

HEMORRAGIA INTRA-PSEUDOQUISTO PANCREÁTICO: APRESENTANDO-SE COMO ICTERÍCIA OBSTRUTIVA

HEMORRHAGE IN A PANCREATIC PSEUDOCYST: A CASE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Clara Rocha¹, Sara Almeida², Carlos Leichsenring³, José Calado⁴, António Godinho⁵, Francisco Carneiro⁶

RESUMO

Apesar dos avanços no diagnóstico e manuseamento dos pseudoquistos pancreáticos, a incidência de hemorragia intra-pseudoquisto é entre 6 a 17%. É apresentado um caso clínico de icterícia obstrutiva resultante da compressão da via biliar por uma hemorragia intra-pseudoquisto pancreático após rotura de um pseudoaneurisma, diagnosticado por tomografia computadorizada, o qual é de rara ocorrência. Pela estabilidade hemodinâmica do doente, a embolização vascular foi a opção terapêutica tendo resultado num tratamento definitivo sem complicações.

Palavras-chave: Pseudoquisto pancreático, Icterícia obstrutiva

ABSTRACT

Despite improvements in the diagnosis and management of pancreatic pseudocysts, the incidence of intracyst hemorrhage ranges from 6 to 17%. It's reported a case of obstructive jaundice resulting from the compression of common bile duct by a hemorrhage in a pancreatic pseudocyst after rupture of a pseudoaneurism diagnosed by CT, which is uncommon. The patient was hemodynamic stable which allow an angiographic embolization that was a successful management without complications.

Key Words: Pancreatic pseudocyst, obstructive jaundice.

INTRODUÇÃO

Os pseudoquistos pancreáticos desenvolvem-se em 5-10% dos casos de pancreatite aguda e em 20-40% na pancreatite crónica. A complicação mais rara na pancreatite aguda, com uma incidência inferior a 5% e rapidamente fatal é a erosão de uma estrutura vascular por um pseudoquisto (pseudoaneurisma pancreático) com uma mortalidade de 12- 40%.¹

A rotura de um pseudoaneurisma manifesta-se de várias formas clínicas², sendo que a apresentação como icterícia obstrutiva, por compressão do pseudoquisto pancreático na via biliar é uma forma rara.³

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 56 anos de idade, sem antecedentes pessoais conhecidos e sem hábitos alcoólicos. Recorreu ao serviço de urgência por mal-estar geral, perda ponderal >10%, vômitos e icterícia. Ao exame objectivo apresentava-se caquético; com pele e mucosas descoradas, desidratadas e ictéricas; abdómen escavado, palpando-se massa na região epigástrica (10x10cm) de consistência elástica e indolor. Encontrava-se hemodinamicamente estável (Tensão arterial- 148/88mmHg e frequência cardíaca de

78bpm) e temperatura corporal 36°C).

Analticamente apresentava: Hg 10g/dL, leucocitose de 16.400/mm³, bilirrubina total de 13.66mg/dL, com bilirrubina directa de 10.1mg/dL e Proteína C-reactiva 15.1mg/dL. Realizou tomografia computadorizada que mostrou: volumosa lesão arredondada e bilobada (9x6cm) na cabeça do pâncreas, com densidade heterogénea; extravasamento de contraste para o interior da lesão compatível com hemorragia activa por rotura de um ramo tributário da artéria gastro-duodenal; lesão quística (25mm) em topografia cefálica pancreática e dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas (Fig. 1).

Pela estabilidade hemodinâmica do doente, optou-se por tratamento conservador recorrendo-se à imagiologia de intervenção. Realizou-se arteriografia selectiva do tronco celíaco com identificação do pseudoaneurisma da artéria gastro-duodenal e posterior caracterização selectiva da mesma e sua embolização com micro coils (Figs. 2, 3).

Por melhoria clínica e laboratorial, teve alta ao 5º dia. Em follow-up há 1 ano em consulta externa, apresentando-se anictérico, assintomático e com ganho ponderal. Re-avaliação por tomografia computadorizada sem evidência de recidiva do pseudoquisto pancreático.

¹ Interna Cirurgia Geral, Serviço Cirurgia C, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

✉ cl_alexandra_rocha@hotmail.com

² Interna Cirurgia Geral, Serviço Cirurgia C, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

³ Assistente hospitalar Cirurgia Geral, Serviço Cirurgia C, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁴ Assistente graduado Cirurgia Geral, Serviço Cirurgia C, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁵ Assistente graduado Cirurgia Geral, Serviço Cirurgia C, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁶ Chefe de Serviço Cirurgia Geral, Serviço Cirurgia C, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

Recebido 27/08/14; Aceite 24/11/14

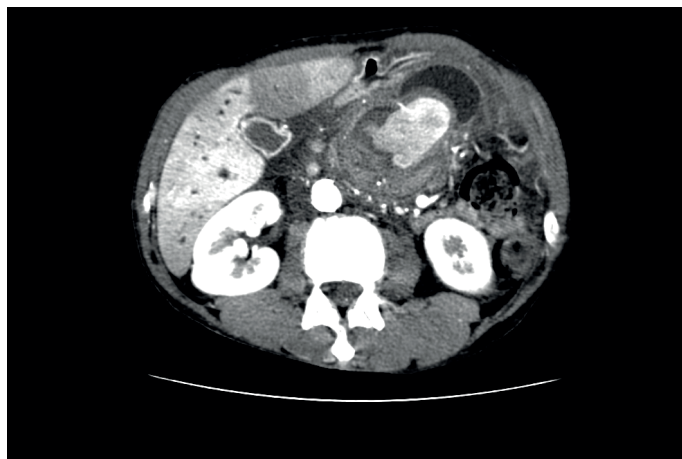


Figura 1 – Extravasamento de contraste de colateral da artéria gastro-duodenal para o interior do pseudoquisto pancreático.

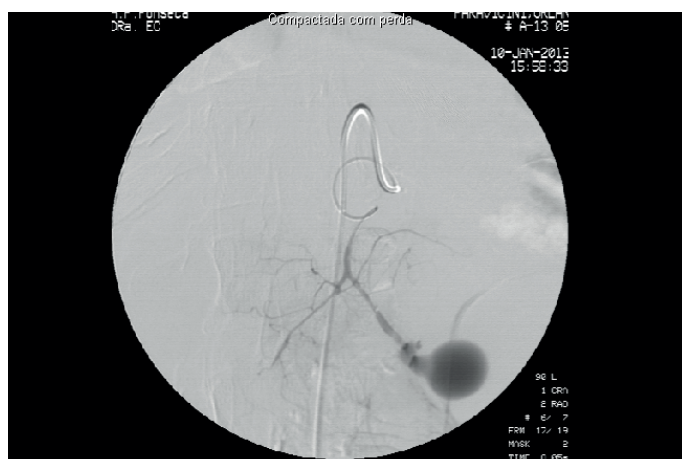


Figura 2 – Preenchimento do pseudoaneurisma de colateral da artéria gastro-duodenal.

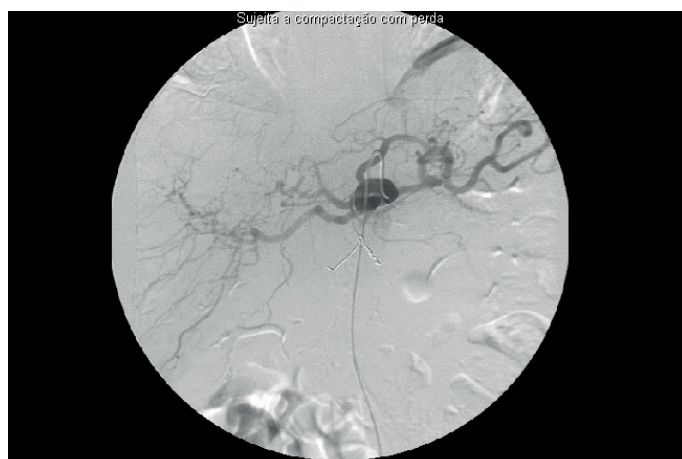


Figura 3 – Exclusão do pseudoaneurisma após embolização selectiva da artéria afectada com micro-coils.

DISCUSSÃO

O pseudoquisto pancreático (lesão quística que não tem revestimento epitelial) ocorre da colecção de fluido dentro ou em redor do pâncreas. A transformação de um pseudoquisto numa estrutura vascular (pseudoaneurisma pancreático) é explicado pela auto digestão do sistema vascular

relacionado com a acção das enzimas pancreáticas ou pela erosão do pseudoquisto numa artéria visceral.¹

Os pseudoaneurismas arteriais são comuns na pancreatite aguda e crónica, mais frequentemente na pancreatite crónica, especialmente se há presença de pseudoquisto.¹ Estão também associados a ingestão alcoólica (25%), doença péptica (17%), colecistectomia (3%)⁴ e outras condições menos frequentes, como cirrose hepática, outras anormalidades vasculares (displasia fibro-muscular e poliarterite nodosa) e eventos tais como trauma e embolia séptica. A patogénese não está bem definida mas o trauma, a hipertensão e aterosclerose são possíveis factores de risco.⁵

A erosão dos vasos pelo pseudoquisto é a causa principal do pseudoquisto hemorrágico. Ocorre activação e libertação de enzimas pancreáticas que leva à rotura da membrana elástica interna dos vasos, seguida de trombose dos *vasa vasorum* que causa isquémia da parede arterial e resultante necrose.⁶

A artéria esplénica é afectada em 50% dos casos, enquanto que a artéria gastro-duodenal e a pancreato-duodenal são menos afectadas, com uma incidência de 1.5%.¹ Dependendo da população, a idade média de aparecimento situa-se entre os 50-58 anos. A razão homem/mulher é 4.5:1 e o tamanho médio é de 3.6 cm.⁵ A hemorragia resultante pode ocorrer para dentro do pseudoquisto, para o sistema gastrointestinal, retroperitoneu ou cavidade peritoneal.⁷

A dor abdominal é a queixa dominante, outros sintomas associados incluem hipotensão arterial, obstrução gástrica, vómitos, diarreia e icterícia. A icterícia é obstrutiva e está associada à compressão da via biliar e/ou à rotura vascular e libertação de coágulos na árvore biliar.⁸ É uma forma incomum, ocorrendo em 10% dos casos e é expectável quando o pseudoquisto está localizado na cabeça do pâncreas.⁹

O risco de rotura do pseudoaneurisma é superior a 75%, com uma taxa de mortalidade de 40%, dependendo da severidade, perda de sangue e local anatómico.⁴

O método de diagnóstico *gold-standard* é a angiografia visceral (sensibilidade de 100%), seguido da tomografia computadorizada (67%) e ecografia (50%).¹

As modalidades terapêuticas dependem do tipo de apresentação e são tomadas individualmente. Existe opção cirúrgica (revascularização, laqueação de vaso, exclusão do saco aneurismal) ou intervenção endovascular (embolização por coil, colocação de stent).⁴ A embolização endovascular é a terapêutica mais comum nos doentes hemodinamicamente estáveis, no entanto existe risco de isquémia visceral e embolização de outros órgãos.¹ Outras complicações incluem, migração do coil/stent e nefropatia induzida pelo contraste.⁴

Em conclusão, uma hemorragia intrapseudoquisto pancreático apresentando-se como icterícia obstrutiva requer um elevado grau de suspeição clínica, nomeadamente numa situação rara como a rotura de um aneurisma da artéria gastro-duodenal. A tomografia computadorizada deverá ser o primeiro exame a realizar por ser uma técnica mais disponível e permitir o diagnóstico do pseudoquisto e do extravasamento vascular. A angiografia deve ser realizada porque identifica o pseudoaneurisma com precisão e possibilita a aplicação de uma terapêutica simples e adequada, com solução definitiva da situação clínica, sem complicações e com bom prognóstico. Deverá ser feito um follow-up, por elevada taxa de recidiva do pseudoquisto.

BIBLIOGRAFIA

1. Hourani S, Bdour AM, Rashmaideh M, Nawayseh AK, Alasmar A, Kasasbeh AM, et al. Pseudo aneurysm complicates pancreatic pseudo cyst: importance of early detection and management. *J Surg Pakistan*. 2008; 3: 42-45
2. Bose S, Bakshi S, Banerjee A, Anklesaria D. Three cases of massive bleeding from pancreatic pseudocysts. *HBP* 2013; 5: 114-7
3. Cho H, Min H, Jang D, Shin Y, Kwon K, Kim Y, et al. Two cases of chronic pancreatitis with pseudocyst complicated by obstructive jaundice. *Yonsei Med J*. 2000; 41: 522-7
4. Kassem H, Chalhoub M, Koirala A. Gastroduodenal artery aneurysm rupture in hospitalized patients: an overlooked diagnosis. *World J Gastrointest Surg*. 2010; 2: 291-4
5. Khanna A, Tiwary S, Kumar P. Pancreatic pseudocyst: therapeutic dilemma. *Int. J. Inflam*. 2012; 2012: 279476.
6. Chong WW, Tang SG, HToo MM. Endovascular treatment of gastroduodenal artery aneurism. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2008; 16: 68-72
7. Bouassida M, Benali M, Charrada H, Ghannouchi M, Chebbi F, Mighri MM, et al. Gastrointestinal bleeding due to an erosion of the superior mesenteric artery: an exceptional fatal complication of pancreatic pseudocyst. *Pan Afr Med J*. 2012; 12: 62
8. Mercer D, Ghent W. Gastroduodenal artery aneurysm associated with chronic relapsing pancreatitis. *Can Med Assoc J*. 1982; 126: 1065-6
9. Kimura T, Konishi T, Sugiura M. Obstructive jaundice secondary to pancreatic pseudocyst. *Jpn J Surg*. 1975; 5: 103-8