

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CM 147

PSEUDOCISTO DE PÂNCREAS

RELATO DE CASO E

REVISÃO DA LITERATURA

RENATO MARTINELLI

JOSÉ CARLOS CARDOSO

ALUNOS DA 12ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO DA FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

NOVEMBRO / 1985

AGRADECIMENTOS

Aos Drs. Odilson Borini, Antônio Carlos
Ferreira da Cunha e Vanir Cardoso, pe
lo incentivo e colaboração durante to
da execução do trabalho.

ÍNDICE

Í N D I C E

	<u>Página</u>
RESUMO	vi
I - INTRODUÇÃO	1
II - RELATO DO CASO	3
III - COMENTÁRIOS	6
IV - SUMMARY	10
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

RESUMO

RESUMO

Os autores apresentam um caso de pseudocisto de pâncreas ocorrido no Hospital Universitário, desde sua inauguração em março de 1980.

O paciente foi submetido a exame ultrassonográfico, que confirmou o diagnóstico.

Decorridos quatro meses o paciente apresenta-se bem, com regresão do pseudocisto ao estudo ultrassonográfico.

Os autores tecem comentários em relação ao diagnóstico e tratamento e constata-se que modernamente existe uma nítida tendência ao tratamento não cirúrgico, e sim, de se fazer um acompanhamento ultrassonográfico.

As indicações para o tratamento cirúrgico ficam reservadas para as complicações, persistência da dor abdominal e não regressão do pseudocisto.

I - INTRODUÇÃO

I - INTRODUÇÃO

Os pseudocistos de pâncreas não são muito frequentes.

De todos os internados no Hospital das Clínicas de São Paulo, entre 1972 e 1976, os pacientes que apresentavam esta patologia, perfizeram uma média de 0,081 %.

No Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário da UFSC, existem três diagnósticos de Pseudocisto de Pâncreas. Destes, dois foram à cirurgia, sendo um, diagnosticado como abscesso pancreático e outro como carcinoma de cabeça de pâncreas, no trans-operatório.

O terceiro caso, é o que passamos a relatar, que se configura como o único caso de pseudocisto de pâncreas, do Hospital Universitário desde a sua inauguração.

II - RELATO DO CASO

II - RELATO DO CASO

L.J.S.M., registro 43581 (Hospital Universitário da U.F.S.C. de Florianópolis-SC), cor branca, sexo masculino, 40 anos, cabelereiro, natural de Laguna-SC., procedente de Florianópolis.

Há 22 dias iniciou com dor em epigástrico de instalação incidiosa e rapidamente progressiva acompanhada de nauseas sem febre ou vômitos. Procurou o Hospital de Caridade (Florianópolis) onde foi internado.

Nos antecedentes pessoais o paciente revelava: hipertensão arterial, gastrite, diabetes mellitus e alcoolismo.

Na história morbida familiar encontramos no registro avô paterno e 5 (cinco) tios paternos com diabetes mellitus e mãe cardiopata.

No interrogatório sobre os diversos aparelhos e sistemas o paciente apresentava além da queixa principal, pirose e constipação intestinal.

Ao exame físico o paciente encontrava-se em bom estado geral, lúcido, orientado, contactuante. Obeso, hidratado, mucosas úmidas e coradas, anictérico, eupneico. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Exame do abdome: distendido, globoso, doloroso à palpação superficial e profunda, com descompressão dolorosa em epigástrico e hipocôndrio direito. Ruídos hidroaéreos diminuídos.

A investigação complementar na internação mostrava aos exames laboratorias: Hematócrito: 56%; Hemoglobina: 18,4 g/dl; Leucócitos: 14.700; Glicose: 371 mg/dl; Uréia: 30 mg/dl; Colesterol: 249 mg; Triglicerídeos: 191 mg/dl; Amilase: 1203 UI. BT: 3,82 mg/dl; BD: 1,82 mg/dl; BI: 2,0 mg/dl; Exames Parcial de Urina e Parasitológico de Fezes: normais. Apresentava-se hipertenso (155/105 mmHg), com uma pulsação de 88 b.p.m.

