

Pancreatite de sulco pancreatoduodenal: forma incomum de pancreatite crônica

Groove pancreatitis: uncommon type of chronic pancreatitis

Juliana Gomes Varela¹. Lindenberg Barbosa Aguiar².

1 Médica, residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Médico Radiologista, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Pancreatite de sulco pancreatoduodenal é uma forma rara de pancreatite crônica segmentar envolvendo a parede duodenal nas imediações da papila menor e o espaço potencial (sulco) entre o pâncreas e o duodeno. O diagnóstico diferencial clínico e radiológico entre pancreatite de sulco e carcinomas periampulares pode ser extremamente desafiador. Relatamos aqui um caso de um paciente masculino, 28 anos, com história de consumo crônico de álcool, clínica de dor abdominal e perda ponderal e diagnóstico de imagem compatível com pancreatite de sulco. Uma revisão da literatura é fornecida. Os exames de imagem realizados de tomografia computadorizada e ressonância magnética abdominais mostram tecido ocupando o sulco pancreatoduodenal com realce tardio pós-contraste e imagens císticas em permeio, associado a espessamento da parede duodenal. Apesar de rara, a pancreatite de sulco deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões na cabeça pancreática e o diagnóstico apropriado pode ajudar a evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários.

Palavras-chave: Pancreatite. Pancreatite crônica. Ressonância magnética. Tomografia computadorizada.

ABSTRACT

Groove pancreatitis is a rare segmental type of chronic pancreatitis involving the duodenal wall near the lower papilla and the potential space (groove) between the pancreas and the duodenum. Differentiating on clinical and radiological grounds between groove pancreatitis and periampullary carcinomas can be extremely challenging. We report a case of a 28-year-old man, with a history of chronic alcohol consumption presented with abdominal pain and weight loss, and imaging tests compatible with groove pancreatitis. A literature review is also provided. Computed tomography (CT) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) of the abdomen revealed tissue occupying the pancreatoduodenal groove, which displays delayed enhancement on post-contrast phases, paraduodenal wall cysts and medial duodenal wall thickening. Although rare, the groove pancreatitis should be considered in the differential diagnosis of lesions in the pancreatic head and the proper diagnosis can help avoid unnecessary surgical procedures.

Keywords: Pancreatitis. Chronic pancreatitis. Magnetic resonance. Computed tomography.

Autor correspondente: Juliana Gomes Varela, Rua Monsenhor Dantas, 100, apartamento 1921, Jacarecanga, Fortaleza, Ceará. CEP: 60010-436. Telefone: +55 85 99925-8493. E-mail: juligv@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.
Recebido em: 31 Mar 2017; Revisado em: 15 Mai 2017; Aceito em: 13 Jun 2017.

INTRODUÇÃO

Em 1982, Stolte et al.¹ definiram o termo “pancreatite de sulco” e descreveram a doença como uma forma especial de pancreatite segmentar caracterizada por cicatrizes fibrosas no espaço anatômico entre a cabeça do pâncreas, o duodeno e o colédoco.

A pancreatite de sulco é uma doença rara e os pacientes acometidos são geralmente homens com 40-50 anos, com história de abuso de álcool. Os achados clínicos são aqueles relacionados à pancreatite crônica como episódios de dor abdominal, náuseas e perda ponderal.²

O diagnóstico diferencial mais relevante da pancreatite de sulco é o adenocarcinoma da cabeça pancreática.³ Os achados da ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC) podem dar pistas importantes para o diagnóstico, desempenhando um papel crucial no manejo da doença.

Nós relatamos aqui um caso de um paciente com diagnóstico clínico e de imagem de pancreatite de sulco.

RELATO DO CASO

Paciente de 28 anos, masculino, internado com quadro de um mês de dor abdominal epigástrica, anorexia, náuseas e vômitos, perda ponderal de 28kg nos últimos dois anos e história de consumo diário de álcool nos últimos 10 anos. Houve internação prévia dois anos antes por pancreatite aguda. Os exames laboratoriais durante o internamento demonstravam níveis séricos de amilase variando entre 71U/L a 225U/L e lipase entre 62U/L e 288U/L (referência: 40-140

