

PANCREATITE NECRO-HEMORRÁGICA: UTILIZAÇÃO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO AUXILIAR
NECROTIZING PANCREATITIS: COMPUTED TOMOGRAPHY USED AS AUXILIARY DIAGNOSTIC METHOD

Pedro Jorge Furtado Freitas¹, Gilson Davi de Lima Stevão², Mônica Oliveira Bernardo³

RESUMO

O presente trabalho relata um caso de uma das formas mais graves de pancreatite aguda, a pancreatite necro-hemorrágica. Nessa condição, o paciente fica em uma linha tênue entre uma boa evolução e a queda do estado geral, com alta mortalidade. O paciente deu entrada no hospital com fortes dores em abdome superior. No exame tomográfico constatou-se pancreatite com sinais sugestivos de necrose, sendo tratado clinicamente por sete dias. Após manutenção radiológica do quadro, o paciente foi submetido a uma laparotomia exploradora com necrosectomia e colocação de dreno. Paciente evoluiu bem clinicamente, tendo alta hospitalar no 17º dia de internação.

Descritores: pancreatite necrosante aguda; tomografia computadorizada por raios X; laparotomia.

ABSTRACT

This paper reports a case of one of the most severe forms of acute pancreatitis, the necrotizing pancreatitis. In this condition, the patient is a fine line between a good outcome and poor general condition, with high mortality. The patient was admitted to hospital with severe pain in the upper abdomen. In CT scan, signs suggestive of pancreatitis with necrosis were found, being clinically treated for seven days. After radiological maintenance of the condition, the patient underwent an exploratory laparotomy with necrosectomy and placement of drainage. Patient got good clinical conditions and was discharged on the 17th day of hospitalization.

Key-words: acute necrotizing pancreatitis; X-ray computed tomography; laparotomy.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é uma doença de variada evolução clínica, podendo manifestar-se por um simples desconforto abdominal, sem repercussões sistêmicas ao paciente, até um quadro de falência múltipla de órgãos e morte.¹ A PA é uma doença inflamatória do pâncreas causada por ativação intracelular e extravasamento inapropriado de enzimas proteolíticas que provocam destruição do parênquima pancreático e dos tecidos peripancreáticos.² Está associada a diversas condições, sendo que a litíase biliar e a ingestão de álcool abrangem cerca de 80% dos casos, variando conforme a região estudada.¹ Apresenta-se na sua forma grave em 20% a 30% dos casos e está associada a altas taxas de mortalidade, especialmente na pancreatite aguda necro-hemorrágica, a qual representa o maior desafio terapêutico.¹⁻³

O quadro clínico da PA grave é dividido em dois estágios principais. Inicialmente, geralmente nos primeiros sete dias da doença, verifica-se quadro de extensa síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS). Mais tardiamente, a

partir da segunda ou terceira semana, prevalece a disfunção multiorgânica como consequência da infecção da necrose pancreática.^{1,3}

De acordo com o *Acute Pancreatitis Classification Working Group* (APCWG), a atual definição do diagnóstico de pancreatite aguda requer dois de três critérios seguintes: dor abdominal fortemente sugestiva de pancreatite aguda; elevação dos níveis séricos de amilase em pelo menos três vezes o valor normal; achados característicos nos exames de imagem.² O diagnóstico diferencial inclui isquemia mesentérica, úlcera perfurada, obstrução intestinal, cólica biliar e infarto do miocárdio.⁴

Em alguns pacientes, em que a pancreatite é grave, a amilase pode estar normal, provavelmente, pela grande destruição glandular.⁵ Segundo Brandley,⁶ a presença de três ou mais critérios de Ranson ou de uma pontuação de 8 ou mais na classificação de APACHE II são critérios para a definição de PA grave.¹ Da mesma forma, o emprego dos métodos de imagem é de valia para a classificação da gravidade da pancreatite (critérios de Balthazar). Em especial, o achado de áreas não profundas na tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste venoso realizada, pelo menos, 24 - 48h após o evento agudo, demonstrando necrose pancreática.

Este é um dos achados de maior valia, uma vez que essa é uma lesão com grande potencial de sofrer infecção secundária, além de sua extensão ser proporcional ao grau de disfunção orgânica.¹ A presença de infecção pode ser presumida na TC pela presença de gás extraluminal nas áreas acometidas pela necrose.²

A TC não é um exame necessário na PA branda, mas está indicada para avaliar as complicações da PA grave ou quando há dúvida no diagnóstico. A TC é o melhor exame de imagem para diagnosticar as lesões pancreáticas e estratificar a doença que, associada à condição clínica do paciente, permite diagnosticar complicações, como a necrose, e mostra detalhes anatômicos para orientar punções, aspirações e intervenção cirúrgica quando indicadas.⁵

RELATO DE CASO

Paciente 33 anos, masculino, casado, procedente de Sorocaba, deu entrada na Emergência do Hospital Unimed Sorocaba sentindo fortes dores abdominais na região do epigástrio há 22 dias. Procurou outros serviços anteriormente, sendo liberado após medicação. Na anamnese referiu ingestão de bebida alcoólica diariamente nos últimos 12 meses.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 160 - 162, 2015

1. Acadêmico do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Médico cirurgião oncológico - Hospital UNIMED Sorocaba

3. Professora do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 4/3/2015. Aceito para publicação em 19/6/2015.

Contato: pedrojorgefurtado@gmail.com

Paciente apresentou na admissão, febre, icterícia leve, dispneia leve, plastrão palpável em andar superior do abdome e ausência de edema em membros inferiores.

Os exames iniciais mostraram hemoglobina de 10,7g/dL, Leucócitos de 14.200/uL, creatinina sérica de 6,6mg/dL, ureia de 162mg/dL, AST e ALT dentro da normalidade. A radiografia do tórax, realizada no leito, demonstrou: perda da profundidade do seio costofrênico à esquerda e opacidades lacunares basais bilaterais.

A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome, realizada sem contraste, demonstrou: pâncreas de contornos bosselados com conteúdo gasoso no seu interior e coleção peripancreática. Imagem sugestiva de pancreatite necro-hemorrágica com conteúdo gasoso.

A hipótese diagnóstica de pancreatite aguda de etiologia alcoólica foi aventada. O paciente evoluiu com boa resposta clínica e com regressão progressiva de seus escores laboratoriais. Foi introduzido Imipenem substituindo Rocefin no terceiro dia de internação hospitalar (DIH).

A TC de abdome de controle não demonstrou melhora radiológica do quadro, apresentando faixas de consolidação do parênquima pulmonar nos lobos inferiores. Extensa coleção retroperitoneal contendo componente líquido e grande quantidade de conteúdo gasoso, localizada em topografia do corpo e da cauda pancreáticas, dissecando ao longo da raiz do mesentério e promovendo desvio anterior da câmara gástrica. Após administração de contraste iodado, observou-se discreto reforço de porções de tecido pancreático permeadas pela coleção. Existem porções relativamente preservadas do parênquima

pancreático ao nível da cabeça e do processo unciforme (Figura 1). A radiografia de tórax confirmou discreto derrame pleural à direita, sendo introduzido BIPAP 4 x/dia por 40 minutos cada sessão.

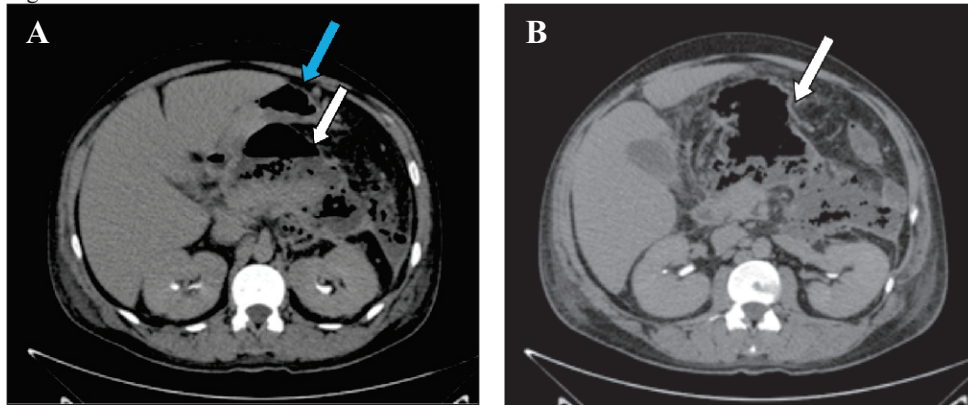
Houve queda dos níveis de hematócrito e hemoglobina; o cálcio se manteve em torno de 9,3 mg/dL; PCR 40,1 mg/dL (3º dia) para 16,6 mg/dL (7º dia); os níveis de uréia e creatinina baixaram a valores próximos da normalidade.

