

## ARTIGO ORIGINAL

## PSEUDOCISTO PANCREÁTICO - UM RELATO DE CASO

## PANCREATIC PSEUDOCYST - A CASE REPORT

Bruno Gabriel Gonçalves Batista Teixeira<sup>1</sup>, Letícia Valadares de Oliveira<sup>1</sup>, Pedro Manuel Gonzalez Cuellar<sup>2</sup>.



ACESSO LIVRE

**Citação:** Teixeira BGGB, Oliveira LV, Cuellar PMG. PSEUDOCISTO PANCREÁTICO - UM RELATO DE CASO. Revista de Patologia do Tocantins.

**Instituição:**

<sup>1</sup>Interno de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil.

<sup>2</sup>Cirurgião Geral, Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Palmas, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Autor correspondente:**

Bruno Gabriel Gonçalves Batista Teixeira  
drbrunogabrielteixeira@gmail.com.

**Editor:** Carvalho A. A. B. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 05 de setembro de 2023.

**Direitos Autorais:** © 2023 Teixeira et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Pseudocistos pancreáticos são complicações secundárias à pancreatite aguda e caracterizam-se como lesões císticas onde ocorre acúmulo de secreção pancreática limitada por tecido fibroso. Na maioria dos casos, eles regredem espontaneamente, mas coleções sintomáticas ou que não regrediram devem ser tratadas cirurgicamente. **DESENVOLVIMENTO:** Nesse relato de caso, uma paciente de 28 anos apresentou pancreatite aguda que foi tratada clinicamente, mas evoluiu com dor abdominal e presença de massa palpável em hipocôndrio esquerdo, que ao exame de tomografia computadorizada foi evidenciado coleção líquida em topografia pancreática, que foi tratado cirurgicamente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O pseudocisto pancreático é uma complicação, pouco frequente, da pancreatite aguda, na forma necro-hemorrágica. o quadro costuma ser autolimitado, mas, em alguns casos, quando apresenta sintomatologia, faz-se necessária abordagem cirúrgica para tratamento e conhecimento fisiopatológico por parte do cirurgião assistente. O relato apresentou um caso com efetivo tratamento, tendo como desfecho plena resolução do quadro clínico.

**Palavras-chave:** Pâncreas; Pancreatite; Pseudocisto pancreático

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Pancreatic pseudocysts are complications secondary to acute pancreatitis and are characterized as cystic lesions where there is accumulation of pancreatic secretion limited by fibrous tissue. In most cases, they regress spontaneously, but collections that are symptomatic or that do not regress must be treated surgically. **DEVELOPMENT:** In this case report, a 28-year-old patient had acute pancreatitis that was clinically treated, but evolved with abdominal pain and the presence of a palpable mass in the left hypochondrium, which on computed tomography examination showed a liquid collection in the pancreatic topography, which was surgically treated. **FINAL CONSIDERATIONS:** The pancreatic pseudocyst is an uncommon complication of acute pancreatitis, in the necrohemorrhagic form. The condition is usually self-limited, but in some cases, when symptoms are present, a surgical approach is required for treatment and pathophysiological knowledge by the assistant surgeon. The report presented a case with effective treatment, with full resolution of the clinical picture as an outcome.

**Keywords:** Pancreas; Pancreatitis; Pancreatic pseudocyst.

## INTRODUÇÃO

Pancreatite aguda é uma condição inflamatória aguda do pâncreas que desencadeia acometimento do parênquima e dos tecidos peripancreáticos, devido um desequilíbrio entre enzimas e os inibidores de proteases, ambos produzidos pela glândula<sup>1</sup>.

Os pseudocistos são um tipo de coleção líquida que resulta da inflamação e necrose pancreáticas, como complicações de pancreatite crônica aguda ou trauma pancreático. Eles compreendem cerca de 15% a 30% de todas as lesões císticas pancreáticas e cerca de metade dos cistos pancreáticos em pacientes com histórico de pancreatite<sup>2,3</sup>.

A ausência de um epitélio interno é o que distingue o pseudocisto de uma lesão cística verdadeira, pois sua parede é formada por um tecido fibroso e de granulação originados de um processo inflamatório. Eles podem ser únicos ou múltiplos, e a maioria dos pseudocistos possui comunicação com o sistema ductal pancreático, contendo altos níveis de amilase e lipase<sup>4</sup>.

Dentre as possíveis complicações da pancreatite aguda, o pseudocisto pancreático tem baixa incidência e, na maioria dos casos, as coleções líquidas, que decorrem da forma clínica necrosante ou necro-hemorrágica, são absorvidas pelo organismo. Porém, caso não desapareçam e sejam sintomáticas devem ser drenados<sup>2</sup>.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Nesse Paciente L. S. S., feminina, 28 anos, proveniente e procedente de Palmas-TO deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas, no dia 05/11/2022, com quadro de dor abdominal intensa em abdome superior há 3 dias anteriores à internação.

Paciente referiu dor abdominal intensa, em faixa que se estendia por hipocôndrios e epigástrico, irradiando para o dorso esquerdo, tipo pontada que havia iniciado a 2 meses, mas que piorou na ocasião anterior à internação, associada a náuseas e vômitos.

Histórico de colecistectomia no mês de setembro do mesmo ano, associada a pancreatite biliar, que foi tratada sem intercorrências na internação realizada para tal, negou comorbidades prévias, bem como tabagismo e etilismo. Ao exame físico direcionado, apresentou abdome flácido, doloroso à palpação profunda em andar superior do abdome com massa palpável em hipocôndrio esquerdo.

