

PANCREATECTOMIA CENTRAL: RELATO DE CASO

CENTRAL PANCREATECTOMY: A CASE REPORT

Giselle Macedo de Souza,*** Mônica Maya Tsuji Nishikido,*** Priscilla Ribeiro dos Santos,*** Leonardo Simão Coelho Guimarães,*
Adriano Pessoa Picanço Júnior,** Rubem Alves da Silva Neto.**

Resumo

Pancreatectomia central é uma modalidade cirúrgica peculiar, a qual possui indicação precisa em ressecções de neoplasias localizadas no colo e corpo proximal do pâncreas. A técnica cirúrgica baseia-se na ressecção da região central do pâncreas, preservando a cabeça e a cauda dele. É descrito neste relato o caso da primeira paciente tratada cirurgicamente com pancreatectomia central com reconstrução pancreatojejunal em Y de Roux tipo telescopagem término-terminal no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Uma jovem de 24 anos, portadora de lesão sólido-cística em corpo de pâncreas, a qual, após o procedimento cirúrgico, evoluiu satisfatoriamente, com melhora das queixas álgicas abdominais.

Palavras-chave: Pancreatectomia central; Pâncreas; Neoplasias pancreáticas.

Abstract

Central pancreatectomy is a unique surgical approach, which has a narrow indications spectrum such as tumor resection which are located in the pancreas neck and proximal body. The surgical technique is based on the central pancreas region resection, preserving the head and tail. Case report of the first patient treated surgically with central pancreatectomy and pancreaticojejunostomy telescopic at Hospital Universitário Getúlio Vargas, a young 24 years old, with a solid-cystic lesion in pancreas body, which, after surgery, progressed satisfactorily, with abdominal pain complaints improvement.

Keywords: Central pancreatectomy; Pancreas; Pancreatic neoplasms.

Introdução

A pancreatectomia central foi descrita com essa finalidade em 1984 por Degradi e Serio, na Itália,¹ porém Guillemin e Bessot, em 1957, foram os primeiros a descrever a técnica para tratar um paciente portador de calcificação pancreática localizada no corpo do pâncreas. Posteriormente, Letton e Wilson, em 1959, descreveram a anastomose pancreatojejunal

em Y de Roux no segmento distal do pâncreas em um caso de secção pancreática traumática.²

A cirurgia tem como objetivo principal conservar o parênquima pancreático normal, sendo indicada principalmente em ressecções de neoplasias localizadas no colo e corpo proximal do pâncreas, de natureza benigna ou maligna de baixo grau, tais como neoplasias endócrinas, cistoadenomas, tumores intraductais não

* Chefe do Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HUGV.

** Médico residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HUGV.

*** Médica residente de Cirurgia Geral do HUGV.

invasivos e tumores papilares sólido-císticos.³

Será abordado, neste relato, o caso da primeira paciente tratada cirurgicamente com pancreatectomia central no Hospital Universitário Getúlio Vargas, jovem portadora de lesão sólido-cística em corpo de pâncreas.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, raça parda, estudante, natural de Tabatinga/AM e procedente de Manaus/AM. Paciente com antecedente de dor em hipocôndrio direito associada a náuseas e vômitos havia dois anos. Evoluiu em 2011 com piora do quadro álgico e icterícia, diagnosticada com colelitíase e

pancreatite aguda. Em 2012 apresentou novo quadro de dor e iniciou acompanhamento ambulatorial. Para investigação diagnóstica foi solicitada ressonância magnética de vias biliares, que evidenciou colelitíase e presença de lesão expansiva lobulada no corpo do pâncreas, medindo 4,2 x 3,8 cm nos maiores eixos lateral e anteroposterior (Figura 1).

Posteriormente foi submetida à tomografia, confirmando lesão expansiva no corpo do pâncreas (Figura 1) e endoscopia digestiva alta observando abaulamento mucoso no corpo gástrico (aspecto sugestivo de compressão extrínseca) e pangastrite endoscópica enantematosa leve. Os exames laboratoriais não apresentaram nenhum tipo de alterações.