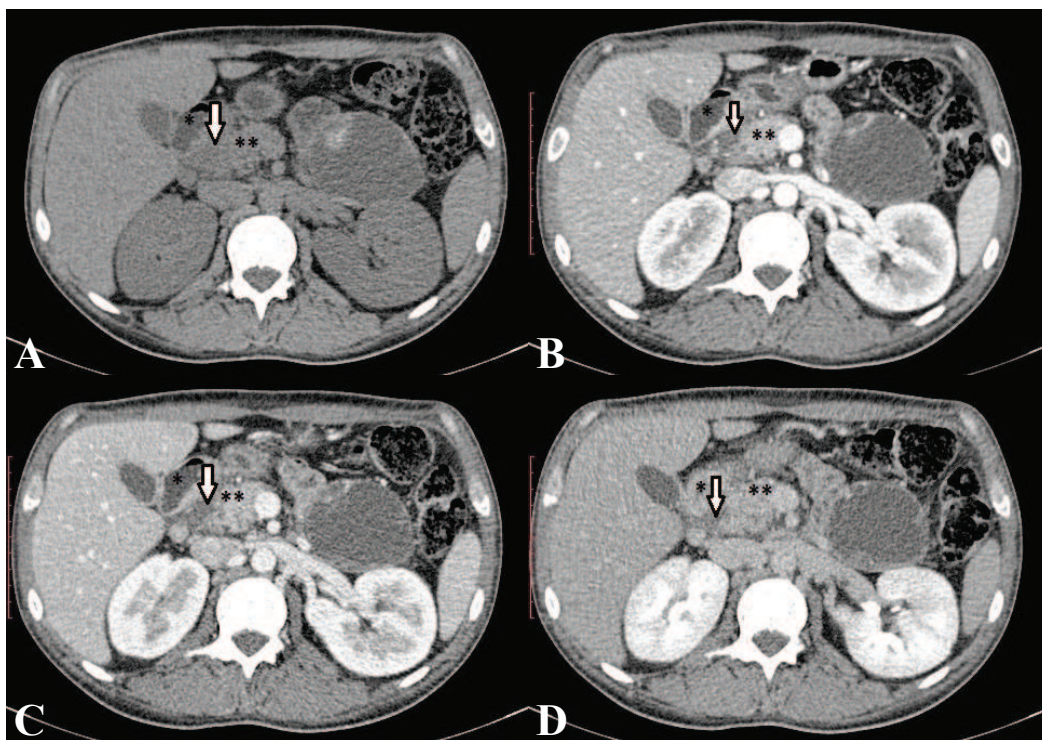
U/L e 0-50 U/L, respectivamente). Na admissão, o nível sérico de fosfatase alcalina (FA) era 348U/L e o de gamaglutamil transferase (GGT) era 894U/L (referência: 50-100 U/L e 0-30 U/L, respectivamente).

A TC de abdome (Figura 1) mostrou tecido hipoatenuante envolvendo o sulco pancreatoduodenal, segunda e terceira porções do duodeno, com leve realce após a administração do contraste endovenoso, mais evidente na fase tardia, associado a algumas pequenas imagens císticas em permeio (Figura 2) e espessamento da parede medial do duodeno ao nível da segunda porção (Figura 3). A cabeça e o processo uncinado pancreáticos exibiam discreta heterogeneidade parenquimatosa, sem lesões focais. Como achado adicional, havia necrose pancreática delimitada no corpo e cauda pancreáticos (Figuras 2 e 3), decorrente de episódio atual de pancreatite aguda.

A ressonância magnética (RM) de abdome mostrou tecido amorfo envolvendo o sulco pancreatoduodenal (Figura 4), segunda e terceira porções do duodeno, com leve hipossinal em T1 e leve hipersinal em T2 em relação ao tecido pancreático, e leve realce pós-contraste mais evidente na fase tardia (Figura 5), com imagens císticas em permeio (Figura 6). Houve ainda espessamento e realce anômalo da parede medial do duodeno.

