

PANCREATITE AGUDA GRAVE COM LESÕES EM PINGO DE VELA: UM RELATO DE CASO

Priscila Valera Guerra¹, Letícia Poti Nobre^{1*}, Yanna Thais Ramalho Dieb Venuto¹, Érika Caroline Cisne Rodrigues¹, Olga Vale Oliveira Machado ^{1,2}.

¹ Curso de Medicina - Centro Universitário Christus, Fortaleza-CE.

² Hospital São José de doenças Infecciosas, Fortaleza - CE.

Introdução

A pancreatite aguda é uma causa de abdome agudo inflamatório decorrente da ativação anormal de enzimas pancreáticas e da liberação de uma série de mediadores inflamatórios. (Ciftci *et al*; 2018). Ela pode ser atribuída, na maioria dos casos, ao álcool e a cálculos biliares que ocorrem quando um cálculo da vesícula, geralmente pequeno, se desloca do colédoco até o duodeno, causando uma inflamação da papila duodenal, ou uma papilite. A papilite, então, obstrui parcialmente o ducto pancreático, causando a pancreatite aguda pelo extravasamento das enzimas digestivas que podem destruir tecido peripancreáticos e o próprio pâncreas (Basit *et al.*, 2019)

Resumo

A pancreatite aguda, no Brasil, possui incidência variável geograficamente, mas dados do Datasus e IBGE referentes a 2014 mostram uma média de 19 casos para cada 100.000 habitantes (Banks & Freeman, 2006). O objetivo deste artigo é relatar o caso de uma mulher de 44 anos que foi diagnosticada com pancreatite biliar com lesões em pingo de vela.

Palavras-chave: Pancreatite aguda, Necrose gordurosa, lesões em pingo de vela.

Relato de Caso

Paciente, 44 anos, sexo feminino, multípara, casada, brasileira, parda, caseira, foi levada ao pronto-atendimento em fevereiro de 2022 com queixa de dor epigástrica em faixa há dois dias associada a náuseas e vômitos incoercíveis, dor intensa após alimentação. Paciente relata que há um ano tem presença de dor abdominal, náuseas e vômitos em menor intensidade. Fez esofagogastroduodenoscopia (EGD), no qual constou presença da H.pylori realizando tratamento gastrite. Após cinco meses de tratamento, relatou continuar com dor abdominal. O médico, por sua vez, mudou o esquema terapêutico e solicitou uma ultrassom abdominal total.

Na entrada do hospital, apresentou-se instável hemodinamicamente com taquidispnéia, taquicardia, febre, calafrios, pulsos filiformes, hipotensa, sudoreica e extremidades frias. Ao exame físico abdominal, apresentava-se dor à palpação difusa com abdome doloroso em epigástrio e sinal de Murphy e Giordano positivos. Refere ser hipertensa e diabética tipo II. Após administração de drogas vasoativas a paciente foi levada à sala de imagem para realização da USG abdominal total, confirmou colecistite e a paciente seguiu aos cuidados

para tratamento de pancreatite biliar. Neste contexto, foi necessário realizar cirurgia devido ao quadro de sepse, entretanto mostrou-se necessário a administração de metronidazol e ciprofloxacina sete dias antes da cirurgia.

Os exames laboratoriais iniciais, realizados na admissão, indicaram alterações variadas, como: sumário de urina normal, elevação da amilase e lipase, creatinina ureia normais, lactato e cálcio sérico elevados, leucocitose com desvio à esquerda e hiperbilirrubinemia às custas de fração direta.

Após sete dias de antibioticoterapia, a paciente realizou a cirurgia com biópsia no qual foi visualizado imagem de lesões pingo de vela. A paciente evolui com melhora no seu quadro clínico, tendo recebido alta hospitalar após dois dias de internação.

Discussão

Casos de pancreatite aguda podem se apresentar desde uma dor típica, de forte intensidade, em faixa, no abdome superior e dorso que se agrava com alimentação até uma sensibilidade significativa à palpação do epigástrico (Rocco, 2022).

