Quiz Obstrução duodenal e pancreatite crônica

Paciente masculino de 41 anos, etilista e tabagista, e também ex-usuário de cocaína e crack (parou há cerca de 4 meses), já em seguimento por pancreatite crônica alcoólica. Procura o ambulatório com quadro de vômitos diários pós alimentares e emagrecimento de 15 Kg nos últimos 3 meses. Negava alteração nas fezes, negava febre ou outros sintomas constitucionais.

Ao exame físico, apresentava-se muito emagrecido, Peso foi de 65,4 Kg para 50,1 Kg. Descorado e um pouco desidratado. Abdome escavado, doloroso a palpação de epigástrio e com hipertimpanismo nesta região.

Encaminhado ao pronto-socorro, onde realizou uma imagem:

Figura 1

Figura 2

Figura 1: Pâncreas com atrofia parenquimatosa difusa, atenuação heterogênea com múltiplos cálculos calcificados no ducto pancreático principal em toda a sua extensão e em ductos secundários.

Figura 2: (Pancreatite crônica calcificante). Densificação dos planos entre a segunda porção do duodeno e a cabeça do pâncreas, identificando-se acentuado afilamento da segunda porção duodenal, completamente envolto por extensão do processo inflamatório crônico pancreático, caracterizando-se 2 pseudocistos com cerca de 3,0 cm cada situados um deles na intimidade da parede lateral e o outro na intimidade da parede medial da segunda porção duodenal. Há uma comunicação entre esses dois pseudocistos nas suas porções mais inferiores. Tal extensão do processo inflamatório com o afilamento duodenal

tem características de cronicidade demonstrada particularmente pelo acentuado “alongamento” do estômago com distensão e acúmulo de resíduos alimentares.

Qual o diagnóstico mais provável?

- ○ Neoplasia de duodeno
- ○ Neoplasia de cabeça de pâncreas
- ○ Pancreatite do sulco pancreato-duodenal (groove pancreatitis)
- ○ Sequela de úlcera duodenal distorcendo a anatomia local
- ○ Neoplasia estromal - GIST

Qual seria o próximo passo para estabelecer o diagnóstico?

- ○ Realizar endoscopia digestiva alta com biópsias de duodeno para exclusão de neoplasia e avaliação de grau de obstrução
- ○ Realizar ecoendoscopia com biópsias de cabeça de pâncreas às cegas (sem nódulo visível)
- ○ Realizar litotripsia e retirada de cálculos pancreáticos via CPRE
- ○ Hidratar, deixar com sintomáticos e liberar, já que não há necessidade de nenhum procedimento adicional
- ○ Programar duodeno-pancreatectomia já que a chance de neoplasia é alta neste paciente

Ver sua performance

Refazer o teste

Foi internado para hidratação e controle dos sintomas. Durante a internação realizou uma endoscopia digestiva alta devido a vômitos persistentes e programação de passagem de sonda naso-entérica – necessitou de 3 dias de dieta líquida com passagem de sonda de Fouchet antes do procedimento. Teve os seguintes achados:

Nota-se bulbo duodenal deformado, com compressão extrínseca e retrações cicatriciais que geram importante angulação e subestenose, permitindo a passagem do aparelho convencional (9.8mm) com dificuldade até a segunda porção duodenal. Mucosa de bulbo e segunda porção duodenal íntegra, em área de subestenose ausência de lesões infiltrativos ou de aspecto neoplásico.

Discussão

Esse é um caso de provável Pancreatite do Sulco Pancreato-duodenal ou Groove Pancreatitis: uma forma caprichosa de pancreatite crônica que envolve o sulco pancreato-duodenal, e pode acometer duodeno, cabeça pancreática e colédoco. É mais comum em homens, entre a 4a e 5a década de vida, e se relaciona com o abuso de álcool e tabaco.

A fisiopatologia é pouco compreendida ainda hoje. O acometimento envolve a hiperplasia das glândulas de Brunner (glândulas localizadas nessa região do sulco), gerando inflamação e fibrose. Esse processo inflamatório pode extravasar para a parede duodenal e gerar um quadro de obstrução intestinal, além de poder acometer a cabeça do pâncreas e o colédoco distal, promovendo obstrução biliar e colestase.

O quadro clínico mais típico é dor abdominal associada a náuseas e vômitos, decorrentes do acometimento duodenal, podendo evoluir com perda de peso. Em alguns casos, pode haver icterícia se houver extensão para região do colédoco distal. O diagnóstico diferencial envolve a exclusão de neoplasias da região periampular e as neoplasias bilio-pancreáticas, que podem mimetizar a *groove pancreatitis*.

O diagnóstico é realizado através de exames de imagem, como tomografia de abdome e ressonância de abdome, associados a exames endoscópicos, com Endoscopia Digestiva Alta (para retirada de fragmentos de biópsias). A Ecoendoscopia Alta pode trazer mais informações e permite a punção e esvaziamento das glândulas de Brunner, o que pode amenizar os sintomas obstrutivos.

O tratamento pode ser manejo conservador de sintomas e orientação para cessação de tabagismo e etilismo. Se os sintomas forem muito intensos, porém, são necessárias intervenções, que podem ser endoscópicas ou cirúrgicas, e que iremos dissecar melhor no próximo post! Não perca!

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. doi: 10.1111/jgh.16683.
2. Arora A, Rajesh S, Mukund A, Patidar Y, Thapar S, Arora A, Bhatia V. Clinicoradiological appraisal of ‘paraduodenal pancreatitis’: Pancreatitis outside the pancreas!
   Indian J Radiol Imaging. 2015 Jul-Sep;25(3):303-14. doi: 10.4103/0971-3026.