

TRATAMENTO CLÍNICO DE FÍSTULA PANCREATICOPLEURAL COM NUTRIÇÃO POR CATETER NASOJEJUNAL EM PACIENTE COM PANCREATITE CRÔNICA ALCOÓLICA SEM PSEUDOCISTO

PANCREATICOPLEURAL FISTULA CLINICAL NUTRITION TREATMENT CATHETER NASOJEJUNAL IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOL WITHOUT PSEUDOCYST PANCREATITIS

THALES BARCELOS DE SOUZA^{1*}, GENOLÍVIA VIANA QUARTO², LAURO AUGUSTO CAETANO LEITE³, ALEXANDRE SOARES BIFANO⁴, CAROLINE ALCURE PINTO⁵, CÉLIO GENELHU SOARES⁵, MARCELO SOARES PIRES⁷, DAVID ALVES COSTA⁸

1. Médico residente em Clínica Médica pelo Hospital César Leite; 2. Médica residente em Clínica Médica pelo Hospital César Leite; 3. Médico residente em Clínica Médica pelo Hospital César Leite; 4. Médico residente em Infectologia pelo Hospital das Clínicas / UFMG; 5. Médica residente em Gastroenterologia pela Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes / UFES; 6. Médico residente em Medicina Intensiva pelo Hospital Madre Tereza; 7. Médico Gastroenterologista pelo Hospital da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro e membro titular da federação brasileira de Gastroenterologia. Nutrologia pelo GANEP; 8. Médico Pneumologista pela UFJF, Título de Especialista em Tisiologia e Pneumologia pelo Conselho Federal de Medicina e Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

* Rua Duarte Peixoto, nº 195, apto 208, Bairro Coqueiro, Manhuaçu-MG, CEP 36900-000. Thales_B.S@hotmail.com

Recebido em 20/06/2016. Aceito para publicação em 14/07/2016

RESUMO

A fistula Pancreaticopleural é uma rara sequela da pancreatite que pode ocasionar complicações no aparelho respiratório, associadas ou não a sintomas abdominais, dificilmente demonstrada em exames radiológicos. A confirmação diagnóstica, por sua vez, é obtida pelo elevado conteúdo de amilase no líquido pleural em relação à sua dosagem sérica e visualização da fistula em exames radiológicos. Cerca de 50% destas irão fechar com o tratamento conservador. Dessa forma, o presente estudo relata o caso de um paciente portador de pancreatite crônica de etiologia alcoólica que evoluiu com fistula pancreaticopleural confirmada por colangioressonância magnética. Como tratamento optou-se pelo manejo clínico: nutrição por sonda nasojéjunal por 14 dias associado ao octreotida, sendo alcançado sucesso terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Pancreatite crônica, fistula pancreaticopleural, cateter nasojéjunal.

ABSTRACT

The Pancreaticopleural fistula is a rare sequela of pancreatitis which may cause complications in the respiratory system, associated or not with abdominal symptoms, hardly demonstrated in radiological examinations. Diagnostic confirmation, in turn, is achieved by the high amylase content in pleural fluid in relation to their serum and Fistula viewing radiological examinations. About 50 % of these will close with conservative

treatment. Thus, the present study reports the case of a patient with chronic pancreatitis of alcoholic etiology who developed pancreaticopleural fistula confirmed by magnetic resonance cholangiopancreatography pancreas. As treatment opted for the clinical management: nutrition for nasojéjunal probe for 14 days associated with octreotide, being achieved therapeutic success.

KEYWORDS: Pancreatitis, fistula pancreaticopleural, catheter nasojéjunal.

1. INTRODUÇÃO

A fistula pancreaticopleural é uma entidade rara, descrita pela primeira vez em 1973 por Tombroff, porém há relatos no início da década de 60. Estima-se que ocorra em 0,4% dos pacientes que apresentam pancreatite. Está relacionada em 99% dos casos à etiologia alcoólica^{2,7}. Pode ocorrer através de dois mecanismos: diretamente pela comunicação do ducto pancreático principal com a cavidade pleural ou, com mais frequência, através de um pseudocisto^{3,4,5}. Produz derrame pleural volumoso e recidivante, usualmente do lado esquerdo¹, associado a alto teor de amilase pancreática^{4,7} concomitante a elevados valores séricos desta enzima. Não existem diretrizes para o tratamento da fistula baseados em ensaios clínicos randomizados, sendo seu manejo embasado em relatos e séries de casos^{1,7}. Dessa

forma, o relato aqui exposto tem como finalidade apresentar o sucesso terapêutico de fistula pancreaticopleural em um paciente elitista portador de pancreatite crônica sem pseudocisto e derrame pleural de origem pancreática.