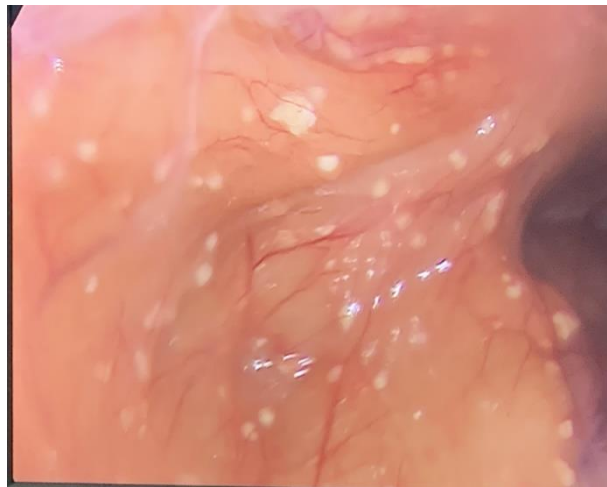
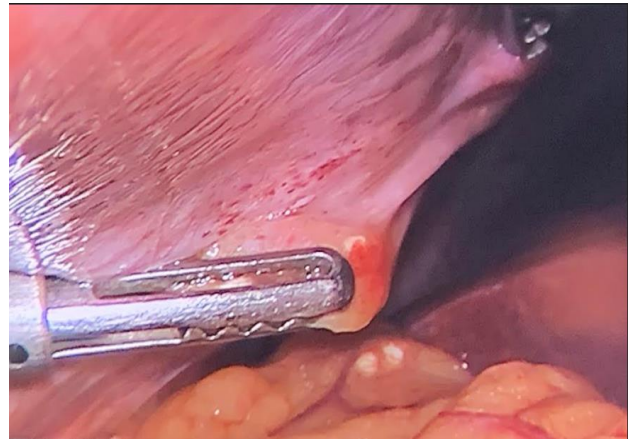
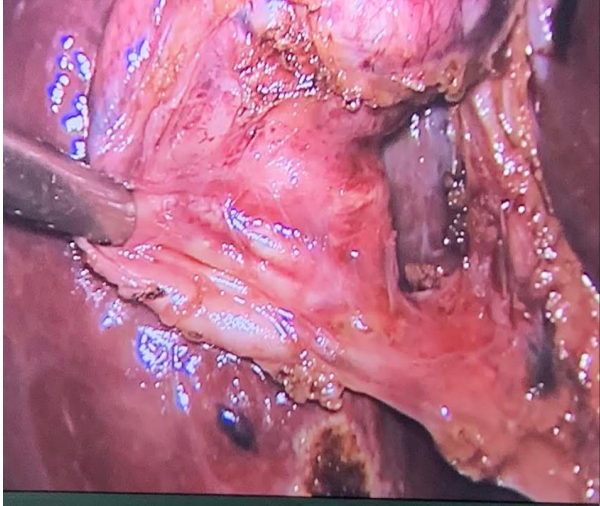
Por isso, é fundamental realizar uma anamnese e exame físico detalhado com base nos sinais e sintomas clínicos associados a dados epidemiológicos para definir a melhor hipótese diagnóstica e ter uma conduta mais eficaz.

Nesta paciente, o diagnóstico de pancreatite aguda foi estabelecido, pois ela apresentava dor epigástrica, geralmente pós-prandial, associada a sintomas gastrointestinais, com abdome doloroso em epigástrico e sinal de Murphy e Giordano positivos ao exame físico abdominal (Rocco, 2022). No caso em questão, a presença de leucocitose com desvio à esquerda pode sugerir uma infecção bacteriana e taquidispneia pode sugerir uma complicação pulmonar, devido a inflamação diafragmática secundária à pancreatite (Ferreira *et al.*, 2015). Além disso, a paciente também apresentou níveis séricos elevados de amilase e lipase, que ocorre devido ao extravasamento do conteúdo de células acinares pancreáticas no espaço intersticial e subsequente absorção na circulação sanguínea.