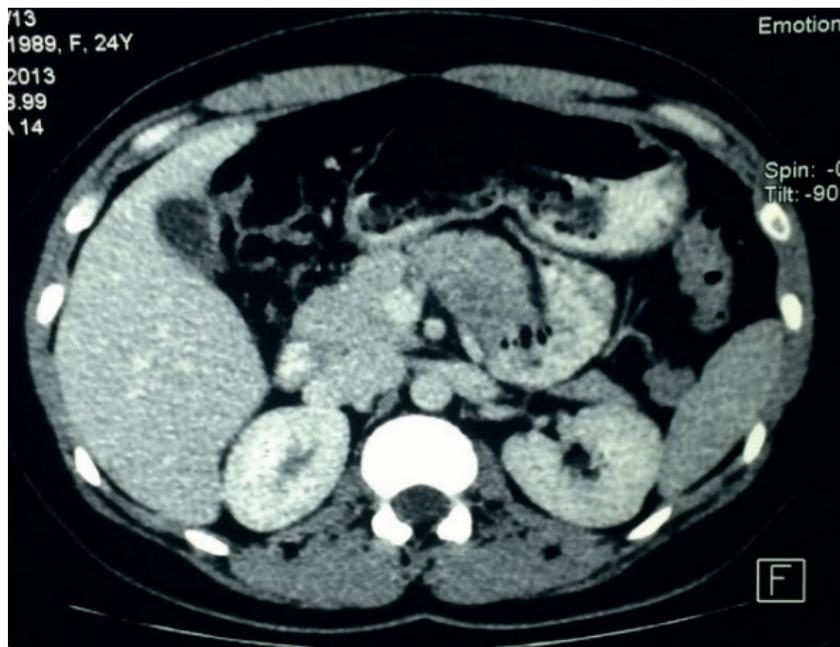


Figura 1: Lesão expansiva lobulada em corpo do pâncreas.

Com o diagnóstico de neoplasia de pâncreas pelas características clínicas e de imagem, foi indicada abordagem cirúrgica. Ele foi realizado mediante incisão subcostal bilateral, exposição do retroperitônio após secção do ligamento gastrocólico, com visualização do pâncreas em toda sua extensão. Em topografia do corpo pancreático foi identificada lesão

sólido-cística, bem delimitada, de coloração vinhosa, aspecto lobulado, comprometendo parcialmente a espessura do parênquima pancreático, estendendo-se do processo uncinado pancreático por todo corpo, poupando cauda (Figura 2).

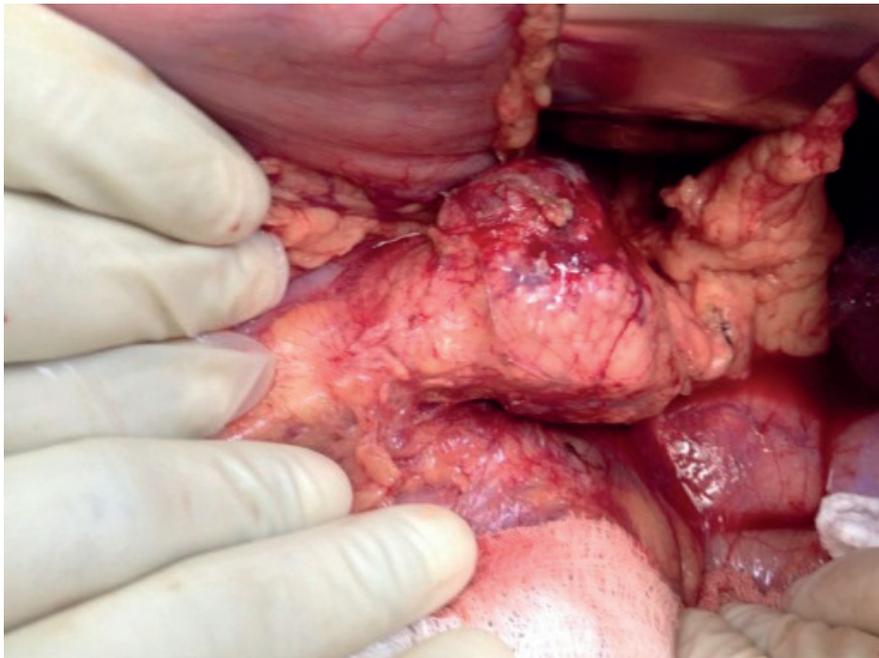


Figura 2: Neoplasia em corpo do pâncreas.

Depois da manobra de Kocher e dissecação das bordas superior e inferior do pâncreas foi realizada palpação minuciosa dessa glândula, sem evidência de outras lesões. Dissecação do corpo pancreático e da veia mesentérica superior junto à extremidade lateral direita da neoplasia e dissecação da borda lateral esquerda do tumor pancreático junto à veia esplênica. Posteriormente, identificação e reparo de artéria esplênica, secção do pâncreas junto à borda

lateral esquerda da veia mesentérica superior, dissecação do pâncreas incluindo o tumor em direção corpo caudal, identificando e ligando pequenos ramos tributários da veia esplênica, e finalmente secção com margem de cerca de 2 cm do segmento pancreático comprometido pelo tumor. Identificação do ducto de Wirsung que tinha diâmetro aproximado de 3 mm (cateterização com sonda de nelaton n.º 4) (Figura 3).

