

HEMORRAGIA INTRACÍSTICA E EXTRACÍSTICA COMO COMPLICAÇÃO DE PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS: ASPECTOS RADIOLÓGICOS E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL - RELATO DE DOIS CASOS

INTRACYSTIC AND EXTRACYSTIC HEMORRHAGE IN PANCREATIC PSEUDOCYST: RADIOLOGICAL FINDINGS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS - REPORT OF TWO CASES

Francine Garcez Rossi¹, Luiz Antonio Rossi²

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo mostrar a importância que a ultra-sonografia e a tomografia computadorizada tiveram no diagnóstico diferencial de dois casos de hemorragia que ocorreram em seguimento de pacientes com pseudocisto de pâncreas, uma intracística e outra extracística. Os achados de imagem, juntamente com os sinais clínicos e as alterações no hemograma, foram imprescindíveis para o sucesso terapêutico cirúrgico destas raras e letais complicações de pseudocisto de pâncreas. Trabalho realizado nos Serviços de Radiologia e Gastroenterologia Cirúrgica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO) e Hospital Paulistano, São Paulo, SP.

Descritores: hemorragia intracística, hemorragia extracística, pseudocisto pancreático, tomografia computadorizada por raios X, ultra-sonografia.

ABSTRACT

We report two case of spontaneous hemorrhage in patients with pseudocysts of the pancreas, one intracystic and other extracystic. Clinical signs, hemoglobin level, hematocrit, ultrasonography and computed tomography were important for differential diagnosis and immediate successful surgical treatment these two cases. This paper was made in the Department of Radiology and Surgical Gastroenterology of the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" (HSPE-FMO and Hospital Paulistano, São Paulo, SP.

Key-words: intracystic hemorrhage, extracystic hemorrhage, pancreatic pseudocysts, ultrasonography, computed tomography.

INTRODUÇÃO

Pseudocistos pancreáticos são coleções líquidas, com alta concentração de enzimas pancreáticas, que podem se localizar no interior do parênquima pancreático ou espaços peri-pancreáticos. Estas coleções usualmente se comunicam

com o ducto pancreático. Na maioria dos casos, os pseudocistos surgem após um surto inflamatório agudo da pancreatite crônica, podendo também originar de traumatismos, intervenções cirúrgicas ou procedimentos endoscópicos.¹

As complicações mais frequentes do pseudocisto são infecção, ruptura e hemorragia.^{1,2,3}

A hemorragia decorrente de pseudocisto pancreático é uma rara e séria complicação de pseudocisto em paciente com pancreatite crônica, com incidência variando de 6% a 10%, sendo na maioria das vezes de rápida evolução e, quando não tratada a tempo, a taxa de mortalidade é bastante alta. As manifestações clínicas variam na dependência do local (intracística ou extracística) e da gravidade da hemorragia.^{4,5,6}

CASO 1

Homem, 53 anos, branco, etilista crônico, admitido com história de dor abdominal difusa associada a vômitos com início há um dia. Refere ter sido submetido à colecistectomia laparoscópica devido à litíase biliar três meses atrás. Ao exame físico constatou-se massa palpável que se estendia do hipocôndrio até a fossa ilíaca direita. Os resultados dos exames laboratoriais na admissão foram: leucócitos = 12.000/mm³; hemoglobina = 10,6 g/dl; amilase sérica = 241,0 U/dl; bilirrubina total = 1,6 mg/dl; bilirrubina direta = 1,3 mg/dl; glicemia = 169,0 mg/dl. Trazia consigo uma tomografia computadorizada (TC) abdominal anterior (Figura 1B). Foram solicitados raios X simples do abdome (Figura 1A), que revelou calcificações em topografia pancreática e ultra-sonografia abdominal (Figura 1C), uma massa ecogênica heterogênea de limites bem definidos, medindo 11,5 X 9,6 X 7,0 cm desde o andar superior do abdome até a fossa ilíaca direita. Diante de suspeita de tumoração abdominal foi realizada nova TC (Figuras 1D e 1E), que confirmou uma volumosa massa no hipocôndrio direito, a qual era hiperdensa, heterogênea e que se estendia para fossa ilíaca. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora e realizado drenagem por aspiração de volumosa coleção hemorrágica contida no interior de um pseudocisto pancreático e posterior anastomose em Y de Roux. Não havia coleções intra-abdominais.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 9, n. 1, p. 15 - 18, 2007

1- Médica estagiária do Serviço de Radiologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) - PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP

Recebido em 20/3/2006. Aceito para publicação em 26/10/2006.

Contato: Luiz Antonio Rossi

R. Bruno Biagioni, 148

Condomínio Villa dos Ingleses

18.110-500 Sorocaba-SP

E-mail: luizrossimd@uol.com.br

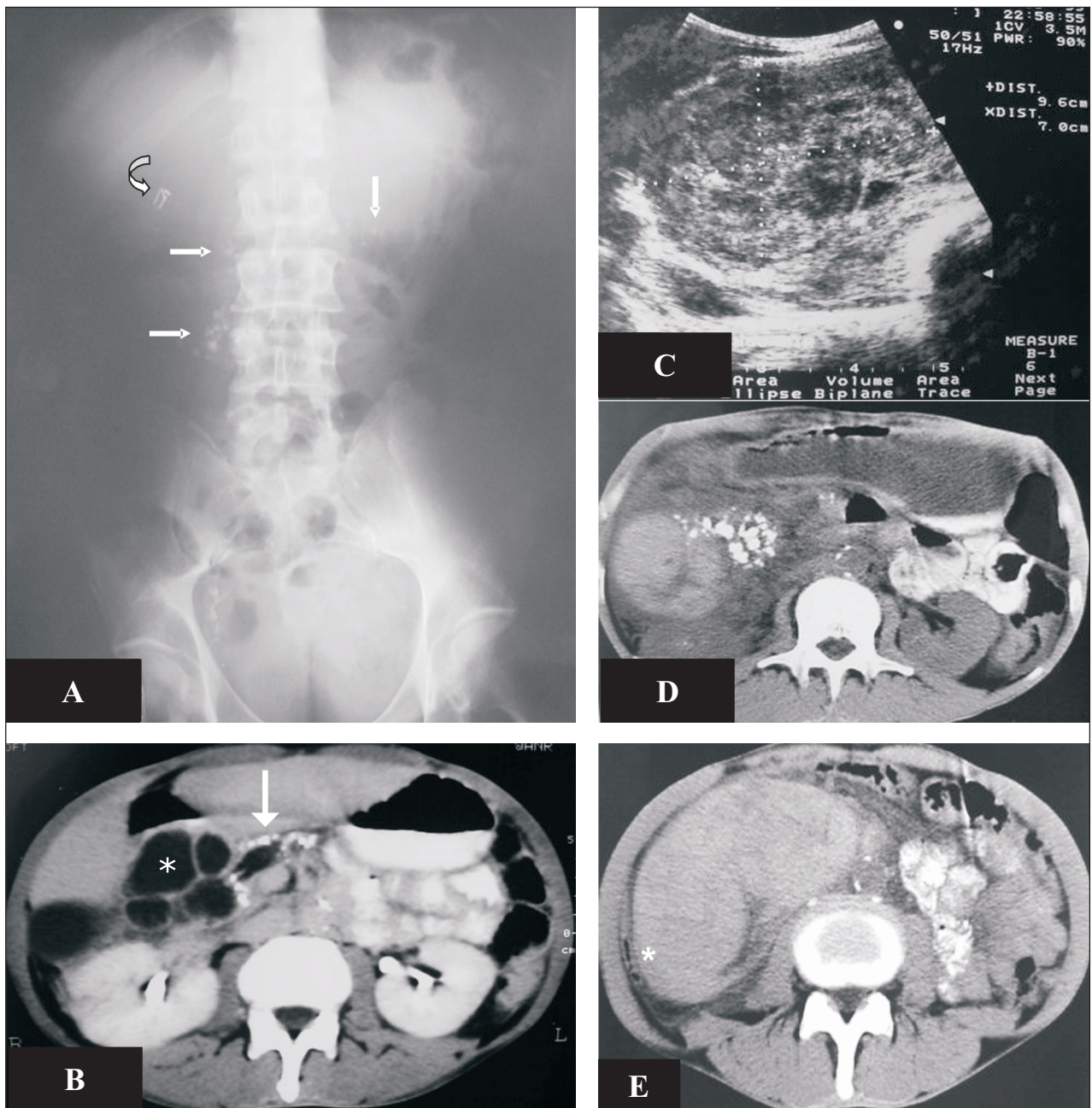


Figura 1. (A) Radiografia simples do abdome anterior mostra finas calcificações distribuídas na topografia do pâncreas (setas retas) e *clips* metálicos pós-colecistectomia (seta curva) no hipocôndrio direito; (B) TC abdominal anterior com contraste endovenoso mostra múltiplas pequenas formações císticas (asterisco) e calcificações puntiformes (seta) na topografia da cabeça do pâncreas; (C) Ultra-sonografia abdominal mostra massa hipocogênica heterogênea na topografia da cabeça do pâncreas; (D) TC abdominal pré-contraste endovenoso e (E) pós-contraste endovenoso mostram coleção com densidade de sangue (asteriscos) na topografia da cabeça do pâncreas.

CASO 2

Homem, 46 anos, branco, tabagista, etilista crônico, admitido com história de dor abdominal há quatro dias, irradiando para os flancos e vômitos. Há quatro anos esteve internado para tratamento de pancreatite aguda. Trouxe consigo uma TC abdominal anterior (Figuras 2A e 2B). Ao exame físico apresentava abdome doloroso e rígido, com massa palpável mal delimitada no hipocôndrio esquerdo. Os exames laboratoriais revelaram: leucócitos = 15.700 U/l; hemoglobina = 10,1 g/dl; amilase sérica = 163,0 U/l; bilirrubina total = 1,7 mg/dl; bilirrubina direta = 1,4 mg/dl; glicemia = 150,0 mg/dl.

A endoscopia digestiva alta revelou massa extrínseca comprimindo o fundo gástrico e úlceras duodenais. A TC atual (Figuras 2C e 2D) constatou volumosa coleção hiperdensa, homogênea, com coeficientes de atenuação de sangue situada entre o baço e o fundo gástrico. O doente foi submetido à laparotomia exploradora, constatando-se sangramento intra-abdominal por estrutura vascular rompida na parede de pseudocisto em cauda pancreática. Realizada pancreatectomia caudal.