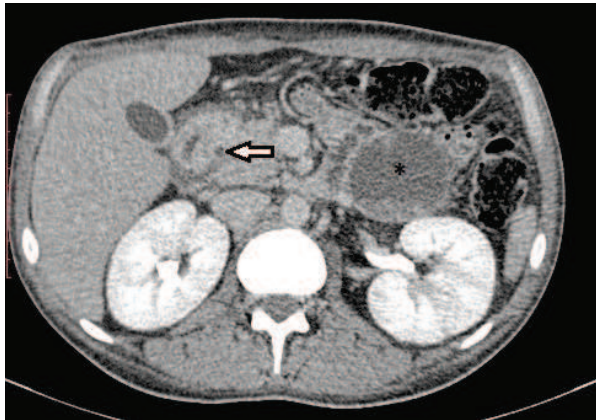
A ressonância de vias biliares (Figura 7) mostrou vias biliares de calibre normal, alargamento do espaço entre o lúmen duodenal e o colédoco, com cistos paraduodenais localizados no sulco pancreatoduodenal.

Figura 1. Imagens axiais de TC (a) pré-contraste, (b) fase arterial, (c) fase portal, (d) fase tardia.



Nota: mostram tecido hipoatenuante (seta branca), envolvendo o sulco pancreatoduodenal - espaço potencial entre o duodeno (*) e o pâncreas (**) - com leve realce mais evidente na fase tardia.

Figura 2. Imagem axial de TC pós-contraste.



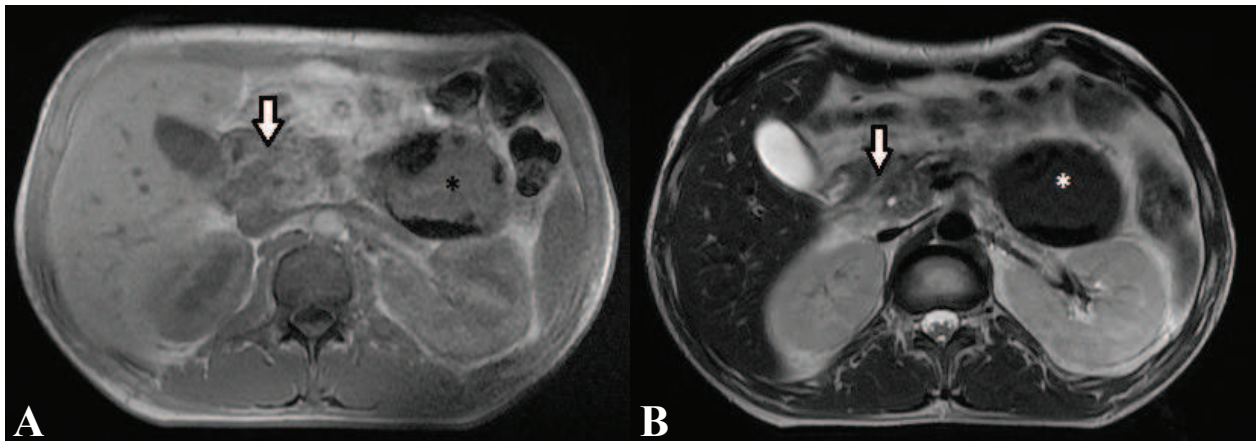
Nota: mostra imagem hipodensa arredondada sem realce evidente pelo meio de contraste (seta branca), correspondendo a cisto paraduodenal. Há ainda imagem cística bem delimitada com componentes sólidos parietais na topografia do corpo e cauda pancreáticos, correspondendo à necrose pancreática delimitada (*).

Figura 3. Reformatação coronal de TC pós-contraste.



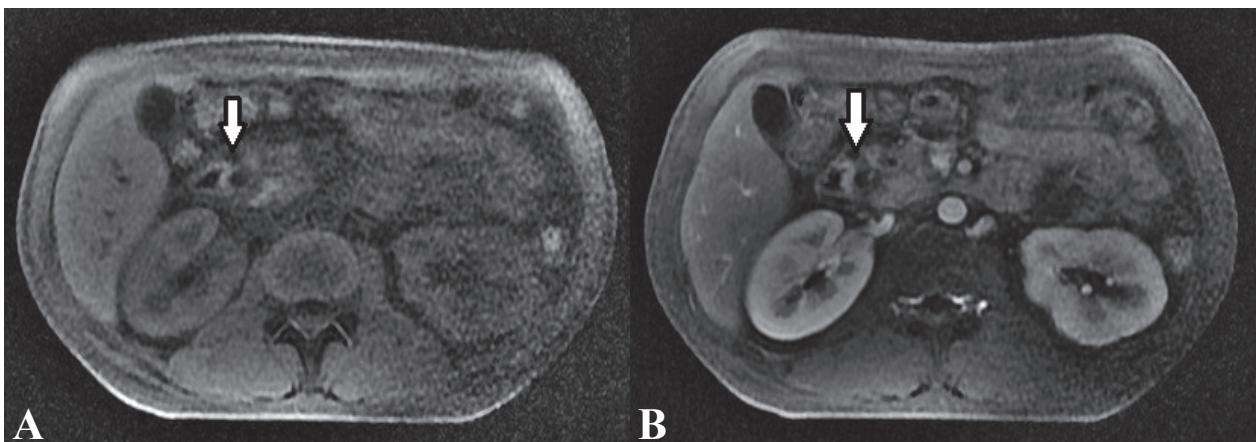
Nota: mostra espessamento da parede medial do duodeno (seta branca). Necrose pancreática delimitada como achado adicional na topografia do corpo e cauda pancreáticos (*).