Ao raios X simples do abdome, calcificações pancreáticas.

O diagnóstico foi de: Pancreatite crônica agudizada, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

O paciente recebeu como tratamento medicação sintomática e dieta para diabetes.

Após 5 dias, o paciente recebeu alta em bom estado geral, apresentando aos exames laboratoriais: Glicose: 121 mg/dl; amilase: 191 UI; Gama GT: 206 U/l; BT: 2,01 mg/dl; BD: 0,94 mg/dl; BI: 1,07 mg/dl.

O paciente foi orientado para a realização de ultrassonografia / abdominal, o qual revelou como resultado cistos pancreáticos.

Há 4 dias apresentou novo episódio de dor abdominal alta, acompanhada de vômitos em vários episódios, de coloração marrom escuro, sem relação com alimentação. Procurou este hospital (Hospital Universitário-Fpolis), sendo internado com o diagnóstico de pseudocisto de pâncreas.

Encontrava-se em bom estado geral, lúcido e orientado.

Exame do abdome: plano, simétrico, com massa palpável em epigástrico, de limites imprecisos, consistência amolecida, superfície levemente irregular, pouco móvel e extremamente dolorosa.

Os exames laboratoriais, mostravam: Glicose: 295 mg/dl (Jejum) e 299 mg/dl (pós prandial); Amilase: 81 UI; Creatinina: 1,25 mg/dl; parcial de urina e parasitológico de fezes: normais; hemograma: normal.

Pressão arterial: 120/80 mmHg.

Como tratamento o paciente recebeu medicação sintomática (dor e vômitos).

Após 11 dias obteve alta, em excelente estado geral, sem queixas de dor abdominal ou vômitos, com regressão da massa abdominal.

Em 20/11/85, (decorridos 4 meses) o paciente encontrava-se sem qualquer sintomatologia, apresentando regressão do pseudocisto ao estudo ultrassonográfico.

III - COMENTÁRIOS

III - COMENTÁRIOS

Os pseudocistos são formações cavitárias que se diferenciam dos cistos verdadeiros por não possuírem parede própria (epitelial), sendo limitado pela proliferação de tecido conjuntivo, que forma uma parede fibrosa (1, 2, 3, 4, 5).

No interior dos pseudocistos encontramos suco pancreático puro ou associado a restos de material digerido, necrótico ou sangue originados do pâncreas, podendo ou não estar nele incluídos (1, 2, 5, 13).

Os cistos verdadeiros, podem, durante sua evolução perder seu epitélio, sendo rotulados como pseudocistos. Em razão destes aspectos observamos uma tendência em não separar os cistos dos pseudocistos, mas unificá-los sob a denominação de cistos pancreáticos (1).

Os pseudocistos surgem em consequência da ruptura do parênquima pancreático por trauma, surto de pancreatite, neoplasias, certas parasitoses (hidatíose), doenças biliares, sendo mais frequentes nos portadores de pancreatite crônica alcoólica (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14).

O pseudocisto aparece com maior frequência num período de 2-4 semanas após episódio de pancreatite ou após o trauma pancreático (3,5). Sendo ainda objeto de discussão, o período necessário para a maturação da parede do cisto é de 4-6 semanas (6,7).

A manifestação clínica dos cistos pancreáticos se mostra inicialmente em relação com a afecção pancreática que os originou. De uma maneira geral deve-se suspeitar de sua presença quando surgirem os seguintes elementos: Dor persistente sobretudo em lugar diferente daquele observado no surto pancreático inicial; hiperamilasemias persistentes; massa abdominal palpável; compressão, deslocamentos, obstruções de órgãos ou estruturas adjacentes; perda do apetite; sensação de peso epigástrico; emagrecimento; febre persistente; náuseas e vômitos. Este quadro está em concordância com toda a literatura

tura pesquisada.