Foi solicitado tomografia computadorizada com contraste de abdome superior e inferior (Figura 1) que evidenciou coleção líquida envolta por paredes espessas compatíveis, correlacionada ao quadro clínico, com pseudocisto pancreático.

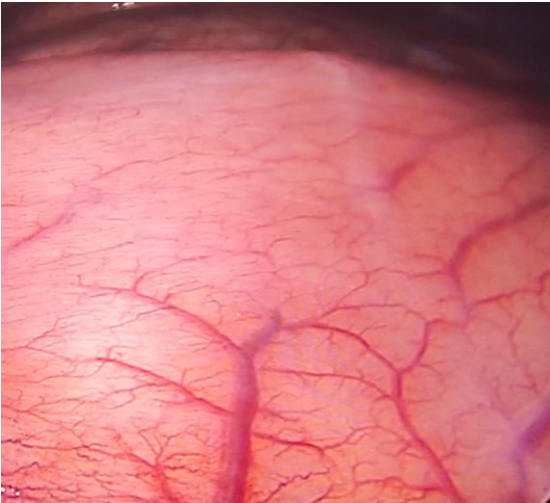


Figura 1 - TC de abdome total.

Diante do caso, foi proposto tratamento cirúrgico para drenagem do pseudocisto pancreático, sendo realizada incisão transumbilical para confecção de pneumoperitônio por agulha de Veress. Posicionamento de trocateres. O inventário da cavidade evidenciou discreta quantidade de líquido livre e abaulamento do estômago (Figura2).



Figura 2 - Inventário da cavidade abdominal e abaulamento do estômago



**Figura 2** - Inventário da cavidade abdominal e abaulamento do estômago.

Realizada gastrostomia da parede anterior e posterior do estômago (Figura 3) e inventário da cavidade que evidenciou pâncreas com aspecto necro-hemorrágico e depósito de gordura (Figura 4).



**Figura 3** - Gastrostomia da parede anterior e posterior do estômago.



**Figura 4** - Pâncreas necro-hemorrágico e depósito de gordura.

A abertura do envoltório de tecido fibrótico peripancreático permitiu a drenagem de aproximadamente 500 ml de líquido (Figura 5).



**Figura 5** - Drenagem de 500 ml de líquido peripancreático.

Realizada cistogastrotomia de parede posterior do estômago e revisão da hemostasia, bem como defeito pneumoperitônio, fechamento da parede abdominal por planos e envio de líquido do pseudocisto pancreático para análise anatomopatológica.

Paciente, após 3 dias de pós operatório, se mantendo estável e apresentando melhora clínica, evoluiu para alta hospitalar com retorno ambulatorial em 15 dias e orientações.

## DISCUSSÃO

Os pseudocistos da pancreatite aguda regressam em 40% dos pacientes. Os que se apresentam como cisto pequeno (< 5 cm) ou com ausência de complicações secundárias, preconiza-se conduta expectante. Porém, se mais de cinco centímetros de diâmetro e que persistem por mais de seis semanas devem ser considerados para drenagem, pois a taxa de resolução espontânea é menor que 10%<sup>5</sup>.

Embora seja mais frequente no sexo masculino, sua incidência é baixa e apresenta sintomas inespecíficos e invariavelmente associados ao histórico de pancreatite e achados em exames de imagem.

A ausência de regressão espontânea ou em cistos superiores a 5 cm pode levar a sérias complicações, como infecção, ruptura e sangramento, além de obstrução biliar, trombose de veia esplênica ou porta e dificuldade no esvaziamento gástrico<sup>6</sup>.

O diagnóstico é feito preferencialmente por antecedentes positivos e triagem com exames de imagem, sendo a USG o primeiro exame utilizado na confirmação, associada a TC para drenagem terapêutica.

A paciente do caso foi efetivamente tratada por meio de drenagem cirúrgica videolaparoscópica, em conformidade com a literatura atual, que a apresenta como opção terapêutica, podendo também ser realizado, nestes casos, o tratamento por drenagem percutânea ou endoscópica.

## CONCLUSÃO

---

O pseudocisto pancreático é uma complicação, pouco frequente, da pancreatite aguda, na forma necro-hemorrágica. o quadro costuma ser autolimitado, mas, em alguns casos, quando apresenta sintomatologia, faz-se necessária abordagem cirúrgica para tratamento.

O relato apresentou um caso com efetivo tratamento, tendo como desfecho plena resolução do quadro clínico, elucidando a importância da abordagem cirúrgica para o tratamento de complicações, no caso pseudocisto pancreático, decorrentes da pancreatite aguda.

## REFERÊNCIAS

---

1) Cunha EFDC. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. *Rev Radiol Bras.* 2014; 47(3), 165-75.

2) Zerem E. Tratamento da pancreatite aguda grave e suas complicações. *World J of Gastroenterol.* 2014;20(38):13879-92.

3) Fasanella KE, McGrath K. Cystic lesions and intraductal neoplasms of the pancreas. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009;23(1):35-48.

4) Artifon ELA, Aparicio DPS, Bonini L, Buch M. Pancreatic cystic lesions. *GED gastroenterol endosc dig.* 2013;32(4), 111-9.

5) Moraes IS, Carvalho PJ, Cruz RC, Francisco ARG, Ferreira VAM, Horta JGA, et al. Pancreatite aguda e pseudocisto pancreático. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2008;18(3 suppl 4):123-5.

6) Galvão-Alves J, Mott CB, Guarita DR, Rezende A, Mendes AF, Siciliano AA, et al. II Diretriz Brasileira em Pancreatite Crônica e artigos comentados. *GED gastroenterol endosc dig.* 2017;36(1):01-66.