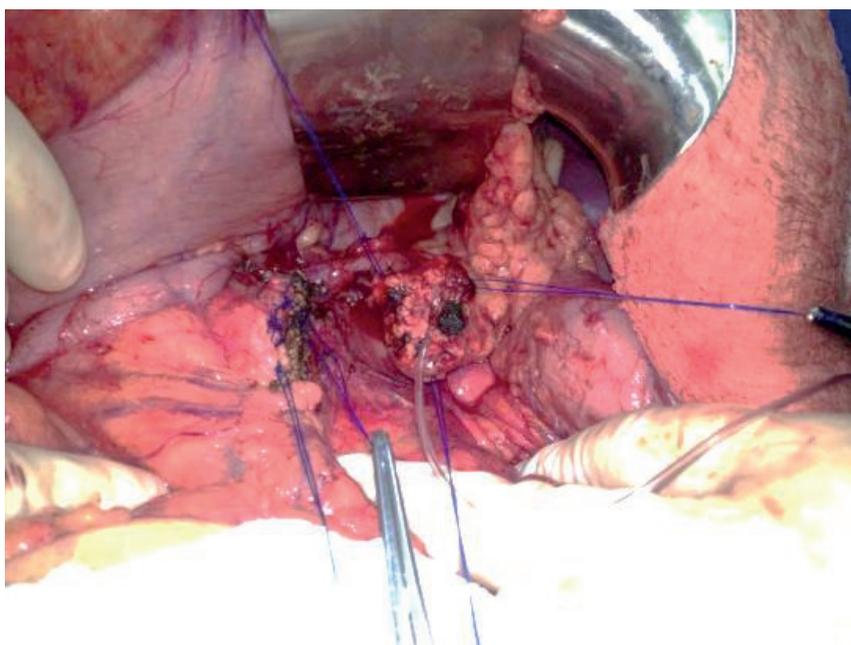


Figura 3: Ducto de Wirsung cateterizado com sonda de nelaton n.º 4.

Sutura do segmento pancreático proximal (cabeça) com pontos separados em U com fio de polipropileno 3-0, procedido o mesmo tratamento para o segmento pancreático distal (cauda). O segmento pancreático distal (cauda) foi anastomosado com uma alça de jejuno em Y

de Roux, com sutura do tipo telescopagem em dois planos, término-terminal, utilizando fio de polipropileno número três (Figura 4). Drenagem da cavidade com dreno tubulolaminar tipo Waterman, revisão da hemostasia e fechamento da cavidade por planos.

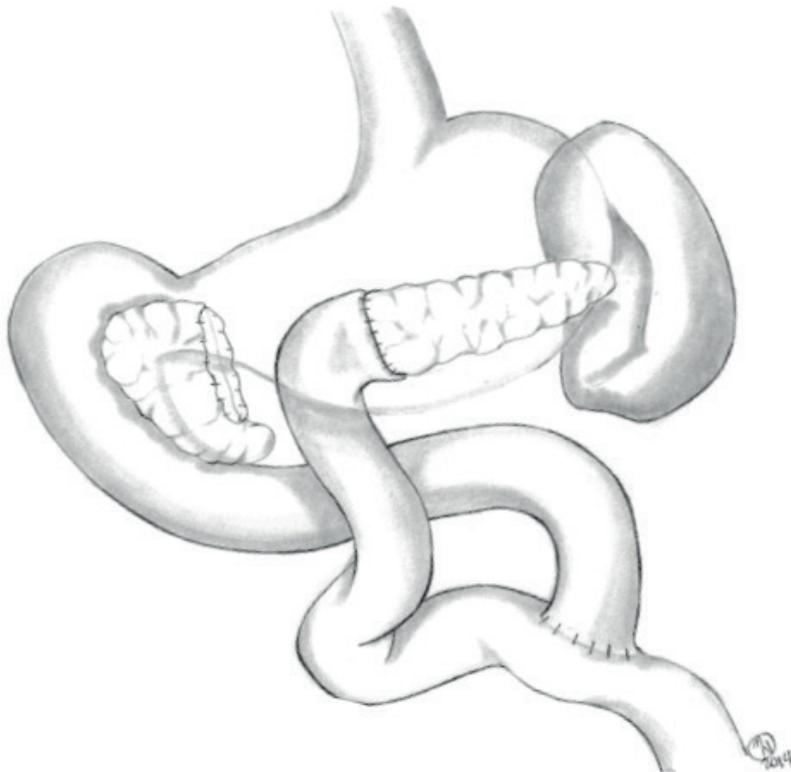


Figura 4: Desenho ilustrativo da reconstrução pancreatojejuno anastomose em Y de Roux.