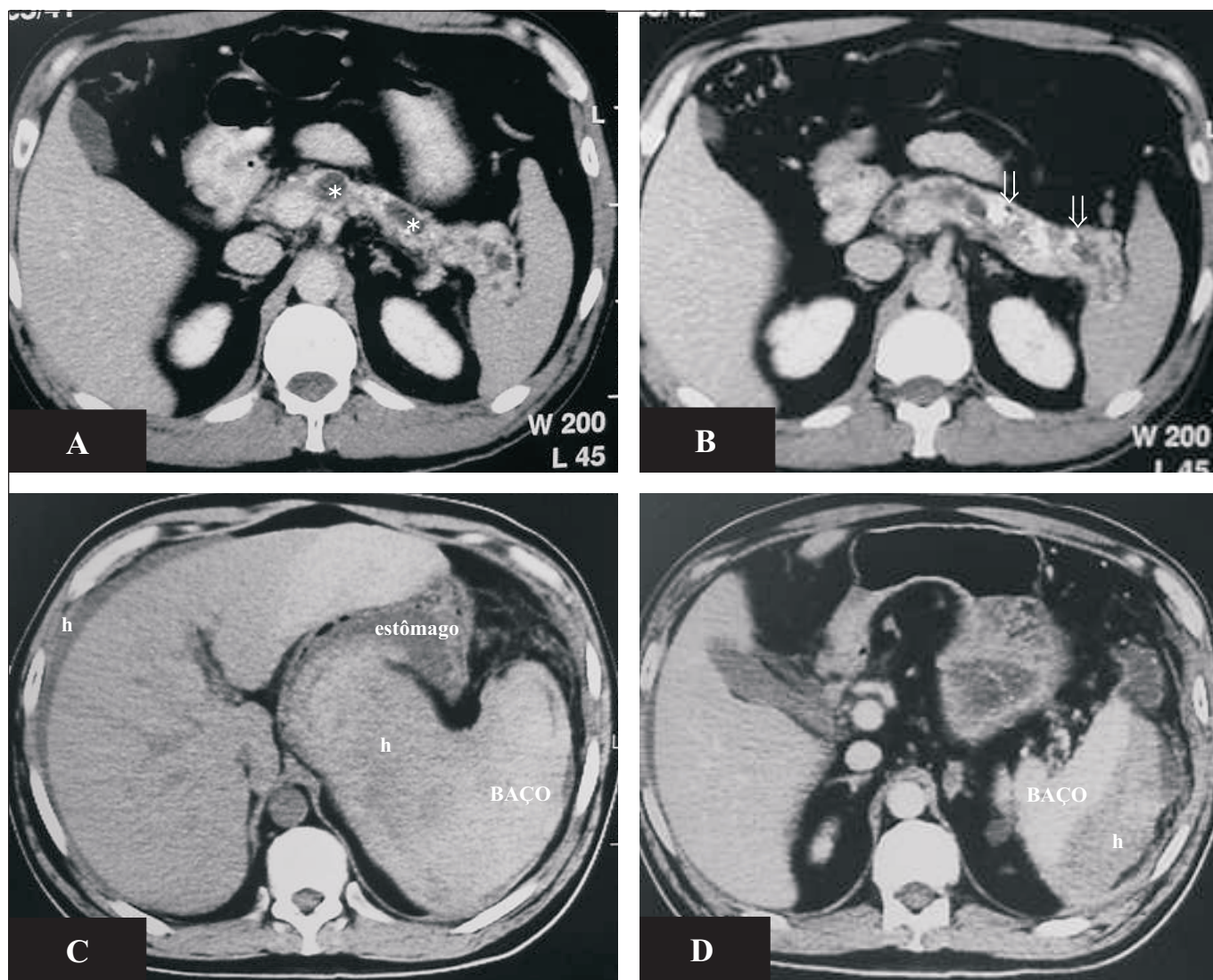


Figura 2. (A) e (B) TC abdominal anterior com contraste endovenoso mostra múltiplas pequenas formações císticas (asteriscos) e calcificações puntiformes (setas) na topografia do corpo e cauda do pâncreas; (C) TC abdominal atual sem contraste endovenoso mostra focos hemorrágicos extracísticos (h) coletado entre o baço e o estômago e anteriormente ao fígado; (D) TC abdominal atual com contraste endovenoso mostra foco hemorrágico extracístico periesplênico (h).

DISCUSSÃO

Hemorragia intracística

A hemorragia intracística aguda apresenta taxa de mortalidade de 50%, variando de 13% nos pacientes tratados a mais de 90% nos não-tratados.^{4,5,6} A presença de massa abdominal dolorosa de rápida evolução em paciente portador de pancreatite crônica e pequena redução dos valores da série vermelha no hemograma sugerem sangramento intracístico, como ocorreu no caso 1. O conteúdo do pseudocisto torna-se mais denso, ou seja, mais ecogênico na ultra-sonografia e hiperdenso na tomografia computadorizada, chegando a simular massa tumoral.

A hemorragia pode se originar da ruptura de um pseudoaneurisma ou de vasos em contato com o pseudocisto. Posteriormente, este pode romper-se, extravasando seu conteúdo para o interior do estômago, duodeno, cólon, ducto pancreático ou biliar, cavidade peritoneal ou retroperitônio.^{4,5,6,7}

