidade de intubação orotraqueal (IOT) e troca de antibiótico. Infelizmente, paciente evoluiu de forma grave com óbito por sepse de provável foco respiratório.

DISCUSSÃO

O termo pancreatite de sulco foi utilizado a primeira vez em 1973 por Becker ^(4,5) e definida em 1982 por Solte et al. como um tipo incomum de pancreatite crônica caracterizada por cicatrizes fibrosas na região de groove (espaço entre a cabeça do pâncreas, duodeno e o colédoco) ⁽⁴⁻⁶⁾. Tradicionalmente pode ser dividida em duas principais formas: a forma pura, quando afeta apenas o sulco pancreatoduodenal e a forma segmentar que, apesar de centrada no sulco pode estender-se para a cabeça do pâncreas ⁽⁴⁻⁷⁾. Na prática clínica esta diferença não costuma ser tão evidente ⁽⁷⁾.

Mesmo estando descrita desde a década de 70, esta patologia permanece uma entidade clínica de etiologia incerta e com incidência desconhecida ^(4,5). Apesar disso, estudos sugerem que a prevalência desta condição em pacientes com pancreatite crônica que realizaram cirurgia de duodenopancreatectomia pode variar entre 2% e 24,5% ^(7,8).

Apesar de sua patogênese ainda não estar completamente compreendida, acredita-se que há relação com os seguintes fatores de risco: uso crônico de álcool (principal fator de risco), úlceras pépticas, ressecções gástricas, heterotopia pancreática, cistos de parede duodenal ou de cabeça de pâncreas e tabagismo ⁽⁴⁻⁸⁾, sendo mais prevalente no sexo masculino e na faixa etária dos 40 a 50 anos ⁽⁸⁾. Em nosso caso, o paciente era do sexo masculino e foi diagnosticado com a condição com 60 anos.

A apresentação clínica costuma ser variada e inespecífica, podendo alternar entre sintomas da pancreatite aguda (dor abdominal intensa, náuseas e vômitos) e sintomas semelhantes às neoplasias

pancreáticas (perda de peso, dor abdominal intensa e, em casos mais tardios, o desenvolvimento de diabetes mellitus) ⁽⁵⁻⁷⁾. A icterícia é um aparecimento raro, sendo decorrente de uma estenose inflamatória ou compressão extrínseca da via biliar extra-hepática ^(5,7). A avaliação laboratorial costuma mostrar enzimas pancreáticas e hepáticas normais ou discretamente aumentadas, sendo semelhante aos resultados aferidos em nosso paciente. Marcadores tumorais como o CEA e o CA19-9 geralmente estão normais ^(4,7-9), semelhantes ao apresentado em nosso caso. Os níveis de bilirrubina podem estar elevados se houver comprometimento do colédoco, podendo haver inclusive aumento de Gama-GT e Fosfatase Alcalina ^(4,9).

O diagnóstico radiológico depende do estágio da doença⁽⁶⁾, podendo ser utilizado ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ecoendoscopia ^(6,7). Um achado ultrassonográfico patognomônico da pancreatite de groove é a hiperecogenicidade da porção crânio-dorsal da cabeça do pâncreas associado com estruturas ductais anecóicas ⁽⁶⁾. Em nosso caso, utilizamos a endossonografia que evidenciou lesão compatível com cistoadenoma seroso na cabeça do pâncreas de 20 mm.

Os achados da tomografia abdominal variam de acordo com as formas da pancreatite. Na forma pura, podem ser identificadas massas hipodensas no sulco pancreático decorrentes do tecido fibrótico. Formações císticas de tamanhos variados podem ser identificadas ⁽⁶⁾. Quando realizado estudo dinâmico contrastado, o tecido tende a apresentar realce tardio, decorrente de seu componente fibroso ⁽⁴⁾. A forma segmentar costuma ser de difícil avaliação tomográfica, sendo comumente confundida com o adenocarcinoma de cabeça de pâncreas^(6,10).