Figura 4. Imagens axiais de RM ponderadas em T1 (a) e T2 (b).



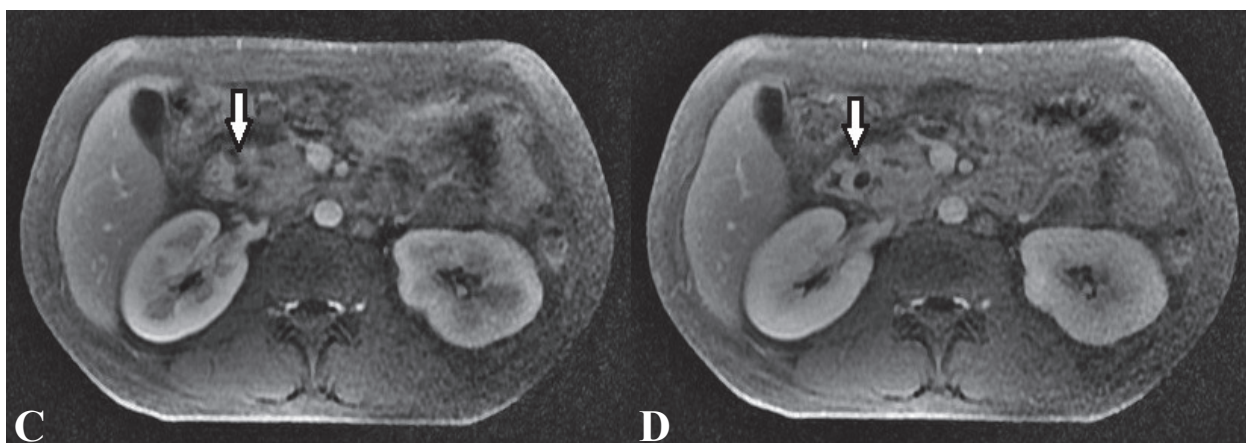
Nota: mostram tecido anormal no sulco pancreatoduodenal com hipossinal em T1 e leve hipersinal em T2 em relação ao tecido pancreático. Necrose pancreática delimitada (*) como achado adicional.

Figura 5. Imagens axiais de RM ponderadas em T1 com supressão de gordura (a) pré-contraste, (b) fase arterial, (c) fase portal, (d) fase tardia.



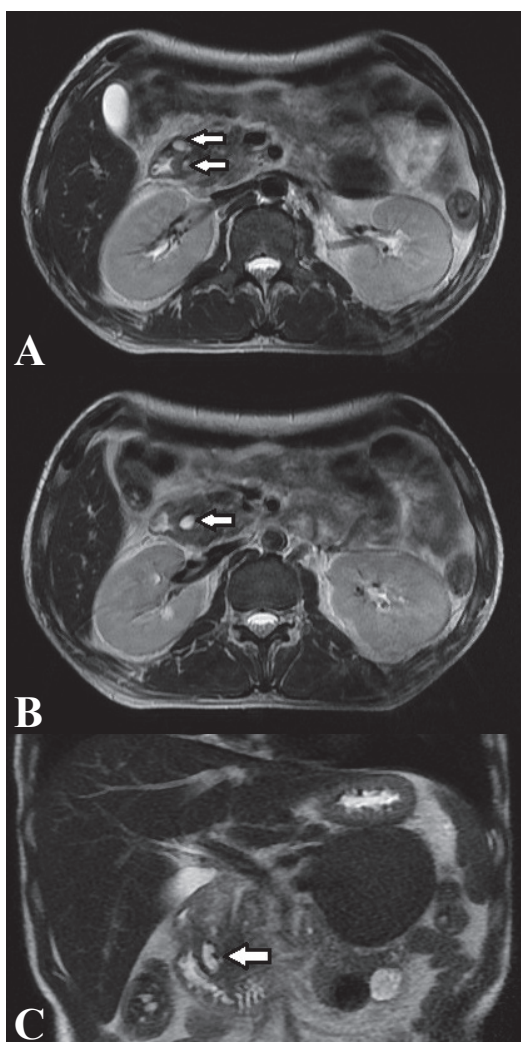
Nota: mostram tecido anormal no sulco pancreatoduodenal com hipossinal na fase pré-contraste, que apresenta leve realce mais evidente na fase tardia, com imagens císticas em permeio (seta branca). Há ainda realce anormal e espessamento da parede medial duodenal adjacente.

Figura 5. Imagens axiais de RM ponderadas em T1 com supressão de gordura (a) pré-contraste, (b) fase arterial, (c) fase portal, (d) fase tardia.



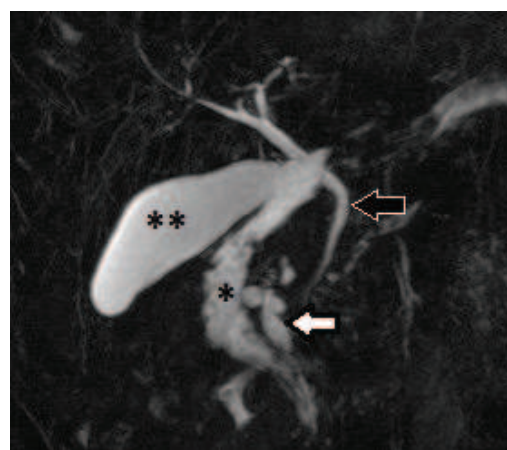
Nota: mostram tecido anormal no sulco pancreatoduodenal com hipossinal na fase pré-contraste, que apresenta leve realce mais evidente na fase tardia, com imagens císticas em permeio (seta branca). Há ainda realce anormal e espessamento da parede medial duodenal adjacente.

Figura 6. Imagens de RM ponderadas em T2, axiais (a,b) e coronal (c).



Nota: mostram imagens arredondadas e ovais com hipersinal, localizadas no sulco pancreatoduodenal, correspondendo a cistos paraduodenais.

Figura 7. Ressonância de vias biliares.



Nota: mostra via biliar (seta preta) e vesícula biliar (**) de aspecto normal. Destacam-se várias imagens císticas (seta branca) mediais ao duodeno (*).

A endoscopia digestiva alta (EDA) mostrou bulbo duodenal com forma e volume normais e lesão de aspecto infiltrativo, friável, com área de ulceração na segunda porção duodenal, englobando a área da papila. Foi realizada biópsia da referida lesão. O estudo histopatológico mostrou área de tecido de granulação e induto fibrinoleucocitário, sem indícios de malignidade. O marcador tumoral antígeno carboidrato (CA) 19-9 foi de 21,9 U/ml (referência: 0-37U/ml).

Os achados descritos são consistentes com o diagnóstico de pancreatite de sulco/pancreatite paraduodenal. Durante o internamento, a coleção localizada na topografia de corpo e cauda pancreáticos (necrose pancreática delimitada) foi abordada cirurgicamente, sendo realizada gastrocistoanastomose videolaparoscópica. Em relação à pancreatite de sulco, a conduta foi conservadora.

DISCUSSÃO

Pancreatite de sulco pancreatoduodenal é uma forma rara de pancreatite crônica que envolve a parede duodenal nas imediações da papila menor e o espaço potencial (sulco) entre o pâncreas e o duodeno. O parênquima pancreático é poupado ou ligeiramente comprometido. Embora descrita há mais de 30 anos, a entidade ainda é desconhecida pela maioria dos médicos e apenas alguns poucos casos foram relatados.⁴ A pancreatite de sulco tem sido tradicionalmente dividida em duas formas. A forma pura afeta somente o sulco pancreatoduodenal e a forma segmentar é centrada no sulco, porém se estende para a cabeça pancreática.