A TC de controle, no 7º DIH, não demonstrou melhora do quadro, adotando-se conduta cirúrgica. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, com abordagem do retroperitônio, necrosectomia e drenagem, dando saída a aproximadamente 1.500 ml de secreção purulenta e ar. A amostra da secreção enviada para análise resultou em cultura positiva de bactérias Gram negativas (*E. coli* e *P. aeruginosa*) e o antibiograma demonstrou que estas eram sensíveis ao antibiótico previamente prescrito ao paciente.

Paciente evoluiu bem após a cirurgia, com melhora progressiva do quadro. A TC de abdome, realizada no quinto dia pós-operatório, revelou melhora radiológica significativa (Figura 2).

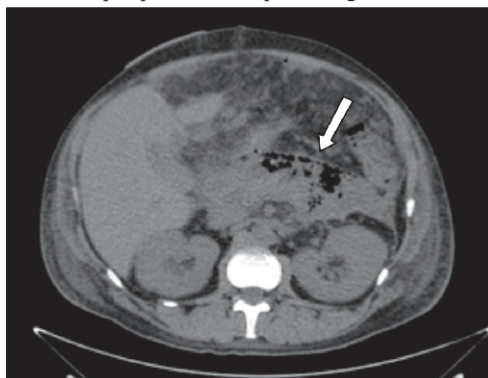
Paciente recebeu alta hospitalar no 17º DIH e décimo dia pós-operatório sem apresentar febre, escores laboratoriais dentro da normalidade, exceto a PCR que ainda estava em queda (8,3 mg/dL), dreno abdominal ainda com saída de secreção purulenta e retorno em cinco dias. A medicação prescrita na alta foi Zinnat 500 mg via oral de 12/12 horas por dez dias. Foi prescrita fisioterapia respiratória e o paciente foi orientado a manter abstinência alcoólica e de gorduras na dieta.

Figura 1. TC de abdome



Demonstra coleção hipodensa e conteúdo gasoso peripancreático (seta branca). Em “A” o estômago está representado pela seta azul. Corte “B” mais inferior.

Figura 2. Diminuição da coleção líquida e gasosa peripancreática após cirurgia



DISCUSSÃO

A redução da ingestão de água e alimentos após início do quadro de pancreatite pode levar à desnutrição e desidratação, diminuindo os níveis de albumina plasmática e, conseqüentemente, da volemia.

O paciente em questão já não se alimentava adequadamente havia 22 dias, aproximadamente. Deu entrada no hospital com insuficiência renal, de natureza pré-renal (creatinina 6,6 mg/dL), com diminuição das proteínas plasmáticas. Após hidratação endovenosa, os níveis de creatinina sérica caíram progressivamente, restabelecendo a função renal.

A conduta do tratamento antibiótico se baseou na febre persistente e no achado da TC de abdome, compatível com necrose.

Os exames de imagem disponíveis para o diagnóstico de PA incluem ultrassom transabdominal, ultrassom endoscópico, tomografia computadorizada, ressonância magnética (RM) e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).^{4,5}

O ultrassom tem mais utilidade na visualização de cálculos na vesícula biliar, porém, é limitado no diagnóstico de coledocolitíase e para visualizar o pâncreas e a região peripancreática. O ultrassom endoscópico pode ser útil para determinar a etiologia (geralmente biliar) em pacientes inicialmente diagnosticados como pancreatite idiopática aguda, ou diagnosticar cálculos do ducto hepatocolédoco.⁴