2. RELATO DE CASO

Paciente masculino, 39 anos, em bom estado geral com queixa de dispnéia aos médios esforços associada a dor torácica e tosse seca de curso progressivo, de início há dois meses. Etilista de longa data e tabagista com carga tabágica de 26 maços/ano. Sem comorbidades prévias e uso de medicamentos contínuos.

À admissão, paciente em bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, afebril, corado, hidratado, acianótico, anictérico e eupneico em ar ambiente. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo. Aparelhos cardiovascular, abdominal e membros inferiores sem alterações.

A radiografia de tórax revelou opacidade difusa em hemitórax esquerdo, caracterizando um derrame pleural extenso com velamento de todo parênquima pulmonar (Figura 1).

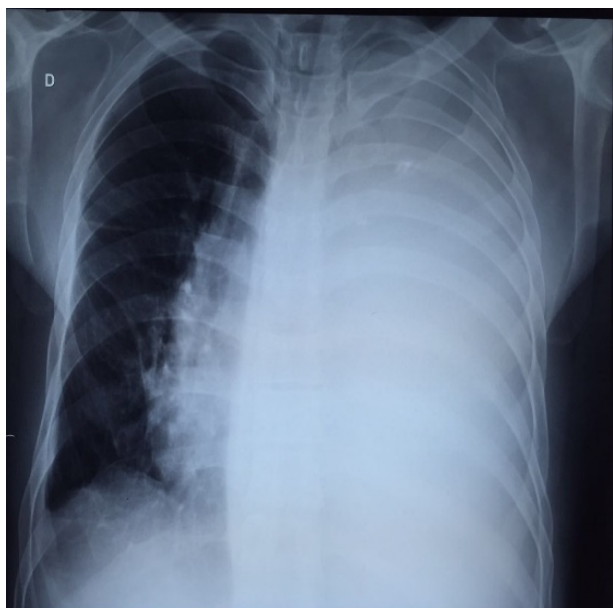


Figura 1. Radiografia de Tórax (PA)

Foi realizada então toracocentese diagnóstica com aplicação dos Critérios de Light, que evidenciou exsudato com níveis elevados de amilase (15.648 U/L) e lipase (1.383 U/L) e biópsia pleural, que mostrou-se conclusiva com pleurite crônica inespecífica (repetida e confirmada).

Durante a internação, foi submetido a cinco toracocenteses de alívio devido à dispnéia progressiva e recidivante. Bem como à análise seriada do líquido pleural, que alcançou pico de amilase com 36.770 U/L e lipase

25.890 U/L.

Com relação à bioquímica, amilase e lipase séricas e seriadas obtiveram elevação persistente, sendo valor máximo de amilase de 1.771U/L e lipase de 1.859U/L. Hemograma normal, enzimas hepáticas levemente elevadas, CA 19-9 normal e anti-HIV negativo.

Tomografia computadorizada (TC) de abdome e endoscopia digestiva alta sem alterações. TC de tórax demonstrou grande derrame pleural sem presença de massas no mediastino e no parênquima pulmonar (Figuras 2 e 3).

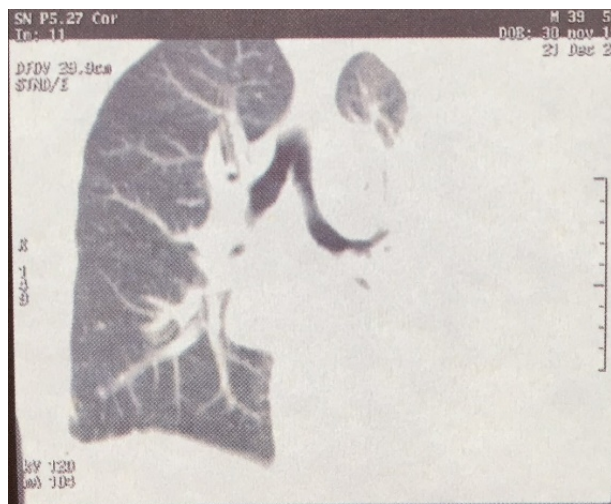


Figura 2. TC de Tórax

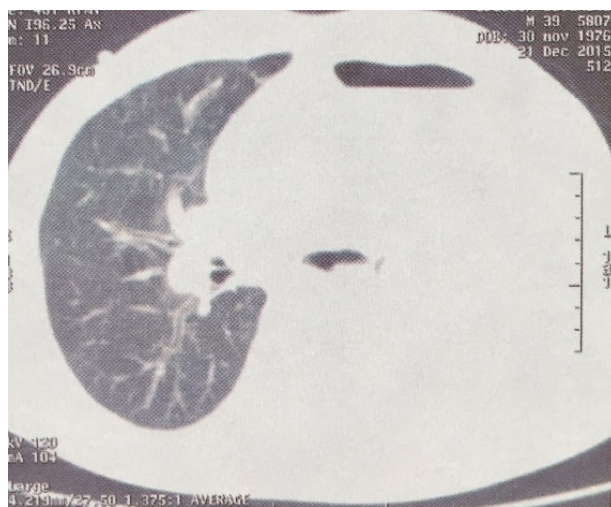


Figura 3. TC de Tórax

A principal hipótese diagnóstica aventada foi fistula pancreaticopleural. O paciente, por sua vez, foi encaminhado ao serviço de cirurgia torácica de referência onde foi descartada a possibilidade de comorbidade pulmonar que justificasse o quadro clínico, o que corrobora a principal hipótese. Para dar continuidade à investigação, foi realizada ressonância magnética de abdome superior com colangiressonância, a qual sugeriu a presença da fistula (Figuras 4 e 5).

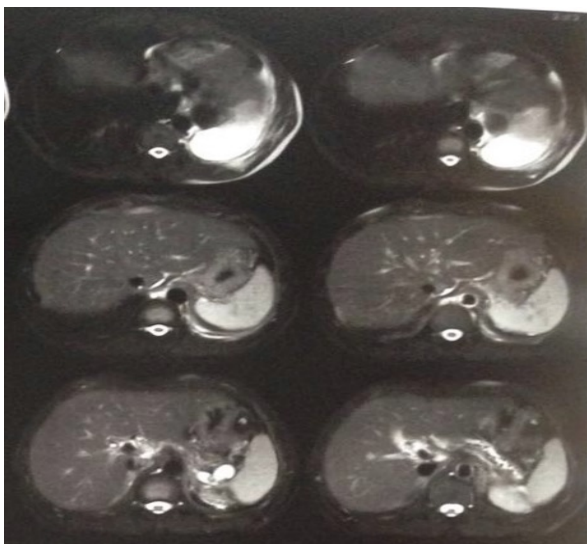


Figura 4. Colangiogramia

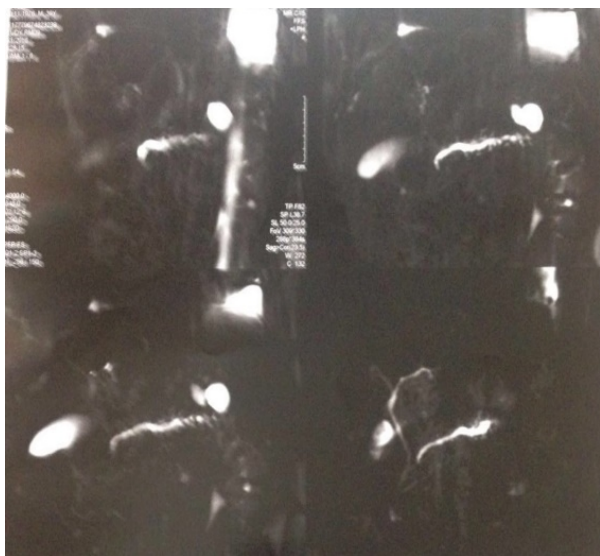


Figura 5. Colangiogramia

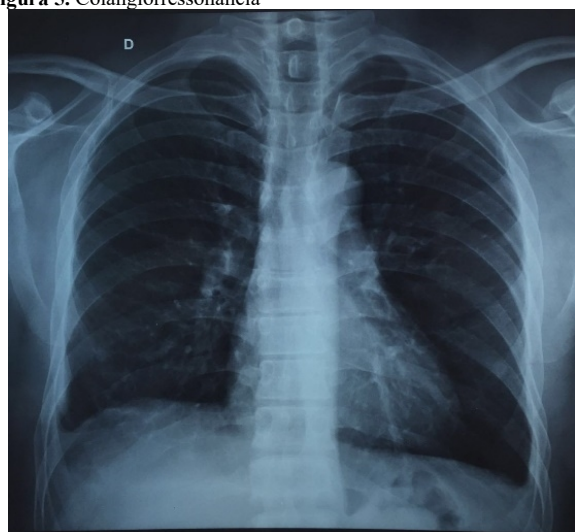


Figura 6. Radiografia de tórax de controle

Por conseguinte, foi iniciada a terapêutica com octreotida subcutânea associada à dieta oligomérica oferecida por sonda de Freka (cateter nasojejunal) por 14 dias. O paciente evoluiu com importante melhora clínica e radiológica recebendo alta hospitalar com orientações para o controle ambulatorial. O exame radiológico de controle manteve-se dentro dos padrões de normalidade confirmado o sucesso da terapêutica empregada (Figura 6).

3. DISCUSSÃO

Segundo William *et al.*, (1991), os primeiros relatos de casos de fistula pancreático pleural e ascite pancreática foram publicados no início da década de sessenta.

O derrame pleural devido à fistula pancreático pleural pode ser um desfecho raro de pancreatite crônica, decorrente de intercorrência traumática ou cirúrgica de ducto pancreático. Derrame pleural secundário à fistula pancreático pleural representa menos de 1% de todos os casos diagnosticados de derrame pleural¹⁰, mas poderá ser desfecho em 3 a 7% dos pacientes com pancreatite¹¹.

Para melhor entendimento da fisiopatologia, observa-se que a formação da fistula pancreaticopleural é, geralmente, consequência de extravasamento ou ruptura de um pseudocisto pancreático^{12,13}. Caso a ruptura ou extravasamento do ducto pancreático ocorra anteriormente, observaremos ascite pancreática secundária a fistula pancreaticoperitoneal^{12,13}. Se a comunicação desenvolve-se posteriormente, secreção pancreática fluirá em retroperitônio, podendo dissecar através do hiato aórtico ou esofágico no mediastino e formar uma fistula pleural¹².

Pancreatite alcoólica é o principal fator para desenvolvimento da fistula. Homens de meia idade (40-50 anos) com histórico de alcoolismo serão os mais acometidos, mas aproximadamente 50% dos casos não possuem história de pancreatite. Pseudocistos pancreáticos podem ser observados em 69 a 77% dos pacientes e trauma corresponde a 0,5% das causas^{13,14}.

Sintomas respiratórios são mais comuns que os abdominais, gerando dúvidas na busca da etiologia diagnóstica. Como na maioria dos casos trata-se de derrame pleural volumoso, queixas de dispnéia, dor torácica ventilatória e tosse seca são mais descritos na literatura. Sintomas abdominais característicos de pancreatite aguda geralmente não estão presentes^{13,14}.

Encontra-se derrame pleural à radiografia predominantemente à esquerda, sendo à direita em cerca de 15% dos casos¹³. Por se tratar de volumoso derrame pleural, toracocenteses repetidas ou até mesmo drenagem torácica em selo d'água serão necessárias. Sendo assim, superinfecção bacteriana é a principal complicação contribuindo para a mortalidade significativa^{12,13,14}.

Identificado o derrame pleural, o diagnóstico etiológico geralmente é retardado, gerando atraso também na terapêutica adequada. O tempo decorrido até o diag-

nóstico de fistula pancreaticopleural segundo Dhebri, Alhad R., and Nicholas Ferran 2005 é cerca de 12 a 49 dias. Será necessária alta suspeição clínica e observação de pancreatite no passado para conduzir propedêutica adequada, pois atraso no diagnóstico é uma questão crítica em se tratando do prognóstico do paciente.

Radiografia simples de tórax é a primeira linha de investigação, a qual fornece informações da coleção de fluido na cavidade pleural^{13,14}. Atualmente, a tomografia computadorizada (TC) de tórax é o padrão ouro para a investigação de derrame pleural. Fornece dados para determinar a localização e tamanho do derrame, mas peca quanto a capacidade de identificação da fistula^{8,15,16}. TC de abdômen poderá ser útil para demonstrar alterações típicas de pancreatite e visualização de pseudocisto pancreático.

Já para o diagnóstico da fistula e confirmação da etiologia do derrame pleural pancreático, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é o padrão ouro. Outra vantagem conhecida da CPRE é que, além de propedêutico, também poderá ser terapêutico com a colocação de stent endoscópico pancreático^{13,14,15,16}.

Colangiopancreatografia por ressonância magnética é relatada como sendo útil em demonstrar a patologia do pâncreas e da fistula^{6,11}. É uma alternativa não invasiva à CPRE por visualizar o ducto além de qualquer restrição, retrata a atrofia do parênquima, anatomia ductal e pequenos pseudocistos intrapancreáticos e extrapancreáticos, coleção peripancreática, ou fistula pancreaticopleural e é útil quando CPRE não fornece informações adequadas^{6,8,11}.

O paciente foi submetido à radiografia de tórax e toracocentese, que identificou derrame pleural com elevação significativa de enzimas pancreáticas. No seguimento propedêutico para confirmação diagnóstica de fistula pancreaticopleural, foi realizada colangiopancreatografia por ressonância magnética, visto que se trata de um exame não invasivo e de custo mais acessível em comparação à CPRE.

A terapêutica descrita na literatura inclui: 1) manejo clínico com suspensão dieta oral, introdução de dieta parenteral, análogos da somatostatina e paracenteses repetidas; 2) CPRE com colocação de stent endoscópico pancreático; 3) Cirurgia^{10,12,16,17}.

Sabe-se que o objetivo da terapêutica conservadora é o alívio dos sintomas. Para isso, a literatura indica ser eficaz reduzir a estimulação pancreática com dieta oral zero e iniciar a dieta parenteral, bem como, a realização de toracocentese ou drenagem torácica e prescrição de análogos da somatostatina⁹.

No passado, quando o implante de stent endoscópico não estava disponível, o tratamento conservador não excedia 2 a 4 semanas¹³. Atualmente, devido ao sucesso alcançado com a administração de octreotida e colocação de stent no ducto, um longo período de tratamento

conservador é empregado; este inclui octreotida contínuo por cerca de 2,5 a 6 meses. Caso haja falha após o fim do manejo clínico, abordagem por CPRE ou cirurgia será indicada¹⁴. Octreotida tem como posologia inicial 50 ug administrada por via subcutânea três vezes por dia, sendo a dose titulada com base no débito da fistula e dose máxima de 250 ug três vezes por dia^{14,16}.

As complicações relacionadas ao tratamento conservador incluem desnutrição, infecções do cateter venoso da dieta parenteral, trombose venosa profunda e sepse associada à atrofia da mucosa intestinal de jejum prolongado. Atenção deve ser dada à função renal em pacientes usando análogos da somatostatina devido ao seu efeito constritor.

Na condução do caso clínico em questão, o paciente foi mantido em dieta oral zero e sua nutrição ofertada através do cateter nasoentérico sonda de FREKA (Figura 7) posicionado por endoscopia digestiva alta. Realizado esvaziamento da cavidade pleural pela drenagem torácica e administração de Octreotida 50µg via subcutânea na posologia de oito em oito horas por 14 dias.



Figura 7. Sonda Freka em radiografia de abdome.

Em revisão sistemática da literatura não foi encontrado outro relato de caso ou série de casos em que o tratamento fundamentou-se na inibição da secreção pancreática através do uso da sonda nasojejunal (sonda de Freka), conforme realizado no presente estudo. Sendo assim, com a substituição da dieta parenteral pela jejunal, além de não estimular a secreção pancreática, as chances de intercorrências geradas pela alimentação parenteral foram reduzidas, como infecção de cateter e sepse por foco intestinal, além de tornar o tratamento menos oneroso à instituição.

4. CONCLUSÃO

Em suma, a fistula pancreaticopleural é uma complicação rara da pancreatite crônica, principalmente de eti-

ologia alcoólica, que deve ser aventada aos diagnósticos diferenciais do derrame pleural. O caso clínico aqui exposto demonstrou a efetividade do tratamento conservador, associando o uso de Octreotide via subcutânea com a dieta por sonda nasojejunal por 14 dias, possibilitando um tratamento com menor custo e evitando as complicações relacionadas à dieta parenteral.

REFERÊNCIAS

- [01] Ali T, Srinivasan N, Vu Le, Chimpiri R, Tierney M. Pancreaticopleural Fistula. *Pâncreas* 2009; 38 (1): 26- 31.
- [02] Ribeiro B, Gomes D, Rosa A, Amaro P, Tomé L, Leitão M, Freitas D. Derrame pleural recidivante por fistula pancreático-pleural. *Jornal Português de Gastroenterologia* 2000; 7: 161-164.
- [03] Shibasaki S, Yamaguchi H, Nanashima A, Tsuji T, Jibiki M, Sawai T, Yasutake T, Nakagoe T, Ayabe H. Surgical Treatment for Right Pleural Effusions caused by Pancreaticopleural Fistula. *Hepato-Gastroenterology* 2003; 50: 1678-1680.
- [04] Trombroff M, Loiq A, Koster JP, Engleholm L, Govaerts JP. Pleural effusion with pancreaticopleural fistula. *British Medical Journal* 1973; 1 330-331.
- [05] Uchiyama T, Suzuki T, Adachi A, Hiraki S, Iizuka N. Pancreatic Pleural Effusion: Case Report and Review of 113 Cases in Japan. *American Journal of Gastroenterology* 1992; 87, (3): 387-391.
- [06] Vyas S, Gogoi D, Sinha SK, Singh P, Yadav TD, Khandelwal N. Pancreaticopleural Fistula: An Unusual Complication of Pancreatitis Diagnosed with Magnetic Resonance Cholangiopancreatography. *J Pancreas* 2009; 10 (6): 671-673.
- [07] Wakefield S, Tutty B, Britton J. Pancreaticopleural fistula: a rare complication of chronic pancreatitis. *Postgrad Med J* 1986; 72 (844):115-116
- [08] ABCD Arq Bras Cir Dig 2011;24(3):251-252
- [09] JOP. *J Pancreas (Online)* 2005;6(2):152-161
- [10] N. A. Burgess, H. E. Moore, J. O. Williams, and M. H. Lewis, "A review of pancreatic-pleural fistula in pancreatitis and its management," *HPB Surgery*, vol. 5, no. 2, pp. 79-86, 1991
- [11] R. Materne, P. Vranckx, C. Pauls, E. E. Coche, P. Deprez, and B. E. Van Beers, "Pancreaticopleural fistula: diagnosis with magnetic resonance pancreatography," *Chest*, vol. 117, no. 3, pp. 912-914, 2000
- [12] J. C. King, H. A. Reber, S. Shiraga, and O. J. Hines, "Pancreatic-pleural fistula is best managed by early operative intervention," *Surgery*, vol. 147, no. 1, pp. 154-159, 2010
- [13] B. Y. Safadi and J. M. Marks, "Pancreatic-pleural fistula: the role of ERCP in diagnosis and treatment," *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 51, no. 2, pp. 213-215, 2000
- [14] A. R. Dhebri and N. Ferran, "Nonsurgical management of pancreaticopleural fistula," *Journal of the Pancreas*, vol. 6, no. 2, pp. 152-161, 2005
- [15] M. Sut, R. Gray, M. Ramachandran, and T. Diamond, "Pancreaticopleural fistula: a rare complication of ERCP-induced pancreatitis," *Ulster Medical Journal*, vol. 78, no. 3, pp. 185-186, 2009
- [16] D. C. Rockey and J. P. Cello, "Pancreaticopleural fistula: report of 7 patients and review of the literature," *Medicine*, vol. 69, no. 6, pp. 332-344, 1990.
- [17] T. Uchiyama, T. Suzuki, A. Adachi, S. Hiraki, and N. Iizuka, "Pancreatic pleural effusion: case report and review of 113 cases in Japan," *American Journal of Gastroenterology*, vol. 87, no. 3, pp. 387-391, 1992.