Hemorragia extracística

A manifestação extracística da hemorragia é condição menos frequentemente relatada comparando-se com a forma intracística. A hemorragia extracística intraperitoneal resulta, na maioria dos casos, em choque hipovolêmico profundo, manifestando-se clinicamente com rápida distensão abdominal, palidez e hipoperfusão periférica.^{6,8} As principais artérias acometidas são: esplênica (45%), gastroduodenal (18%) e artéria pancreático-duodenal (18%).⁸ O sangramento para a cavidade peritoneal de artéria na topografia do corpo e cauda do pâncreas se apresenta ao exame de TC como coleção hiperdensa subfrênica entre o fundo gástrico e a face medial do baço, como foi no caso 2. O sítio exato do sangramento não é identificado pela TC e sim pela angiografia. Esta última, apesar do caráter invasivo, é o método de escolha para o diagnóstico, além de possibilitar a realização de procedimentos intervencionistas, como embolização terapêutica temporária ou definitiva.^{4,7}

Outras formas de manifestações seriam a hematênese e melena, quando da ruptura deste para o interior de víscera oca e anemia ferropriva quando há sangramento insidioso e crônico.^{1,2,3,4}

As características e as diferenças entre hemorragia intracística e extracística são bem caracterizadas e mostradas pelo resumo no Quadro 1.

	Hemorragia intracística	Hemorragia extracística
História	Etilismo crônico Pancreatite crônica com surtos de reagudização	Etilismo crônico Pancreatite crônica com surtos de reagudização
Quadro clínico	Dor e massa abdominal súbitas Ausência de sinais de choque hipovolêmico	Dor e distensão abdominal súbitas Choque hipovolêmico
Hemograma	Discretas alterações na série vermelha	Acentuada queda do hematócrito
Ultra-sonografia	Massa ecogênica heterogênea na topografia do pâncreas	Coleção ecogênica intra-abdominal ou retroperitoneal
Tomografia computadorizada	Calcificações pancreáticas Massa heterogênea densa com densidade de sangue na topografia do pâncreas	Calcificações pancreáticas Coleção hiperdensa intra-abdominal e retroperitoneal

Quadro 1. Resumo das hemorragias agudas associadas a pseudocisto de pâncreas

CONCLUSÃO

Exames complementares de imagem, como a ultra-sonografia e a tomografia computadorizada, são métodos de escolha para o diagnóstico das complicações hemorrágicas intra ou extracística do pseudocisto pancreático em enfermos com pancreatite crônica apresentando dor abdominal súbita, massa palpável de evolução rápida e queda do hematócrito. Estes auxiliam o diagnóstico por detectarem alterações nas dimensões, morfologia e densidade de pseudocisto já existente ou detecção de coleções intraperitoniais ecogênicas/hiperdensas no espaço subfrênico adjacente ao estômago e baço.

REFERÊNCIAS

- Gredell JH, Cello JP. Chronic pancreatitis. In: Sleisenger MN, Fordtran JS. Gastrointestinal disease. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993. p. 1664-81.
- Bradley EL, Clemens JL, Ganzales AC. The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management. *Am J Surg.* 1979; 137: 139-41.
- Yeo CJ, Bastidas JA, Lynch-Nyhan A, Fishman ER, Zinner MJ, Cameron JL. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography. *Surg Gynecol Obstet.* 1990; 170: 411-4.
- Juhani AS, Seppo KS, Isto HN. Intracystic hemorrhage in pancreatic pseudocysts: initial experiences of a treatment protocol. *Pancreas.* 1997; 14: 187-91.
- Wolstenholme JT. Major gastrointestinal hemorrhage associated with pancreatic pseudocyst. *Ann J Surg.* 1974; 127: 377-82.
- Greenstein A, Demaio EF, Nabseth DC. Acute hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts. *Surgery.* 1971; 69: 56-62.
- Stanley JC, Miller TA, Child CG. Major arterial hemorrhage. A complications of pancreatc pseudocysts and chronic pancreatitis. *Arch Surg.* 1976; 11: 435-42.
- Ammori BJ, Mandan M, Alexander DJ. Haemorrhagic complications of pancreatitis: presentation and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 1998; 80: 316-25.
- Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduce mortality from bleeding pseudocysts and a pseudoaneurysms caused by pancreatitis. *Arch Surg.* 1983; 118: 45-51.