A dosagem de amilase da secreção do dreno no 4.º dia de pós-operatório (30 ml de aspecto quiloso) não foi possível, pois a máquina não conseguiu realizar a leitura e a amilase sérica apresentou um nível de 57 U/l. Paciente apresentou pico febril no 7.º dia pós-operatório com pequena drenagem de secreção purulenta (26 ml) pelo orifício do dreno, sendo retirado dreno de Waterman e acesso central no mesmo dia. Evoluiu com melhora do quadro febril e não apresentou outras complicações, recebendo alta hospitalar no 9.º dia pós-operatório. No 17.º dia de pós-operatório foi readmitida na unidade hospitalar com quadro de febre, náuseas e vômitos. Solicitado tomografia de abdômen e exames laboratoriais, ambos sem alterações, recebendo alta no 20.º dia pós-operatório assintomática. Atualmente a paciente se

encontra no 2.º ano de pós-operatório, sem nenhum tipo de manifestação clínica ou alteração de exames laboratoriais.

O exame anatomopatológico demonstrou pâncreas com neoplasia de linhagem epitelial, constituída pela proliferação de células pequenas, ovoides, núcleos vesiculosos, hipercromáticos, citoplasma eosinofílico. Observou-se ainda células revestindo eixo fibrovascular, estruturas pseudopapilares, além de áreas de depósitos de mucina. O diagnóstico histopatológico foi de Carcinoma Sólido pseudopapilífero, também conhecido como tumor de Gruber Frantz, com estadiamento patológico de pT3, pN0.

Discussão

Tradicionalmente as ressecções pancreáticas padronizadas têm como referência a posição da lesão no pâncreas em relação aos vasos mesentéricos superiores, aquelas localizadas à direita dos vasos mesentéricos superiores resultam em duodenopancreatectomia e pancreatectomia corpo caudal ou caudal com ou sem esplenectomia para as lesões localizadas à esquerda dessas estruturas vasculares.¹

As lesões no corpo do pâncreas são desafios para cirurgiões. Lesões superficiais, benignas, menores que 2 centímetros de diâmetro podem ser enucleadas, preservando dessa forma parênquima pancreático normal. Contudo, as lesões profundas maiores que 2 centímetros de diâmetro de comportamento duvidoso requerem duodenopancreatectomia ou pancreatectomia distal para obtenção de margens livres adequadas. Naquele, 30-40% do parênquima pancreático é ressecado. Essa ressecção mais extensa sacrifica uma parte considerável de tecido pancreático normal e aumenta o risco de insuficiência pancreática exócrina e endócrina.^{4,5}

A pancreatectomia central é um procedimento que vem sendo realizado com relativa frequência nas últimas quatro décadas para o tratamento de lesões pancreáticas neoplásicas benignas e para as de baixo grau de malignidade, lesões inflamatórias e lesões traumáticas que comprometem o corpo do pâncreas.⁶ Quando comparada com as ressecções tradicionais, a pancreatectomia central resseca o tecido doente poupando parênquima pancreático normal, oferecendo dessa forma melhor preservação da função pancreática e aceitável morbimortalidade.⁵

Atualmente, existem relatos do emprego dessa técnica em pacientes portadores de neoplasias benignas e neoplasias malignas de baixo grau localizadas no corpo pancreático, sendo estas suas principais indicações.² Particularmente acredita-se que não existem na atualidade argumentos técnico-científicos que justifiquem sua realização em casos de neoplasia maligna. Depois da análise de uma série de publicações

que descrevem essa técnica, sua padronização e aceitação como novo método de ressecção pancreática parecem estar bem estabelecidas, com algumas variantes no que se refere à reconstrução e derivação do segmento pancreático distal.⁷

Considerando que uma das complicações mais frequentemente observadas na realização dessa técnica é a fístula da anastomose pancreática, sua confecção em Y de Roux a excluiria do trânsito intestinal, facilitando assim o tratamento; entretanto, existem grupos que preferem a realização da pancreatogastro anastomose pela disposição anatômica do segmento pancreático distal em relação ao estômago. O índice de fístula pancreática observada nessa cirurgia oscila de 0 a 63%. As anastomoses pancreatoentéricas empregadas atualmente são uma combinação de várias técnicas cirúrgicas.²

