

Groove Pancreatitis ou Pancreatite do sulco pancreato-duodenal: diagnósticos diferenciais e tratamento

No último quiz, apresentamos um caso de pancreatite do sulco pancreato-duodenal ([clique aqui para acessar o QUIZ](#)), que também pode ser chamada de pancreatite paraduodenal ou *Groove pancreatitis*. Essa é uma das formas de apresentação da pancreatite crônica (PC) e que, pela localização, pode ocasionar mais sintomas obstrutivos do que os sintomas clássicos da PC, como dor ou insuficiência exócrina.

Agora, vamos abordar os **diagnósticos diferenciais e formas de tratamento possíveis**.

Como já foi dito, a pancreatite do sulco compartilha os **mesmos fatores de risco da pancreatite crônica**, destacando-se o etilismo e o tabagismo. Os **episódios de agudização** podem ser precipitados por períodos de ingestão excessiva de álcool, cursando com elevação das enzimas pancreáticas séricas e podendo se manifestar com **sintomas de obstrução do trato gastrointestinal alto em decorrência do acometimento da parede duodenal**. Além disso, quando o processo inflamatório envolve a região da via biliar distal, pode ocorrer obstrução do colédoco, resultando em colestase clínica e laboratorial.

O diagnóstico é estabelecido por **exames de imagem**, especialmente tomografia computadorizada (*imagem abaixo*) e ressonância magnética, sendo a endoscopia digestiva alta indicada nos pacientes com sintomas obstrutivos para avaliação do grau de estenose duodenal e exclusão de outras causas.

Entretanto, a **diferenciação entre a pancreatite do sulco (*groove pancreatitis*) e as neoplasias periampulares** (adenocarcinoma pancreático, adenocarcinoma duodenal, neoplasia mucinosa papilar intraductal, tumores estromais ou neoplasias benignas) **pode ser desafiadora**, uma vez que essas condições frequentemente apresentam manifestações clínicas e achados radiológicos sobrepostos.



(imagens de arquivo próprio – autorizadas a divulgação)



(imagens de arquivo próprio – autorizadas a divulgação)

A **ecoendoscopia digestiva alta** desempenha papel fundamental nessa etapa da investigação. Além de permitir a avaliação detalhada de achados como edema e espessamento da parede duodenal, alterações da região do sulco pancreatoduodenal e eventual acometimento da cabeça do pâncreas, o método possibilita a obtenção de amostras teciduais por punção aspirativa por agulha fina (FNA) ou por biópsia com agulha de core (*fine-needle biopsy* – FNB), que fornece fragmentos histológicos mais representativos e aumenta a acurácia na diferenciação entre processo inflamatório e neoplasia.

Mesmo realizando exames de imagem e biópsias por ecoendoscopia podemos, contudo, não conseguir afastar o diagnóstico de neoplasia. Os casos duvidosos devem ser discutidos em grupo multidisciplinar para avaliar a melhor abordagem.

Tratamento

Em relação ao tratamento, o **primeiro passo é definir se há segurança para excluir uma neoplasia periampular**. Na presença de **qualquer dúvida** diagnóstica, recomenda-se discussão em equipe multidisciplinar e consideração de **ressecção cirúrgica**, com proposta oncológica (ou seja, com ressecção da região e dissecação linfonodal extensa). Essa abordagem deve ser reservada aos casos em que não é possível afastar de forma

confiável a presença de malignidade.

Devemos nos atentar também que esta é uma forma rara de apresentação e, portanto, é difícil estabelecer a melhor forma de condução, visto a escassez de estudos prospectivos e ensaios clínicos randomizados,

Na certeza de ausência de neoplasia, por se tratar de doença benigna, o manejo da pancreatite do sulco pode ser feito de forma **conservadora**. Durante a crise de agudização dos sintomas, a recomendação é jejum (até melhora da dor) e analgesia, assim como fazemos com agudizações de pancreatite crônica. Em alguns casos foram utilizados análogos de somatostatina, porém sem resultados contundentes. Somente o manejo conservador pode reverter os sintomas. A taxa de resposta ao tratamento conservador varia entre 29-54%, a depender da casuística.

