**PANCREATITE AGUDA COMPLICADA COM PERFURAÇÃO DE CÓLON PÓS COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) – RELATO DE CASO**

**Autores:** 1- Joanny de Lima e Silva Barbosa; 2- Carlos Henrique Barros Amaral; 3- Leandro Valério Costa Batista; 4- Aline Perciano Lopes Toledo; 5- Daniel Pacheco da Costa; 7- Gabriela Mendes Toledo; 8- Camila Mendes Toledo; 9- Imirá Machado Magalhaes; 10- Tiago Torres Melo

**APRESENTAÇÃO DO CASO:**Mulher, 48 anos, portadora de coledocolitíase, submetida a CPRE com achados de papila duodenal intradiverticular, hepatocolédoco dilatado (1,2 cm) e coledocolitíase (3,0 cm). Realizada dilatação papilar e extração do cálculo com balão, sem intercorrências. Evoluiu com pancreatite aguda no 1º dia pós operatório (DPO). Apresentou melhora clínica, com alta no 7º DPO. No 13º DPO, iniciou dor abdominal intensa com êmese e diarreia, além de leucocitose e PCR elevado, reinternada com o diagnóstico de pancreatite aguda complicada. Realizou no 15º DPO tomografia de abdome total com contraste, evidenciando densificação dos planos adiposos e coleções comunicantes nas 1ª/2ª porção do duodeno, cabeça pancreática, goteira parietocólica direita e raiz do mesentério, indicada drenagem percutânea da coleção guiada por tomografia. No 18º DPO, houve saída de conteúdo fecaloide pelo dreno percutâneo. Acionada a equipe de cirurgia geral que indicou laparotomia exploradora. Submetida a colectomia direita e ileotransverso anastomose por necrose em cólon direito, sem identificar o orifício fistuloso. Recebeu alta hospitalar no 7º DPO de colectomia direita com estabilidade clínica mantida no seguimento. Anatomopatológico confirmou fístula do cólon para retroperitôneo.

**DISCUSSÃO:** A incidência de complicações pós CPRE varia de 1 a 10% na população, sendo as colônicas incomuns. Quando presente, a flexura esplênica é a topografia mais acometida, região próxima a cauda do pâncreas e limítrofe entre mesentéricas superior e inferior. A frequente hipotensão do quadro predispõe a isquemia, além da ação de enzimas pancreáticas resultando em inflamação e necrose colônicas, trombose de vasos submucosos e mesentéricos. O caso mostra o envolvimento significativo do cólon direito, o que é inesperado, sendo a maioria diagnosticado no momento da laparotomia. Além disso, teve uma apresentação clínica atípica, sendo relevante para que se possa suspeitar em casos de pancreatite aguda grave que, após o tratamento clínico ou mesmo minimamente invasivo, evoluem com falha ou deterioração significativa.

**COMENTÁRIOS FINAIS:** É importante atentar a evolução incomum de uma complicação que mesmo infrequente tenha potencial de alta mortalidade. A boa evolução deu-se em virtude do acompanhamento e conduta assertivos. Embora a conduta conservadora possa ser indicada inicialmente, a piora clínica deve alertar para desfechos desfavoráveis, devendo-se fazer uso de equipe multidisciplinar.

**Referências:**

1. Ribeiro IB et al. Pancreatitis after ERCP. World J Gastroenterol 2021 May 28; 27(20): 2495-2506.
2. Naidoo VG. Colonic perforation following endoscopic retrograde cholangiopancreatography-associated pancreatitis. S Afr J Surg. 2014 Feb;52(1):29-31.
3. Maatman et al. Colon Involvement in Necrotizing Pancreatitis: Incidence, Risk Factors, and Outcomes. Ann Surg. 2022 Mar 1;275(3):568-575.
4. Timmerhuis et al; Dutch Pancreatitis Study Group. Perforation and Fistula of the Gastrointestinal Tract in Patients with Necrotizing Pancreatitis: a Nationwide Prospective Cohort. Ann Surg. 2022 Jul 22.
5. Dhadlie S, Ratnayake S. A rare case report of ascending colon perforation secondary to acute pancreatitis. Int J Surg Case Rep. 2019;55:62-65.
6. Hozaka Y et al. Successful treatment for severe pancreatitis with colonic perforation using video-assisted retroperitoneal debridement: A case report. Int J Surg Case Rep. 2018;52:23-27.