Geralmente, os tipos de anastomoses podem ser divididos em término-terminais (telescopagem) e término-laterais (ducto-mucosa). A pancreatojenunoanastomose término-terminal proposta por Child é o método que introduz o coto pancreático no lúmen jejunal e com isso o suco pancreático é drenado totalmente no trato intestinal. As desvantagens desse método são o tempo cirúrgico maior, sangramento do coto pancreático frequente que, uma vez rompida a anastomose, todo o conteúdo do trato intestinal entra em contato com a cavidade abdominal. A anastomose término-terminal, o sangramento do coto pancreático é improvável por conta da sutura da parede anterior e posterior deste com a alça intestinal. Um problema dessa anastomose é o espaço morto que se faz entre o coto do pâncreas e a parede intestinal que pode acarretar pancreatite e deiscência. De acordo com um recente estudo prospectivo randomizado, a taxa de fístula pancreática seguido de anastomose ducto-mucosa foi de 4% e após anastomose término-terminal tipo telescopagem foi de 15%, porém sem diferença estatística. A mortalidade operatória para o grupo ducto-mucosa foi de 6%, enquanto para o grupo telescopagem foi de 9%. A taxa de fístula pancreática é influenciada pela técnica anastomótica, e que a técnica ducto-mucosa término-lateral tem uma incidência de fístula

menor em relação a outros tipos de anastomose.⁸

A paciente descrita neste relato de caso evoluiu sem fístula pancreática segundo os critérios de fístula pancreática proposto pelo International Study Group on Pancreatic Fistula Definition,⁹ sem necessidade de tratamento específico, fato mencionado na maioria dos casos dos trabalhos que analisaram essa variável. Sendo o principal fundamento dessa técnica a preservação do parênquima pancreático, esse tipo de abordagem cirúrgica deve ser considerado em pacientes adultos jovens, especialmente portadores de neoplasias benignas, de baixo grau de malignidade, processos inflamatórios e traumáticos que comprometam o corpo do pâncreas, características essas presentes na paciente deste relato.

Referências

1. Iacono C, Bortolasi L, Serio G. Indications and technique of central pancreatectomy-early and late results. *Langenbecks Arch Surg.* 2005; 390: 266-271.
2. Apodaca-Torrez FR, Saad SR, Goldenberg A, Triviño T, Lobo EJ. Pancreatectomía central. Relato de casos y descripción de la técnica. *Rev Chil Cir.* 2010; 62(1): 59-64.
3. Iacono C, Verlato G, Ruzzenente A, Campagnaro T, Bacchelli C, Valdegamberi A, Bortolasi L, Guglielmi A. Systematic review of central pancreatectomy and meta-analysis of central versus distal pancreatectomy. *Br J Surg.* 2013; 100(7): 873-85.
4. Huang JJ1, Yeo CJ, Sohn TA, Lillemoe KD, Sauter PK, Coleman J, Hruban RH, Cameron JL. Quality of life and outcomes after pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg.* 2000; 231(6): 890-8.
5. DiNorcia J, Ahmed L, Lee M K, Reavey PL, Yakaitis EA, Lee JA, Schrope BA, Chabot JA, Allendorf JD. Better preservation of endocrine function after central versus distal pancreatectomy for mid-gland lesions. *Surgery.* 2010; 148: 1247-56.
6. Adham M, Giunipero A, Hervieu V, Courbière M, Partensky C. Central pancreatectomy: single-center experience of 50 cases. *Arch Surg.* 2008; 143(2): 175-80.
7. Christein JD, Smoot RL, Farnell MB. Central pancreatectomy: a technique for the resection of pancreatic neck lesions. *Arch Surg.* 2006; 141(3): 293-9.
8. Mali Júnior J, Carvalho GS, Pierro G, Anghinoni M, Dias JA, Albagli R. Morbimortalidade relacionada à técnica de anastomose pancreática (ducto-mucosa x telescopagem) após cirurgia de Whipple. *Rev Col Bras Cir.* 2005; 32(2): 74-7.
9. Bassi C, Dervenis C, Butturini G, Fingerhut A, Yeo C, Izbicki J, Neoptolemos J, Sarr M, Traverso W, Bucher M; International Study Group on Pancreatic Fistula Definition Postoperative pancreatic fistula: na international study group (ISGPF) definition. *Surgery* 2005; 138 (1):8-13.