Existem casos que evoluem com fibrose na região do sulco, podendo comprometer a passagem alimentar pelo duodeno. O paciente pode ter sintomas como náuseas e vômitos devido à obstrução mecânica causada pela fibrose. Somado a isso, podemos ter obstrução biliar do colédoco, causando sinais e sintomas colestáticos, além de maior risco de colangites bacterianas. **Nos casos em que a fibrose é predominante, é mais provável que o paciente necessite de alguma intervenção.**

Tratamento endoscópico

Caso a conduta conservadora falhe, o paciente pode necessitar abordagem endoscópica. Alguns procedimentos são possíveis:

1. Cistoduodenostomia endoscópica – realizar drenagem dos cistos paraduodenais no duodeno.
2. Drenagem biliar por CPRE
3. Dilatação duodenal
4. Gastroentero-anastomose endoscópica

A escolha do procedimento varia de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente e a taxa de resposta a procedimentos endoscópicos é de 55%.

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é uma opção para pacientes que não responderam à terapia medicamentosa / endoscópica (menos invasiva) ou quando há dúvidas sobre a presença de processo neoplásico.

A cirurgia parece ter maior percentual de resolução dos sintomas a longo prazo, e melhora na qualidade de vida (em 79% dos pacientes). Em casuística brasileira, a principal cirurgia realizada foi pancreatoduodenectomia com preservação pilórica. Outras opções são: cirurgia de Whipple (duodenopancreatectomia clássica em Y-Roux), gastroentero-anastomose cirúrgica e derivação bilio-digestiva. A escolha do procedimento depende do acometimento apresentado.

Apesar de ter melhores resultados na resolução de sintomas, o procedimento cirúrgico tem maior risco de complicações (em torno de 20%).

Mensagens finais

A pancreatite do sulco pancreatoduodenal (*groove pancreatitis*) é uma forma focal de acometimento da pancreatite crônica, , compartilhando os mesmos fatores de risco da doença clássica, especialmente etilismo e tabagismo. O diagnóstico baseia-se principalmente em exames de imagem, sendo fundamental o diagnóstico diferencial com neoplasias periampulares.

A abstinência de álcool e a cessação do tabagismo constituem medidas fundamentais para reduzir a atividade inflamatória e prevenir a progressão da doença. Entretanto, parte dos pacientes evolui com fibrose da região do sulco

pancreatoduodenal, podendo desenvolver estenose duodenal, com comprometimento do trânsito alimentar, e obstrução da porção distal do colédoco, resultando em colestase clínica e laboratorial. Nessas situações, procedimentos endoscópicos ou tratamento cirúrgico podem ser necessários.

Referências

1. Dahiya DS, Shah YR, Canakis A, Parikh C, Chandan S, Ali H, Gangwani MK, Pinnam BSM, Singh S, Sohail AH, Patel R, Ramai D, Al-Haddad M, Baron T, Rastogi A. Groove pancreatitis: From enigma to future directions-A comprehensive review. J Gastroenterol Hepatol. 2024 Nov;39(11):2260-2271.
2. Ukegini K, Steffen T, Tarantino I, Jonas JP, Rössler F, Petrowsky H, Gubler C, Müller PC, Oberkofler CE. Systematic review on groove pancreatitis: management of a rare disease. BJS Open. 2023 Sep 5;7(5):zrad094.
3. Neto do Nascimento C, Palmela C, Soares AS, Antunes ML, Fidalgo CA, Glória L. Groove Pancreatitis: Clinical Cases and Review of the Literature. GE Port J Gastroenterol. 2022 Nov 29;30(6):437-443.
4. Dhali A, Maity R, Hafeez AS, Biswas J. Surgical versus conservative management of groove pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. Updates Surg. 2026 May 26.
5. Apodaca-Torrez FR, Zotti OR, Apodaca-Rueda M, Santos MA, Fuziy RA, Lobo EJ. Pancreatoduodenectomy and surgical treatment of groove pancreatitis. Arq Bras Cir Dig. 2025 Aug 29;38:e1895.

Como citar este artigo

Marzinotto M. Groove Pancreatitis ou Pancreatite do sulco pancreato-duodenal. Gastropedia 2026, Vol II. Disponível em:

<https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/groove-pancreatitis-ou-pancreatite-do-sulco-pancreato-duodenal/>