A doença reflete um processo inflamatório de patogenia ainda obscura, mais provavelmente associado a heterotopia pancreática no duodeno ou variações anatômicas na região da papila menor ocasionando distúrbios no fluxo de suco pancreático.⁵ A maioria dos pacientes tem uma história de abuso de álcool, sugerindo que esta característica pode ser considerada fator precipitante para o desenvolvimento da doença.⁶

Os pacientes acometidos são geralmente homens com 40-50 anos, com história de abuso de álcool. Os achados clínicos são aqueles relacionados à pancreatite crônica como episódios recorrentes de dor abdominal, náuseas e perda ponderal.² Sintomas relacionados com a redução da motilidade duodenal ou distúrbios no esvaziamento gástrico devido a estenose duodenal também podem ocorrer.⁷ Icterícia obstrutiva pode ocorrer raramente, como resultado de estenose inflamatória ou compressão extrínseca da via biliar extra-hepática.⁸ A duração dos sintomas pode variar de poucas semanas até mais de um ano.⁶

Enzimas pancreáticas estão discretamente elevadas. Os níveis de bilirrubina podem estar elevados se houver envolvimento do colédoco e pode haver aumento de GGT e FA, mesmo na ausência de obstrução ductal. Marcadores tumorais, tais como o antígeno carcinoembrionário (CEA) e o CA 19-9, estão geralmente normais.⁹ A EDA pode mostrar uma mucosa duodenal inflamada e estenose luminal.¹⁰

Os achados de imagem da TC podem variar entre suas formas. Na forma pura, a aparência pode variar de densificação da gordura e alterações inflamatórias no sulco pancreatoduodenal, até a presença de tecido com densidade de partes moles nessa topografia. No estudo dinâmico contrastado, esse tecido tende a mostrar realce tardio como resultado de seu componente fibroso. Não é raro encontrar espessamento da parede duodenal medial e pequenas imagens císticas parietais ou no próprio sulco pancreatoduodenal.¹¹

A forma segmentar pode ser muito mais difícil de avaliar, porque o envolvimento do sulco é muitas vezes obscurecido por um alargamento pseudotumoral da cabeça pancreática. Esta forma é muito comumente confundida com neoplasia da cabeça do pâncreas, e diferenciar as duas entidades com base em imagens pode ser difícil.¹¹

Entre os achados de imagem descritos na RM, a característica

mais encontrada foi uma massa hipointensa em relação ao tecido pancreático em T1 e isointensa ou ligeiramente hiperintensa em T2, localizada no sulco pancreatoduodenal, associada a espessamento parietal duodenal.¹² O estudo dinâmico demonstra realce mínimo e esparsos nas fases arterial e portal com aumento do realce na fase tardia devido à presença de tecido fibroso.^{4,12}

O envolvimento do pâncreas na forma segmentar é visualizado na RM sob a forma de perda da intensidade do sinal em T1 na cabeça pancreática, como resultado da fibrose. A parede duodenal medial está envolvida em ambas as formas da pancreatite de sulco, com espessamento parietal e múltiplos cistos localizados tanto na parede duodenal quanto no sulco pancreatoduodenal, podendo haver também hipersinal em T2 e hiper-realce da parede.^{4,3}

A ressonância de vias biliares pode revelar alargamento do espaço entre o lúmen duodenal e porção distal do colédoco, com cistos intramurais no duodeno e paraduodenais. Pode haver estenose segmentar longa e suave do colédoco distal, em oposição ao estreitamento irregular que ocorre nos carcinomas.⁹

O diagnóstico diferencial mais relevante, particularmente da forma segmentar, é o adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. A distinção pré-operatória entre estas entidades é considerada difícil. Kalb et al.¹³ descreveram que existem características de imagem na RM magnética que podem caracterizar a pancreatite de sulco, são elas: (a) espessamento parietal focal da segunda porção duodenal, (b) hiper-realce anormal da segunda porção duodenal e (c) alterações císticas na região do ducto pancreático acessório. A série de casos mostrou que pacientes que apresentam todas as três características raramente possuíam o diagnóstico de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas. Outros diagnósticos diferenciais incluem tumor duodenal e colangiocarcinoma do colédoco distal.³

Outra característica para diferenciar a pancreatite de sulco do carcinoma de cabeça pancreática é a aparência normal dos vasos peripancreáticos na primeira entidade, que podem estar deslocados, mas não mostram sinais de obstrução ou encarceramento. Em contraste, o carcinoma pancreático com extensão ao tecido peripancreático ou parede duodenal, tem comportamento invasivo em relação aos vasos adjacentes.⁷

