

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

Priscila Valera Guerra<sup>1</sup>, Letícia Poti Nobre<sup>1\*</sup>, Yanna Thais Ramalho Dieb Venuto<sup>1</sup>, Érika Caroline Cisne Rodrigues<sup>1</sup>, Olga Vale Oliveira Machado <sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> Curso de Medicina - Centro Universitário Christus, Fortaleza-CE.

<sup>2</sup> 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).

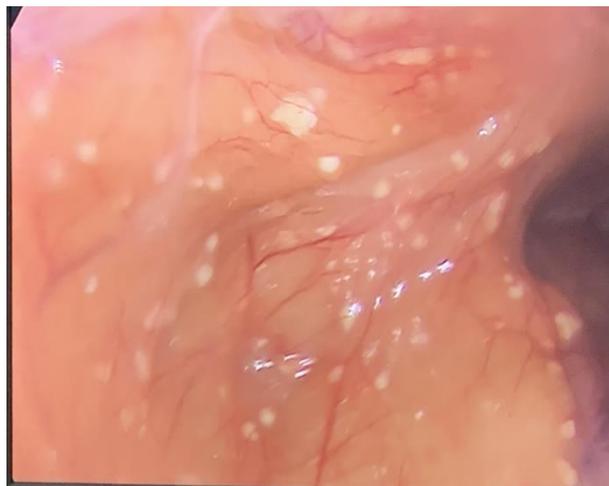
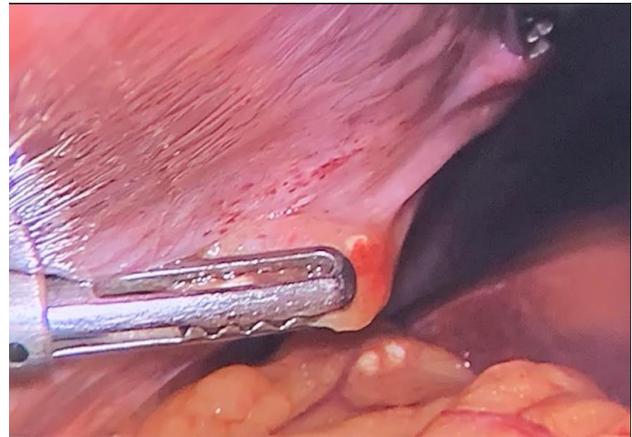
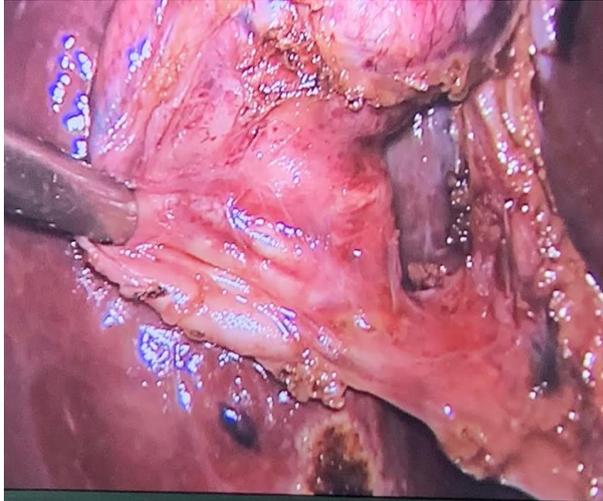
Por isso, é fundamental realizar uma anamnese e exame físico detalhado com base nos sinais e sintomas clínicos associados a dados epidemiológicos para definir a melhor hipótese diagnóstica e ter uma conduta mais eficaz.

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/mm<sup>3</sup> 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.