Os critérios de Ranson são utilizados para prever a severidade e mortalidade da pancreatite aguda, e devem ser calculados no momento da admissão e após 48 horas (Basit *et al.*, 2019). Atribui-se um ponto para cada critério e são avaliados na admissão: idade, número de leucócitos, TGO, LDH e glicemia. Após 48h, avalia-se a queda no hematócrito, cálcio sérico, uréia, déficit de bases, perda líquida e pressão parcial de oxigênio. Define-se o caso como grave na presença de três ou mais critérios alterados (Crockett, 2018). A paciente do caso relatado possuía cálcio sérico de 7 mg/dL, ureia de 11 mg/dL, hematócrito com redução de mais de 10%, leucócitos de 19.000/mm³ e TGO de 260 UI/L.

Em suma, as alterações conferem o diagnóstico de pancreatite grave, que é a forma mais séria da doença, sendo associada com um alto índice de morbimortalidade (Zerem, 2014). A paciente foi então submetida a videolaparoscopia, onde foi realizada a colecistectomia e foram encontradas lesões em pingo de

Os achados da biópsia referem necrose gordurosa, compatível com a hipótese diagnóstica de pancreatite biliar com lesões em pingo de vela. A necrose gordurosa é uma complicação da pancreatite aguda, que possui uma distribuição tipicamente peripancreática, com extensões para a origem do mesentério do intestino delgado, do mesocólon transverso e do omento (Gress & El-Omarg, 2013).



Fotos gentilmente cedidas pelo Prof. Doutor Francisco Heine Ferreira Machado - Professor de Cirurgia Geral da UECE

Conclusão:

Baseado no caso acima discutido, está elucidado um caso de pancreatite biliar com lesões em pingo de vela. É um achado de rara ocorrência, bastante infrequente e por isso se faz mister o relato deste caso até devido a paciente ter realizado três endoscopia e adora da mesma era típica de cólica biliar irradiando até a região escapular direita posterior e após anos de dor ter realizado ultrassonografia como último exame complementar.

Ademais, é de notória importância ressaltar o quanto um raciocínio clínico bem elaborado pesa na hipótese diagnóstica, visto que, sem o detalhamento da história prévia da paciente e, dada a urgência do quadro, o profissional não teria conseguido guiá-la de maneira efetiva a um diagnóstico correto, o que poderia ter resultado em uma complicação maior da pancreatite aguda e do quadro de sepse da paciente.

Apoio financeiro: Financiamento próprio

Referências Bibliográficas:

1. Banks, P. A.; Freeman, M. L.; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. **Practice guidelines in acute pancreatitis**. Am. J. Gastroenterol., 101:2379-2400, 2006.
2. Basit, H., Ruan, G. J., & Mukherjee, S. Ranson Criteria. In StatPearls [Internet]. **StatPearls**. 2019.
3. Ciftci, Fatih; Anuk, Turgut. Acute Biliary Pancreatitis in Cholecystectomised Patients. **Northern Clinics Of Istanbul**, [s.l.], p.73-76, 2017.
4. Crockett, S.D. et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. **Gastroenterology Journal**. 154 (4):1096 –1101, 2018.
6. Ferreira AF, Bartelega JA, Urbano HCA, Souza IKF. **Fatores preditivos de gravidade da pancreatite aguda: quais e quando utilizar?** ABCD Arq Bras Cir Dig. 28(3):207-11, 2015.
7. Gress TM, El-Omar EM; editorial board of Gut. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis: the editorial perspective. **Gut**. Jan;62(1):1, 2013.
8. Rocco, J. R.. Exame do Abdome. In: ROCCO, José Rodolfo. **Semiologia Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, Cap. 9. p. 198-221, 2022.
9. Zerem, E. Treatment of severe acute pancreatitis and its complications. **World Journal of Gastroenterology**. 20(38):13879-13892, 2014.