A pancreatite paraduodenal pode ser tratada através de medidas conservadoras, incluindo repouso no leito, jejum, analgesia e nutrição parenteral. Ocasionalmente, é resistente ao tratamento clínico e segue um curso prolongado, de modo que a intervenção cirúrgica pode ser necessária na fase tardia da doença. Os pacientes que são submetidos à cirurgia são geralmente aqueles que desenvolvem estenose duodenal importante ou extensas alterações fibróticas.⁷ O tratamento cirúrgico também pode ser realizado com o objetivo de descartar malignidade. A cirurgia de escolha é uma pancreatoduodenectomia usando o procedimento de Whipple ou uma pancreatoduodenectomia com preservação do piloro.⁶

No caso relatado, os achados de imagem que apoiam o diagnóstico de pancreatite de sulco pancreatoduodenal

incluem a localização típica do tecido anormal no sulco pancreatoduodenal, a presença de alterações císticas, o realce pós-contraste predominantemente tardio, o espessamento e realce anormal da parede duodenal medial e a ausência de

invasão dos vasos peripancreáticos. Além disso, não houve dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas, sugerindo natureza benigna do processo.

REFERÊNCIAS

1. Stolte M, Weiss W, Volkholz H, Rösch W. A special form of segmental pancreatitis: "groove pancreatitis". *Hepatogastroenterology*. 1982;29(5):198-208.
2. Adsay NV, Zamboni G. Paraduodenal pancreatitis: a clinico-pathologically distinct entity unifying "cystic dystrophy of heterotopic pancreas", "para-duodenal wall cyst", and "groove pancreatitis". *Semin Diagn Pathol*. 2004;21(4):247-54.
3. Blasbalg R, Baroni RH, Costa DN, Machado MC. MRI features of groove pancreatitis. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;189(1):73-80.
4. Castell-Monsalve FJ, Sousa-Martin JM, Carranza-Carranza A. Groove pancreatitis: MRI and pathologic findings. *Abdom Imaging*. 2008;33(3):342-8.
5. Malde DJ, Oliveira-Cunha M, Smith AM. Pancreatic carcinoma masquerading as groove pancreatitis: case report and review of literature. *JOP Journal of the Pancreas*. 2011;12(6):598-602.
6. Balakrishnan V, Chatni S, Radhakrishnan L, Narayanan VA, Nair P. Groove pancreatitis: a case report and review of literature. *JOP Journal of the Pancreas*. 2007;8(5):592-7.
7. Triantopoulou C, Dervenis C, Giannakou N, Papailiou J, Prassopoulos P. Groove pancreatitis: a diagnostic challenge. *Eur radiol*. 2009;19(7):1736-43.
8. Yamaguchi K, Tanaka M. Groove pancreatitis masquerading as pancreatic carcinoma. *Am J Surg*. 1992;163(3):312-16.
9. Arora A, Dev A, Mukund A, Patidar Y, Bhatia V, Sarin SK. Paraduodenal pancreatitis. *Clin Radiol*. 2014;69(3):299-306.
10. Mohl W, Hero-Gross R, Feifel G, Zeitz M. Groove pancreatitis: an important differential diagnosis to malignant stenosis of the duodenum. *Dig Dis Sci*. 2001;46(5):1034-8.
11. Raman SP, Salaria SN, Hruban RH, Fishman EK. Groove pancreatitis: spectrum of imaging findings and radiology-pathology correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;201(1):W29-W39.
12. Irie H, Honda H, Kuroiwa T, Hanada K, Yoshimitsu K, Tajima T, et al. MRI of groove pancreatitis. *J Comput Assist Tomogr*. 1998;22(4):651-5.
13. Kalb B, Martin DR, Sarmiento JM, Erickson SH, Gober D, Tapper EB, et al. Paraduodenal pancreatitis: clinical performance of MR imaging in distinguishing from carcinoma. *Radiology*. 2013;269(2):475-81.

Como citar:

Varela JG, Aguiar LB. Pancreatite de sulco pancreatoduodenal: forma incomum de pancreatite crônica. *Rev Med UFC*. 2018 jan-mar;58(1):65-70.