A ressonância magnética demonstra os mesmos achados da TC, porém é um exame mais caro, mais demorado e necessita de maior colaboração do paciente.² No entanto, a RM é uma alternativa à TC, quando o paciente tem contraindicação quanto ao uso de contraste iodado, além de não expor o paciente à radiação ionizante. A RM também se mostra superior à TC na caracterização dos acúmulos líquidos pancreáticos e peripancreáticos.^{2,5}

A tomografia computadorizada é um método pouco sensível para detectar cálculos biliares, mas é excelente para delinear o pâncreas e as anormalidades associadas à pancreatite aguda.^{7,8}

Os exames de TC do paciente foram realizados em Tomógrafo Philips Multislice com espessura de 1,0 mm, antes e após administração de contraste endovenoso. Foram feitas reconstruções multiplanares sagitais, coronais e 3D. O exame de admissão foi realizado sem uso de contraste endovenoso.

O tratamento da PA é primariamente clínico, porém a intervenção cirúrgica é necessária em casos de necrose pancreática infectada.¹⁹ A cirurgia realizada visou remover tecido necrótico e colocação de dreno. O paciente evoluiu consideravelmente bem após o procedimento.

As escalas prognósticas não são muito utilizadas na

prática clínica, mas a classificação de Balthazar ajuda a quantificar a gravidade da doença.¹⁰ Nesse caso, o paciente tinha gás e coleção peripancreática, se enquadrando na categoria E da graduação de Balthazar (4 pontos) com 30% a 50% de área de necrose, resultando em um escore de 8 pontos (92% de complicação e 17% de mortalidade).

O prognóstico do paciente com PA necro-hemorrágica depende da extensão da necrose, podendo ocorrer desde função pancreática normal até insuficiência exócrina e endócrina. A recuperação é lenta e a interferência na qualidade de vida depende da necessidade de administrar ou ingerir medicações e/ou fazer dietas restritivas.

REFERÊNCIAS

1. Refinetti RA, Martinez R. Pancreatite necro-hemorrágica: atualização e momento de operar. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2010;23(2):122-7.
2. Cunha EFC, Rocha MS, Pereira FP, Blasbalg R, Baroni RH. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. *Radiol Bras* 2014;47(3):165-75.
3. Silva RA, Pacheco AM, Moricz A, Campos T. Quando e como tratar as complicações na necrose pancreática infectada. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2010;23(4):270-4.
4. Ralls PW, Bree RL, Glick SN, Heiken JP, Huprich JE, Levine MS, et al. Pannel de Especialista em Imagem Gastrointestinal: pancreatite aguda. In: *Colégio Brasileiro de Radiologia. American College of Radiology. Critérios de adequação de Imagens e Radioterapia [Internet].* São Paulo: CBR; 2005 [acesso em 20 jan. 2015]. v. 1, p. 303-7. Disponível em: http://cbr.org.br/wp-content/biblioteca-cientifica/v1/03_12.pdf
5. Santos JS, Elias Júnior J, Scarpelini S, Sankarankutty AK. Pancreatite aguda: atualização de conceitos e condutas. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2003;36:266-82.
6. Bradley EL 3rd, Dexter ND. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey. *Ann Surg.* 2010;251(1):6-17.
7. Freire Filho EO, Shigueoka DC, Bekhor D, Vieira RL, Yamada AF, Freire MF, et al. Avaliação da reprodutibilidade da tomografia computadorizada no estadiamento da pancreatite aguda. *Radiol Bras.* 2007;40(6):383-7.
8. Ardengh JC, Coelho DE, Santos JS, Módena JLP, Eulalio JMR, Coelho JF. Pancreatite aguda sem etiologia aparente: a microlitíase deve ser pesquisada? *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(5):449-58.
9. Faintuch J, Faintuch S. Nonoperative management of infected pancreatic necrosis. *Clinics.* 2006;61(4):287-8.
10. Freire Filho EO, Jesus PEM, D'ippolito G, Szejnfeld J. Tomografia computadorizada sem contraste intravenoso no abdome agudo: quando e por que usar. *Radiol Bras.* 2006;39(1):51-62.