Os pseudocistos podem evoluir com complicações tais como: Obstru^{ção} do trato gastrointestinal, do ducto biliar principal e da veia esplênica; hemorragia digestiva; perfuração livre na cavidade abdominal ou em víscera oca; infecção; ascite; fístula na pleura e derrame enzimático (1, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16).

O diagnóstico do pseudocisto apresentava até recentemente alguma dificuldade, visto que, baseava-se no exame físico, quadro clínico e nos exames complementares hiperamilasemia e hiperlipasemia persistentes por mais de 6 dias (1, 2, 3, 4, 5).

Na atualidade o diagnóstico, com o advento dos novos métodos de imagem, como a ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada, colangiopancreatografia endoscópica, exame radiológico contrastado do estômago e duodeno, as dificuldades iniciais foram abolidas independentemente do tamanho do pseudocisto (7, 8, 9, 13).

O tratamento do pseudocisto de pâncreas tem sido alvo de algumas considerações. Existem autores que defendem o tratamento cirúrgico como única alternativa para a resolução do problema (3,5). No entanto, a maioria dos autores preferem esperar por um período de no mínimo 6 semanas para o amadurecimento da parede do cisto ou então o aparecimento de uma complicação como rotura do cisto, hemorragia, infecção ou a não resolução do quadro doloroso para então indicar o tratamento cirúrgico (1, 4, 8, 9, 12, 13).

Vários tipos de tratamento cirúrgico são propostos para os cistos pancreáticos: a) drenagem externa; b) drenagem interna; c) ressecção.

O tratamento ideal é a drenagem ou derivação interna que deve ser realizada naqueles cistos presentes a longo tempo e com paredes suficientemente espessas para permitirem uma anastomose segura com o tubo digestivo. O pseudocisto pode ainda regredir espontaneamente neste período (1, 4, 7, 8, 9, 13). Os cistos infectados de parede fina ou rota na cavidade peritoneal, devem ser submetidos à drenagem externa. Se entretanto, a parede do cisto for de consistência firme, estará indicada sua derivação interna independentemente da presença de infecção, ou do tempo de evolução da doença (1, 4, 7,

8, 9).

Os cistos pequenos facilmente abordáveis e principalmente aqueles localizados na cauda do pâncreas devem ser tratados por meio de ressecção pancreática (7).

Dentre as derivações internas as anastomoses cistogástricas ou cistoduodenais estão indicadas quando houver íntima relação de contiguidade do cisto com o estômago ou o duodeno e na presença de aderências bem formadas entre as paredes do cisto e daquelas porções do tubo digestivo. A preferência por um ou outro tipo de derivação dependerá da situação do cisto (1, 4, 7, 8, 10, 14, 15, 16).

Estudos recentes mostram que através de exames ultrassonográficos realizados nos portadores de cistos pancreáticos, um número bastante significativo regredem expontaneamente (7, 8, 9, 13).

Desta forma a terapêutica indicada atualmente sugere o acompanhamento do cisto através do estudo ultrassonográfico por um período de 6 meses a um ano, evitando-se desta forma cirurgias desnecessárias (7, 8, 9, 13).

IV - SUMMARY

IV - SUMMARY

The authors present a case of pancreatic pseudocysts that occurred in the University Hospital of UFSC.

The patient was submitted to a Ultrasound Technique that showed the pseudocysts.

After 4 months the patient was fine, showed pseudocysts regress in the ultrasound.

The authors comment about diagnosis and treatment, and observed that exist a tendency to a ultrassound accompaniment.

