



RELATO DE CASO

Pseudocistocistogastroanastomose por pseudocisto pancreático.

AUTOR PRINCIPAL:

Francisco Zanella Cattapan

E-MAIL:

chicozc_czo@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Lucas Manfron, Taísa Mentges, Valéria Rossato, Virgínia Comis, Fernando Fleck

ORIENTADOR:

Daniel Navarini

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

Médica

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

Pseudocisto pancreático consiste em uma coleção contendo enzimas pancreáticas e partículas de material necrótico e/ou sangue digerido. Sua parede é composta de tecido fibroso ou de granulação e parede interna desprovida de epitélio, diferente de um cisto verdadeiro. Desenvolve-se em aproximadamente 10% das pancreatites agudas. O quadro clínico usual consiste em dor epigástrica persistente 4 a 6 semanas após episódio de pancreatite aguda com resolução incompleta, geralmente e persistente aumento de amilase e lipase.

RELATO DO CASO:

S.G., 31anos, feminina, tecnóloga de alimentos, natural de Santa Rosa. Apresentando dor em epigástrio há 6 meses, aliviada pelo uso de anti-inflamatórios, sem fatores agravantes e acompanhada de vômitos e distensão abdominal. História de pancreatite aguda e colecistectomia há 2 anos. Ao exame físico IMC de 41, presença de dor à palpação e massa palpável em região epigástrica. TC abdominal evidenciando extensa lesão cística em topografia de corpo e cauda pancreática, sem septações. A paciente foi submetida a pseudocistogastroanastomose com a parede posterior do estômago e biópsia da lesão cística. A biópsia da lesão confirmou o diagnóstico de pseudocisto de pâncreas.

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

Discussão

As coleções císticas pancreáticas normalmente regridem em até 6 semanas, após esse período a regressão é rara, havendo complicações em até 50% dos casos. Complicações incluem formações de pseudoaneurismas, perfuração e formações espontâneas de abscessos. Quando o manejo conservador não for possível, a drenagem cirúrgica é uma alternativa de tratamento, podendo ser externa ou interna. Conforme a sintopia da cavitação a drenagem interna pode ser por pseudocistoanastomose com jejuno ou estômago ou pseudocistoduodenostomia. Quanto a pseudocistogastroanastomose a técnica de Jurasz é a preferida em pseudocistos retrogástrico, na qual é realizada anastomose da parede gástrica posterior com o pseudocisto.

CONCLUSÃO:

Pacientes assintomáticos são manejados de forma conservadora, enquanto nos casos sintomáticos há necessidade de drenagem da coleção. A drenagem endoscópica é um método menos invasivo, mas demanda profissional habilitado e equipamentos pouco disponíveis em nosso meio. O tratamento cirúrgico, embora mais invasivo, possui melhores taxas de resolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROHDE, L. E COLABORADORES. Rotinas em Cirurgia Digestiva. Porto Alegre, Artmed, 2005.

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador