

Pancreatite crônica complicada com ascite pancreática: relato de caso

Chronic pancreatitis complicated with pancreatic ascites: case report

Rebeca Silva Moreira da Fraga¹, Caio Guimarães Araújo¹, Izabelle Venturini Signorelli^{2,3},
Luciana Lofêgo Gonçalves^{2,3}, Maria da Penha Zago-Gomes²

RESUMO

Introdução: Ascite pancreática decorre da ruptura de ducto ou pseudocisto pancreático. Pancreatite crônica é a causa mais comum, podendo ocorrer em até 4% dos casos e se conduz conservadoramente, reservando os tratamentos endoscópicos e cirúrgicos para casos refratários. **Apresentação de caso:** Paciente masculino, 54 anos, tabagista, etilista, com dor abdominal recorrente, posteriormente história de trauma abdominal com piora da dor em andar superior do abdome, irradiação para dorso e ascite de grande volume. Exames laboratoriais séricos com aumento de provas inflamatórias, amilase 1.278 U/l e lipase 915 U/l. Líquido ascítico: amilase 14.403 U/l. Exames de imagem confirmaram pancreatite crônica e pseudocisto comunicando-se com trajeto fistuloso que drenava em volumosa ascite. Conduzido inicialmente em suporte nutricional enteral com dieta oligomérica e correção de distúrbios hidroeletrólitos. Após 15 dias mantinha ascite, sendo considerado falência do tratamento clínico e necessário passagem de prótese pancreática por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e resolução do quadro. **Conclusão:** Ascite pancreática é uma complicação rara da pancreatite crônica com alta morbidade e mortalidade. O diagnóstico depende de suspeição em caso de dor abdominal que antecede o quadro de ascite, que se confirma com a dosagem de amilase no líquido ascítico, mostrando resultado acima do valor sérico ou acima de 1000 U/l. Tratamento clínico constitui em nutrição enteral com dieta oligomérica, caso não ocorra resolução completa da ascite, indica-se tratamento endoscópico com passagem de prótese pancreática, ou tratamento cirúrgico. O acompanhamento multidisciplinar com clínicos, endoscopistas, radiologistas e cirurgiões é fundamental para evitar desfechos desfavoráveis.

Palavras chave: Ascite pancreática; Pancreatite crônica; Fístula pancreática; Pseudocisto pancreático.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic ascites results from duct rupture or pancreatic pseudocyst. Chronic pancreatitis is the most common cause, occurring in up to 4% of cases and is managed conservatively, reserving endoscopic and surgical treatments for refractory cases. **Case presentation:** Male patient, 54 years old, smoker, alcoholic, with recurrent abdominal pain, later history of abdominal trauma with worsening pain in the upper abdomen, irradiation to the back and large volume ascites. Serum laboratory tests with increased inflammatory tests, amylase 1.278 U/l and lipase 915 U/l. Ascitic fluid: amylase 14.403 U/l. Imaging exams confirmed chronic pancreatitis and a pseudocyst communicating with a fistulous tract that drained into voluminous ascites. Initially conducted on enteral nutritional support with an oligomeric diet and correction of hydroelectrolytic disorders, after 15 days he maintained ascites, which was considered a failure of clinical treatment and required passage of a pancreatic prosthesis by endoscopic retrograde cholangiopancreatography and resolution of the condition. **Conclusion:** Pancreatic ascites is a rare complication of chronic pancreatitis with high morbidity and mortality. The diagnosis depends on suspicion in case of abdominal pain that precedes ascites, which is confirmed with the measurement of amylase in the ascitic fluid, showing a result above the serum value or above 1000 U/l. Clinical treatment consists of enteral nutrition with an oligomeric diet, if there is no complete resolution of ascites, endoscopic treatment with passage of a pancreatic prosthesis or surgical treatment is indicated. Multidisciplinary follow-up with clinicians, endoscopists, radiologists and surgeons are essential to avoid unfavorable outcomes.

Keywords: Pancreatic ascites; Chronic pancreatitis; Pancreatic fistula; Pancreatic pseudocyst.

¹ Programa de Residência Médica em Gastroenterologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

² Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES Brasil.

³ Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência:

rebecasmfraga@hotmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2023 Rebeca Silva Moreira da Fraga, Caio Guimarães Araújo, Izabelle Venturini Signorelli, Luciana Lofêgo Gonçalves, Maria da Penha Zago-Gomes.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

12/3/2023

Aprovado:

21/5/2023

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

A pancreatite crônica é causada por inflamação progressiva e fibrose do parênquima pancreático, e tem como causa mais comum o alcoolismo, com maior risco ao associar-se ao tabagismo¹. Suas principais manifestações são dor abdominal, emagrecimento, esteatorréia, diabetes e, menos comumente, pseudocistos e derrames cavitários².

Ascite é o acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal e na maioria das vezes decorre de infecções como tuberculose, neoplasias abdominais ou cirrose³. A ascite pancreática é causada pela lesão no ducto pancreático com consequente vazamento de sua secreção para a cavidade peritoneal, o que ocorre em apenas 1% dos casos. Essa complicação é mais prevalente em homens (2:1), especialmente entre os 40 e 50 anos, e tem como principal causa a pancreatite crônica (83%), mas também pode estar presente em episódios de pancreatite aguda (8,6%) ou trauma abdominal (3,6%)^{2,4}. O diagnóstico é feito através da análise do líquido ascítico que costuma apresentar GASA < 1,1, amilase maior que 1000 U/l e proteína total maior que 3g/dl^{3,5}.

Inicialmente o manejo é conservador com suporte nutricional, dieta oligomérica via sonda nasoentérica (SNE) e correção de fluidos e eletrólitos. Em casos refratários pode-se lançar mão de passagem de prótese por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou cirurgia¹. No presente relato, descrevemos um caso de pancreatite crônica associada a ascite pancreática que foi conduzido com sucesso de forma minimamente invasiva, através de tratamento clínico e endoscópico. Esta complicação é pouco relatada, e avaliando os trabalhos apresentados em PubMed nos últimos 10 anos, verificou-se a descrição de 7 relatos de casos semelhantes, o que demonstra a necessidade de maior estudo nessa área.

O objetivo deste trabalho é compartilhar sobre o manejo de uma complicação rara, contribuir para a literatura e melhorar a condução de casos semelhantes pelos profissionais de saúde. Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o número de parecer 5.613.993.

RELATO DE CASO

Paciente de 54 anos, sexo masculino, tabagista, etilista há 30 anos, não abstinente, e com interações prévias por dor abdominal em andar superior do abdome. Negava outras comorbidades ou uso de medicamentos. Durante internações anteriores foi identificada pancreatite crônica e lesão em cabeça de pâncreas, cuja biópsia cirúrgica foi inconclusiva, com achados de fibrose, descartando-se malignidade através de imuno-histoquímica. Procurou atendimento devido trauma abdominal sofrido há 15 dias, que se sucedeu a piora da dor em andar superior do abdome, progressiva, com irradiação para dorso, além de aumento do volume abdominal. Ao internar no Hospital Universitário apresentava-se emagrecido, hipocorado, desidratado, com dor abdominal difusa e ascite. Exames laboratoriais apresentavam função renal, eletrólitos, transaminases e enzimas canaliculares normais, porém com anemia (Hb 10,3), PCR aumentado (85,5), leucocitose (11.440 mm³), amilase 1.278 U/l e lipase 915 U/l. Paracentese revelou líquido ascítico com gradiente soro-ascite de 1,07, proteína total 3,36 g/dl e amilase 14.403 U/l, configurando ascite pancreática. CEA e Ca19-9 estavam normais. Tomografia computadorizada (TC) de abdome confirmou pancreatite crônica, áreas de inflamação aguda e volumosa ascite. Colangiorressonância magnética identificou pseudocisto em contiguidade com o ducto pancreático, na altura da cabeça pancreática, medindo 2,5cm e comunicando-se com trajeto fistuloso que drenava em volumosa ascite (Figura 1). Foi conduzido de forma conservadora, com dieta oligomérica exclusivamente por SNE por 2 semanas, que foi alocada em segunda porção duodenal por via endoscópica. Estava em uso de analgesia com dipirona, tramadol ou morfina conforme necessidade. No entanto, paciente manteve ascite de alto débito e foi necessária realização de CPRE com posicionamento de prótese em ducto pancreático. No dia seguinte, dieta oligomérica via oral foi introduzida. Paciente evoluiu com resolução da ascite, retirada da SNE e manutenção da dieta oligomérica por via oral durante 15 dias, mantendo-se assintomático. Após esse período, foi asso-

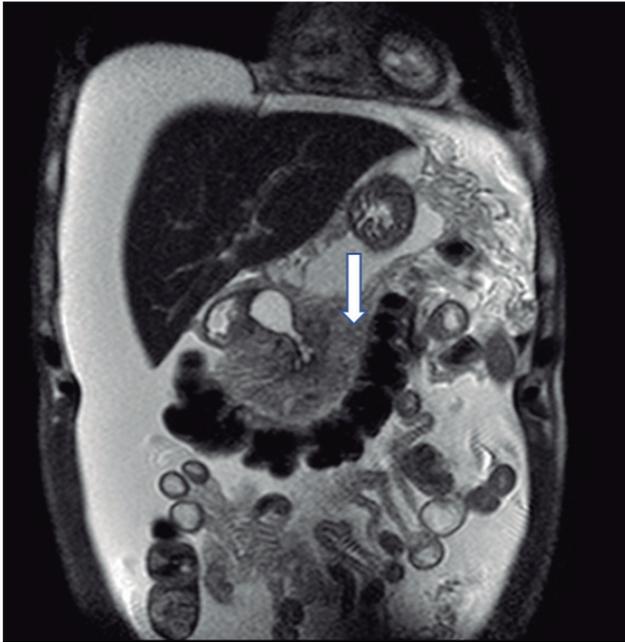


FIGURA 1. Colangiogramia com pseudocisto pancreático fistulizando para volumosa ascite (seta). Fonte: Os autores.

ciada dieta hipolipídica de forma gradual. Recebeu alta com orientações nutricionais e retorno ambulatorial precoce, com programação de exame de imagem de controle. Nas consultas ambulatoriais realizadas após alta, o paciente manteve-se assintomático, em abstinência alcoólica e em uso de pancreatina. Colangiogramia de abdome após 60 dias evidenciou redução importante do pseudocisto e da dilatação do ducto de Wirsung, além da ausência de ascite (Figura 2).

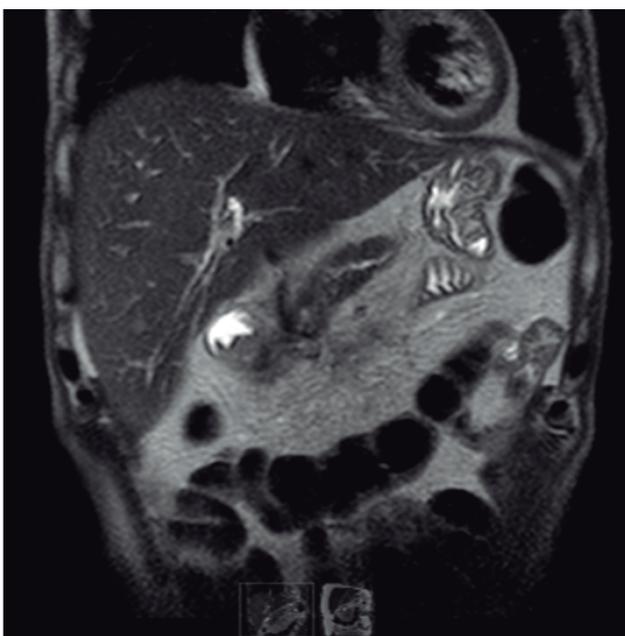


FIGURA 2. Colangiogramia pós tratamento. Fonte: Os autores.

DISCUSSÃO

A hipótese de ascite pancreática deve ser levantada em pacientes com quadro de dor abdominal precedendo o aparecimento de ascite, associada a histórico de etilismo, pancreatite crônica ou trauma abdominal. Essa complicação costuma ocorrer em aproximadamente 4% dos casos de pancreatite crônica, sendo 80% causados pela ruptura de pseudocistos e 20% por fístula pancreática². No presente relato, dois mecanismos podem ter influenciado na ruptura do pseudocisto e desenvolvimento desta complicação. O primeiro seria a agudização da pancreatite crônica, demonstrada pela dor típica e aumento de amilase e lipase, e o segundo devido ao trauma abdominal sofrido, que ocorreu imediatamente antes do início de todo o quadro, independente dos fatores desencadeantes, o manejo proposto é o mesmo. Por ser um acometimento raro, sem ensaios clínicos randomizados que definam um algoritmo específico de tratamento, sua condução ainda é guiada por algumas metanálises, relatos e séries de casos já publicados⁶.

O tratamento clínico baseado em repouso pancreático, dieta oligomérica via SNE e correção de distúrbios hidroeletrólíticos é o de primeira linha, no entanto, sua efetividade vem sendo questionada. Numa série de casos francesa, com 24 casos, apenas 2 apresentaram boa resposta ao tratamento clínico e um terceiro respondeu inicialmente, com recidiva posterior e necessidade de intervenção endoscópica. No entanto, o tempo médio de tratamento foi menor que o habitual, com pouco menos de uma semana⁷. Em outro estudo com 14 casos, 12 não responderam ao tratamento clínico instituído durante período variável de 2 a 8 semanas, tendo 6 deles usado também o octreotida⁸. Já em um estudo mais antigo, de 1992, com 50 pacientes, obteve-se uma resposta melhor com a condução clínica, chegando a uma taxa de sucesso de 50%⁹.

O uso associado de análogos da somatostatina vem sendo estudado como opção devido seu mecanismo de inibição da secreção pancreática exócrina e aumento de absorção de água e eletrólitos. Todavia, Gans et al.¹⁰ concluiu em metanálise de 7 estudos que faltam dados consistentes que con-

firmem a eficácia desses análogos no fechamento de fistulas pancreáticas, portanto seu uso não é comumente recomendado.

Cerca de 30 a 50% dos pacientes não respondem ao tratamento clínico^{1,5} e alguns fatores de risco podem contribuir para isso como a gravidade da lesão do ducto, incluindo a ruptura em mais de um local, além de hiponatremia, hipoalbuminemia ou alto valor de proteína no líquido ascítico quando comparado ao nível sérico⁶. Considera-se falência a persistência ou recorrência da ascite após 2 a 4 semanas de medidas clínicas, um período arbitrário adotado com base nos estudos realizados até então¹¹. Nos casos refratários pode-se lançar mão do tratamento endoscópico, com passagem de prótese pancreática via CPRE ou esfínterectomia, objetivando assim seu fechamento e drenagem das secreções para o duodeno. Ou pode-se também optar por uma abordagem cirúrgica, mais invasiva. Nesses casos, exames de imagem como tomografia, ressonância ou CPRE serão fundamentais para avaliar a gravidade da pancreatite, ajudar na identificação do tipo e local de ruptura, e conseqüentemente, auxiliar na definição da melhor abordagem terapêutica¹.

Séries de casos tem mostrado como a abordagem endoscópica pode ser promissora no tratamento da ascite pancreática, e por isso vem ganhando cada vez mais espaço no tratamento, enquanto a cirurgia tem sido menos utilizada. Gupta *et al.*¹² avaliou a eficácia do tratamento endoscópico em 53 pacientes que falharam ao tratamento conservador por 4 semanas; 29 casos tiveram próteses pancreáticas passadas após o ponto de ruptura, em 12 indivíduos não ultrapassaram o local, em 5 as próteses foram passadas sem local definido da lesão e 7 foram submetidos apenas a esfínterectomia. Houve resolução da ascite e/ou derrame pleural em 73,6% dos casos após 6 semanas e os fatores significantes para o sucesso foram a localização da lesão em corpo pancreático e a passagem de prótese após o local de vazamento.

Outro estudo indiano com 28 pacientes analisou a resposta ao tratamento endoscópico como primeira linha e mostrou que 26 casos responderam de forma satisfatória, com resolução do quadro e sem recidiva após 17 meses de seguimento em

média. Houve baixa taxa de complicações (25%), dentre elas pancreatite e infecções locais que foram corrigidas com tratamento clínico adequado, e não ocorreu nenhum óbito¹³.

Apesar de uma melhor resposta à passagem de prótese pancreática após o ponto de ruptura, sabe-se que quando há rompimento total do ducto pancreático com extensa necrose, esse procedimento é um desafio. Nessa situação, mesmo a passagem da prótese transpapilar anterior ao local da lesão evidenciou 48 a 100% de sucesso no controle da ascite e da atrofia do segmento distal⁵. Portanto, a terapia endoscópica ainda pode ser tentada antes do tratamento cirúrgico e sempre que possível deve ser priorizada visto que possui altas taxas de sucesso (82 a 100%), além de um melhor prognóstico, redução da mortalidade, tempo de internação, custos e recorrência⁵.

Em alguns casos a abordagem cirúrgica pode ser necessária. Situações como ruptura total do ducto pancreático, sangramento intracístico, impossibilidade técnica ou falha do tratamento endoscópico após 3-4 semanas são algumas indicações cirúrgicas em ascite pancreática^{1,12}. As fístulas pancreáticas devem ser drenadas para uma alça jejunal em Y de Roux, já os pseudocistos são tratados conforme sua localização, quando localizados na cauda pancreática podem ser tratados com pancreatectomia distal, enquanto os proximais são drenados de forma percutânea ou internamente para o estômago, duodeno ou jejuno¹⁴. A taxa de mortalidade nesses casos é maior, podendo variar entre 15 e 25% na literatura⁵, mas em centros especializados, com expertise no tratamento cirúrgico, os resultados podem ser superiores. Dhali *et al.*¹⁵, por exemplo, demonstrou que dentre 14 pacientes refratários, encaminhados a um centro de referência, nenhum evoluiu com óbito ou recorrência, apesar de 4 terem apresentado complicações como sepse, infecção local e ressangramento.

CONCLUSÃO

Ascite pancreática é uma complicação rara, pouco estudada, que denota gravidade a pancreatite e pos-

sui alta morbidade e mortalidade. O diagnóstico se dá pela suspeição clínica em paciente cuja dor abdominal precedeu o aparecimento de ascite, sendo a análise do líquido ascítico, com dosagem de amilase, fundamental na diferenciação entre as várias etiologias de ascite. Seu manejo é complexo e inicialmente deve ser conservador, o que é suficiente em parte dos casos. O seguimento conjunto com radiologia, endoscopia e cirurgia são de grande importância principalmente em casos refratários, a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

- Zago-Gomes MP. Fístula pancreática interna ascite pancreática. Galvão-Alves J. II Diretriz Brasileira em Pancreatite Crônica e Artigos Comentados. GED gastroenterol endosc dig. 2017. p. 57-61.
- Bhandari R, Chamlagain R, Bhattarai S, Tischler EH, Mandal R, Bhandari RS. Pancreatic ascites managed with a conservative approach: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2020; Sep 15;14(1).
- Bush, N; Rana, SS. Ascites in Acute Pancreatitis: Clinical Implications and Management. *Digestive Diseases and Sciences*. 2021.
- Larsen M, Kozarek R. Management of pancreatic ductal leaks and fistulae. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2014;29(7):1360–70.
- Gapp J, Hoilat GJ, Chandra S. Pancreatic Ascites. 2020. In StatPearls (internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Karlapudi S, Hinohara T, Clements J, Bakis G. Therapeutic challenges of pancreatic ascites and the role of endoscopic pancreatic stenting. *Case Reports*. 2014. bcr2014204774.
- Schneider Bordat L, El Amrani M, Truant S, Branche J, Zerbib P. Management of pancreatic ascites complicating alcoholic chronic pancreatitis. *Journal of Visceral Surgery*. 2020. 158(5):370–7.
- Varma Gunturi SR, Suman KMVS, G. SR, Narayana Rao DVL, B. P, G.L.N MR. Surgical management of pancreatic ascites. *International Surgery Journal*. 2017. 4(2):564-70.
- Lipsett PA, Cameron JL. Internal pancreatic fistula. *American Journal of Surgery*. 1992. 163(2):216–20.
- Gans SL, van Westreenen HL, Kiewiet JJS, Rauws EAJ, Gouma DJ, Boermeester MA. Systematic review and meta-analysis of somatostatin analogues for the treatment of pancreatic fistula. *British Journal of Surgery*. 2012. 99(6):754–60.
- O'Toole D, Vullierme M-P, Ponsot P, Maire F, Calmels V, Hentic O, et al. Diagnosis and management of pancreatic fistulae resulting in pancreatic ascites or pleural effusions in the era of helical CT and magnetic resonance imaging. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2007. 31(8-9):686–93.
- Gupta S, Gaikwad N, Samarth A, Sawalakhe N, Sankalecha T. Efficacy of Pancreatic Endotherapy In Pancreatic Ascites And Pleural Effusion. *Medical Sciences*. 2017. 5(2):6.
- Pai CG, Suvarna D, Bhat G. Endoscopic treatment as first-line therapy for pancreatic ascites and pleural effusion. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2009. 24(7):1198–202.
- Kanneganti K, Srikakarlapudi S, Acharya B, Sindhaghatta V, Chilimuri S. Successful Management of Pancreatic Ascites with both Conservative Management and Pancreatic Duct Stenting. *Gastroenterology Research*. 2009. 2(4):245-247.
- Dhali A, Ray S, Mandal TS, Das S, Sarkar A, Khamrui S, et al. Outcome of surgery for chronic pancreatitis related pancreatic ascites and pancreatic pleural effusion. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022. 74:103261.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para a redação, metodologia, coleta de dados, pesquisa, revisão e edição final deste artigo.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Tania Reuter, José Geraldo Mill.

Endereço para correspondência

Av. São Paulo, 2187, apto. 701, Itapuã, Vila Velha/ES, Brasil, CEP: 29101715.