The indications to the surgery, is: permanence of symptoms, complications and no regress of the pseudocysts.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - MOTT, C.B. & MACHADO, M.C.C. - Cistos. In DANI, R.; CASTRO, L.P.; PÉREZ; V. & ARABEMETY; J.T. - Gastroenterologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978, c. 68, p. 826-836.
- 3 - ROBBINS, S.L. - Pseudocysts of the Pancreas. In ROBBINS, S.L. - Pathologic Basis of Disease. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1974 c.23, p. 1067-1068.
- 3 - SNODGRASS, P.J. - Pseudocistos. In WINTROBE, M.M.; THORN, G.W.; ADANS, R.D.; BRAUNWALD, E; ISSELBALHER, K.J. & PETERSDORF, R.G. - Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977, c. 302, p.1442.
- 4 - SILEN, W. - Cysts and Pseudocysts. In SCHWARTZ, S.I.; LILLEHEI, R.C.; SHIRES, G.T.; SPENCER, F.C. & STORER, E.H. - Principles of Surgery New York, Mc Graw-will Book Company, 1974, c.32, p.1268 - 1270.
- 5 - RAIÁ, A.A. - Cistos do Pâncreas. In ZERBINI, E.J. - Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto. Vol. 5 - São Paulo, Sarvier, 1979, c. 45, p.537 - 543.
- 6 - BAILEY, H. - The Pancreas. In BAILEY, H. - Hamilton Bailey's Demonstration of Physical Signs in Clinical Surgery. Bristol, John Wright & Sons Ltd, 1973, c. 18, p. 244-245.
- 7 - CUNHA, J.E.M., MACHADO, M.C.C., BACCHELLA, T., REIBSCHEID, S., MOTT, C.B. & RAIÁ, A.A. - Pseudocisto do Pâncreas. Considerações diagnósticas e terapêuticas com base no tratamento de 58 pacientes. Rev. Ass. Med. Brasil, 28(1): 35-41, 1982.

- 8 - KAISER, S., HENRICI, C.E., FARIA, A.O. & CAMPOS, O.F. - Problemas de diagnóstico e tratamento do pseudocisto pancreático. Medicina de Hoje, 4 : 124-134, 1979.
- 9 - BEBEE, D.S., RUBRICK, M.P., ONSTAD, G.R. & HITCHCOCK, C.R. - Management of Pancreatic Pseudocysts. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 159: 562-564, 1984.
- 10 - LEONARDI, L.S., FAGUNDES, J.J., ANDREOLLO, N.A. & MANTOVANI, M. - Ruptura Espontânea de Pseudocisto Pancreático no Intestino Delgado. An. Paul. Med. Cir. 109(2): 41-46, 1982.
- 11 - KAISER, S., ONOFRE, A.F., CAPARICA F^o. A. & HILÁRIO, J. - Pseudocisto Pancreático com Fístula na Pleura e Derrame Enzimático. Rev. Col.Bras. Cirurgiões. Março/Abril: 75-80, 1979.
- 12 - MOLLERUP, C.L. & HENRIKSEN, F.W. - Upper Gastrointestinal Hemorrhage Associated With Pancreatitis. Acta Chir. Scand. 151: 89-91 - 1985.
- X 13 - MOTT, C.B., GUARITA, B.R., SOUZA, F.A.R., CERRI, G.G. & BETTARELLO, A. - Seguimento Evolutivo dos Cistos Pancreáticos pela Ecografia em Portadores de Pancreatite Crônica. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S.Paulo, 39(6) 260-264, 1984.
- 14 - BRADLEY III, E.L. - Cystoduodenostomy - Ann. Surg. 200(6) 698-701, 1984
- 15 - KULIGOWSKA, E. & OLSEN W.L. - Pancreatic Pseudocysts Drained Through a Percutaneous Transgastric Approach. Radiology 154(1) 79-82, 1985.
- 16 - BERNARDINO, M.E. & AMERSON, J.R. - Percutaneous Gastrocystostomy: A New Approach to Pancreatic Pseudocysts Drainage. A.J.R. 143: 1096 - 1097, 1984.
- 17 - LIMA, I.S., NEPOMUCENO, M.C., LEAL, A.T., HOULY, R.L.S. & LIMA, M.R. - Metástase de Seminoma Simulando Pseudocisto de Pâncreas. Arq. Cat. Med. 13(3) 211-213, 1984.

TCC
UFSC
CM
0147

N.Cham. TCC UFSC CM 0147

Autor: Martinelli, Renato

Título: Pseudocisto de pâncreas : relat



972809488

Ac. 253341

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM