

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MACIÇA

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: A RARE CASE OF MASSIVE DIGESTIVE HEMORRHAGE

Fernando Antonio C. Spencer, ACBC-PE¹
Euclides Martins Filho, RCBC-PE¹
Miguel Arcanjo dos Santos Júnior, TCBC-PE²
Edmundo Machado Ferraz, TCBC-PE³

INTRODUÇÃO

Hemosuccus pancreaticus corresponde a hemorragia digestiva proveniente do duto pancreático com exteriorização para o tubo digestivo, usualmente pela papila de Vater. Esta terminologia foi criada por Sandbloom em 1970, sendo o primeiro caso reportado pela literatura proveniente de 1931.⁵

Esta é uma causa infreqüente de hemorragia digestiva, sendo relatados pela literatura cerca de cem casos até 1995.^{4,5}

Relatamos a seguir caso clínico de um paciente jovem com quadro de hemorragia digestiva maciça e recorrente, atendido pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas de Pernambuco da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

RELATO DO CASO

Paciente ALO, 26 anos, masculino, natural e procedente de Cruz de Rebouças-PE, procura o HC-UFPE em 1/4/97 através do Serviço de Pronto Atendimento devido a hematêmese há duas horas. Relata sete episódios anteriores de dor no mesogástrico em cólica, com irradiação para o dorso, esporádica, e seguida de hematêmese ou melena em dois anos. Durante este período submeteu-se a sete endoscopias digestivas, sem sucesso na detecção do sítio de sangramento, e várias hemotransfusões. Ao interrogatório sintomatológico referia astenia. Nos antecedentes anotava paralisia infantil com atrofia de coxa esquerda, epidemiologia para esquistossomose mansônica e laparotomia há quatro anos por ferimento penetrante de abdome por projétil de arma de fogo, que transfixou a fossa ilíaca direita, sem outras informações sobre a operação a que se submeteu. Não havia história recente de trauma. Ingesta esporádica de álcool de forma leve.

Durante a admissão observou-se ao exame um estado geral decaído, com emagrecimento e intenso descoramento de mucosas. Apresentava-se orientado, com freqüência cardíaca de 88 batimentos/minuto e tensão arterial e 100 x 80 mmHg. Havia uma cicatriz mediana no abdome, sem dor ou massas à palpação. O toque retal foi normal e evidenciou-se aumento de volume do testículo direito.

Os exames colhidos neste momento revelaram hematócrito de 3,7% e hemoglobina de 11mg%. O restante da avaliação laboratorial encontrava-se nos limites da normalidade, inclusive amilase e perfil lipídico. A endoscopia digestiva alta realizada à admissão não visualizou pontos de sangramento ou observou sangue ou hematina nos segmentos estudados.

Após hemotransfusões prosseguiu-se a investigação, sendo realizados durante internamento ultra-sonografia de abdome, que não revelou anormalidades, e de bolsa escrotal, que demonstrou massa sólida e heterogênea no testículo direito. Foram realizados ainda os seguintes exames: cintilografia com hemácias marcadas (dois exames): negativa para sangramento; colonoscopia: normal; rinoscopia posterior: pólipos na coana direita sem sinais de sangramento; tomografia de seios da face: pansinusopatia.

O paciente solicitou alta hospitalar, retornando em 2/6/97, quando apresentou novo quadro de hemorragia digestiva maciça, sendo submetido a nova endoscopia, novamente sem alterações anatômicas ou sangue no trato digestivo superior. Foi encaminhado à laparotomia em 9/6/97, quando foram observadas alças intestinais com sangue e tumoração de 2cm na cabeça de pâncreas, que apresentava consistência normal a montante.

Foi realizada gastroduodenopancreatectomia cefálica. À secção do pâncreas observou-se Wirsung dilatado e preen-

1. Residente do Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE.
2. Cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral do HC-UFPE.
3. Professor Titular e Chefe do Serviço de Cirurgia Geral HC-UFPE.

Recebido em 28/8/98

Aceito para publicação em 11/1/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – HC-UFPE.

chido por coágulo. O paciente evoluiu sem intercorrências, teve alta e retornou à cirurgia em 22/7/97 para orquiectomia direita. No último seguimento do paciente com nove meses da cirurgia, este não apresentava queixas ou novos episódios de hemorragia. Apresentava hematócrito de 38%.

O exame histológico revelou pancreatite crônica com necrose pancreática segmentar decorrente de trombose arterial com hemorragia canalicular. O testículo apresentava processo inflamatório crônico de possível etiologia traumática.

DISCUSSÃO

Hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como sangramento de algum ponto do tubo digestivo situado entre o esfago e o ângulo de Treitz. As principais causas observadas no nosso país são decorrentes de doença ulcerosa péptica e hipertensão porta. Em praticamente todos os casos de HDA, a endoscopia digestiva alta é o exame de escolha para o diagnóstico, tendo acuidade de aproximadamente 95% na detecção do sangramento.¹ Esta, porém, necessita coincidir o momento do exame com o da exteriorização do sangue pela papila de Vater para sugerir origem biliar ou pancreática do sangramento.^{2,3,4}

A causa mais comum de hemobilia é o traumatismo no quadrante superior direito do abdome, quando se estabelece comunicação entre os vasos hepáticos e o sistema biliar. O antecedente traumático do paciente demonstrava transfixação da fossa ilíaca direita pelo projétil de arma de fogo. O trajeto era distante da superfície hepática e não havia referência a icterícia pelo paciente.

O pâncreas é o sítio mais freqüente de hemorragia para o duto pancreático, estando associado, na grande maioria das vezes, à pancreatite crônica.^{2,3,4,5} A pancreatite leva a alterações devido aos efeitos líticos do suco pancreático e ao processo inflamatório. Estes atingem o órgão e tecidos adjacentes, erodindo os vasos adjacentes, pela formação de pseudocistos ou por efeito direto na parede vascular, ocasionando a formação de pseudoaneurismas e propiciando o sangramento para o duto pancreático por fistulização secundária, ou por lesão dos vasos da parede do pseudocisto.^{3,4,5} Calcula-se que em aproximadamente 10% das pancreatites crônicas existe a formação de pseudoaneurismas em artérias peripancreáticas.^{2,5}

Um outro mecanismo relacionado à presença de pancreatite crônica calcificante é a erosão a partir de cálculos no duto de Wirsung. Estes poderiam lesar o duto pancreático, com o sangramento ou perfuração deste e conseqüente hemorragia retroperitoneal. Litíase ductal é responsável por aproximadamente 30% dos casos de *hemorrhageus pancreaticus*.⁴

Aneurismas ou pseudoaneurismas primários de artérias próximas ao pâncreas também podem erodir a parede do pâncreas e sangrar para o duto pancreático.^{2,3,5} Malformações arteriovenosas do pâncreas também estão associadas a sangramento ductal.⁴ A sintomatologia decorrente do sangramento pelo duto pancreático é bastante variável. Podem ocorrer

desde hemorragias digestivas maciças, com choque hipovolêmico, até anemia crônica, uma vez que usualmente os episódios são recorrentes. Por sua vez, o típico paciente com *hemorrhageus pancreaticus* é o alcoolista crônico, com inúmeras entidades associadas passíveis de ocasionar sangramento digestivo (varizes de esfago, úlceras pépticas, erosões gástricas, etc.) ou justificar sua anemia crônica por desnutrição. É freqüente terem sido estes pacientes submetidos a procedimentos prévios com cirurgias para úlcera e polipectomias.² Pode estar presente a dor em cólica pela obstrução do duto pancreático por sangue e coágulos. Em caso de pseudocistos ou aneurismas, por vezes é possível a palpação de massas ou verificação de icterícia na dependência da localização da mesma. Somam-se a estas os sinais e sintomas relacionados à doença de base, geralmente a pancreatite crônica. No paciente em questão, não houve suspeita pré-operatória de pancreatite crônica, uma vez que o mesmo não apresentava dados sugestivos desta entidade. Retrospectivamente, classificamos como de origem idiopática.

A radiologia pode mostrar sinais de pancreatite crônica, como calcificações no pâncreas ou imagens de massa.² A ultrasonografia e a tomografia computadorizada podem demonstrar sinais de pancreatite crônica, pseudocistos e aneurismas. O doppler é instrumento útil ao demonstrar fluxo anormal na área.

O estudo angiográfico é de fundamental importância, uma vez que usualmente confirma o diagnóstico e pode, em alguns casos, proporcionar terapêutica eficaz, ou mesmo tempo para equilibrar o doente para cirurgia. A embolização pode ser tentada quando a fonte de sangramento é uma das artérias próximas ao pâncreas, o paciente é de alto risco ou quando se trata de uma situação de emergência.⁴

A literatura relata que a cirurgia é o tratamento mais seguro e definitivo em relação à cura e prevenção de recorrência hemorrágica.^{1,2,4,5} A cirurgia proposta dependerá da situação anatômica da lesão. Lesões na cabeça do pâncreas usualmente são tratadas com duodenopancreatectomia embora possa ser tentada a exclusão das artérias envolvidas, particularmente em doentes de risco. Quando a localização é no corpo ou cauda, deve ser realizada a ressecção deste segmento, sempre com ressecção ou exclusão vascular da artéria envolvida.^{2,3,4,5}

Estudamos um caso atípico de *hemorrhageus pancreaticus*, sendo o paciente jovem, com hemorragia maciça recorrente, portador de pancreatite crônica insuspeita no pré-operatório, que foi levado à cirurgia sem diagnóstico etiológico.

Hemorrhageus pancreaticus é uma condição infreqüente de sangramento digestivo, sendo possivelmente subdiagnosticada pelos médicos. O conhecimento da entidade e investigação adequada com angiografia provavelmente aumentará o número do diagnóstico na população de pacientes com pancreatite crônica e sangramento digestivo de fonte indeterminada.

A cirurgia permanece como método de tratamento mais seguro e definitivo para a entidade.

ABSTRACT

Hemosuccus pancreaticus is a unusual syndrome manifested by hemorrhage into the pancreatic duct and by blood loss through the ampulla of Vater. It may be caused by tumors, arteriovenous malformation, pancreatic lithiasis, aneurism rupture from adjacent vessels, or erosion of pancreatic and peripancreatic vessels due to chronic pancreatitis. The authors describe a case of massive and recurrent gastrointestinal upper hemorrhage in a 26-year-old man without known risk factors for pancreatitis. This man underwent urgent surgery due to gastrointestinal bleeding during the investigation. During the procedure, blood was found in the intestinal lumen and a tumor in the head of pancreas with two centimeters of diameter. A gastroduodenopancreatectomy was performed. Histological study showed chronic pancreatitis with a fistula from the pancreatic vessels to the Wirsung duct. The patient was discharged without postoperative complications and after months, remains asymptomatic.

Key Words: Hemosuccus pancreaticus; Massive digestive hemorrhage.

REFERÊNCIAS

1. Luna LL, Vargas C, Rodriguez CMS, et al – Hemorragia digestiva alta não varicosa: diagnóstico e tratamento endoscópico. In: *Endoscopia Digestiva*. Editora Medsi. Rio de Janeiro. Primeira edição 1994; 459-482.
2. Clay RP, Farnell MB, Lancaster RJ, Weiland LH, Gostout CJ – *Hemosuccus pancreaticus* – An unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. *Ann Surg* 1985;202:75-79.
3. Camishion RC, Pello MJ, Spence RK, et al – Hemoductal pancreatitis. *Surgery* 1992;111:86-89.
4. Suter M, Doens F, Chapuis G, et al – Haemorrhage into pancreatic duct (*Hemosuccus pancreaticus*): recognition and management. *Eur J Surg* 1995;161:887-892.
5. Risti B, Marincek B, Jost R, et al – *Hemosuccus pancreaticus* as a source of obscure upper gastrointestinal bleeding: three cases and literature review. *The American Journal of Gastroenterology* 1995;90: 1878-1980.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Fernando Antônio C. Spencer Netto
Rua Almirante Tamandaré, 137/301
51030-090 – Recife-PE