A ressonância magnética costuma ser um excelente exame para diagnóstico desta patologia, apresentando boa especificidade e sensibilidade^(4,6,8). Os achados mais comumente encontrados são: massa laminar hipointensa T1 e massa ligeiramente hiperintensa, isointensa ou isointensa em T2, ambas em região entre a cabeça do pâncreas e a 2ª porção duodenal em ^(4,6). A cronicidade do processo definirá a intensidade, sendo hiperintenso em fases iniciais devido o edema e hipointenso quando a fibrose já está bem estabelecida. Esses achados podem ser semelhantes ao câncer de pâncreas, caso o

mesmo possua um componente fibrótico ⁽⁶⁾. Alguns estudos sugerem que há três sinais fundamentais na caracterização da pancreatite de sulco, são eles: espessamento parietal focal da segunda porção do duodeno, hiper-realce anormal da segunda porção do duodeno e alterações císticas na região do ducto pancreático acessório ⁽¹¹⁾.

Como não há muitos trabalhos publicados acerca deste tema, o tratamento costuma variar bastante ⁽⁶⁾. De maneira geral, podem ser usadas medidas conservadoras como repouso no leito, nutrição parenteral, analgesia e cessar alcoolismo e tabagismo ^(4,6,7). Nos casos em que a suspeita de malignidade não pode ser descartada ou na presença de difícil controle clínico dos sintomas, está indicada a duodenopancreatectomia com ou sem preservação de piloro ⁽⁴⁻⁸⁾.

CONCLUSÃO

A pancreatite de sulco é uma doença rara, ocasionando várias lacunas de conhecimento na literatura médica. Este artigo teve como objetivo complementar os relatos desta causa tão incomum de pancreatite crônica.

REFERÊNCIAS

1. DiMagno EP, DiMagno MJ. Chronic pancreatitis: landmark papers, management decisions, and future. *Pancreas*. 2016 May-Jun;45(5):641-50.
2. Averbach M. Tratado Ilustrado de Endoscopia Digestiva. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.
3. Mittal PK, Harri P, Nandwana S, Moreno CC, Muraki T, Adsay V, et al. Paraduodenal pancreatitis: benign and malignant mimics at MRI. *Abdominal Radiology*, 2017; 42(11): 2652-2674.
4. Varela JG, Aguiar LB. Pancreatite de sulco pancreatoduodenal: forma incomum de pancreatite crônica. *Revista de Medicina da UFC*. 2018; 58(1): 65-70.
5. Silva RT, Santos LGM. Pancreatite de Sulco: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(4): 613-615.
6. Sanchez-Bueno F, Salmerón GT, de la Peña Moral J, Ruiz EO, Quiñonero MF, Zárate WVG, et al. Groove Pancreatitis Vs Pancreatic Adenocarcinoma: A Review of 8 Cases. *Cirugía Española (English Edition)*. 2016; 94(6): 346-352.
7. Carvalho D, Loureiro R, Borges VP, Russo P, Bernardes C, Ramos G. Paraduodenal Pancreatitis: Three Cases with Different Therapeutic Approaches. *GE Port J Gastroenterol*. 2017; 24(2):89-94.

8. Gravito-Soares M, Gravito-Soares E, Alves A, Gomes D, Almeida N, Tralhão G, et al. Groove pancreatitis with biliary and duodenal stricture: an unusual cause of obstructive jaundice. *GE Portuguese journal of gastroenterology*. 2016; 23(3): 170-174.
9. Arora A, Dev A, Mukund A, Patidar Y, Bhatia V, Sarin SK. Paraduodenal pancreatitis. *Clin Radiol*. 2014;69(3):299-306.
10. Veit-Haibach P, Treyer V, Strobel K, Soyka JD, Husmann L, Schaefer NG, Hany TF. Feasibility of integrated CT-liver perfusion in routine FDG-PET/CT. *Abdominal imaging*. 2010; 35(5): 528-536.
11. Addeo G, Beccani D, Cozzi D, Ferrari R, Lanzetta MM, Paolantonio P, Miele V. Groove pancreatitis: a challenging imaging diagnosis. *Gland Surgery*, 2019; 8(Suppl 3): S178.