

PANCREATITE CRÔNICA: RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 74 PACIENTES

RESULTS OF THE SURGICAL MANAGEMENT OF 74 PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Olívio Louro Costa, TCBC - ES¹
Maria da Penha Zago-Gomes²
Carlos Sandoval Gonçalves²

RESUMO: Objetivo: Analisar as indicações, técnicas e resultados do tratamento cirúrgico de 74 pacientes operados por complicações da pancreatite crônica. **Método:** Foram pacientes consecutivos, estudados prospectivamente pelo preenchimento de um protocolo individual, no período de 1971 a 2000. Foram realizadas cirurgias de derivação e ressecção. O acompanhamento foi feito pelo agendamento de consultas no ambulatório, por convocação por cartas e telefonemas. **Resultados:** Dos 270 pacientes com pancreatite crônica, acompanhados pelo Serviço, 74 (27,4%) foram operados. Destes 74 pacientes, 97,7% eram do sexo masculino e a idade variou de 15 a 63 anos, com média de 39,4 anos para alcoolistas e 33,1 para aqueles com outras etiologias. O alcoolismo foi a causa da doença em 68 pacientes (90,5%) e os outros casos estiveram relacionados a hiperparatiroidismo(1), pancreatite hereditária (1), fibrose retroperitoneal (1) e em três casos a etiologia não foi definida. As seguintes causas únicas ou associadas definiram a indicação cirúrgica: 1. dor em 44,6% dos pacientes; 2. compressão de vias biliares em 28,4%; 3. pseudocistos em 12,2%; 4. fístulas internas em 10,8%. Cinquenta pacientes (67,5%) foram submetidos a operações de derivação e 24 (32,5%) a cirurgias de ressecção. Oito pacientes derivados (16,0%) complicaram, ocorrendo três óbitos; dez ressecados (41,6%) complicaram, com cinco óbitos. Os óbitos estiveram relacionados a abscessos, às deiscências e às hemorragias cirúrgicas. **Conclusões:** As cirurgias de derivação mostraram-se mais seguras e as complicações que evoluíram com infecção foram as mais graves e ocorreram com mais frequência nas ressecções.

Descritores: Pancreatites; Pancreatite crônica; Duodenopancreatectomias; Ressecções pancreáticas; Fístulas pancreáticas internas

INTRODUÇÃO

A pancreatite crônica é uma doença inflamatória que evolui com dor abdominal recorrente e ocasionalmente contínua nas fases avançadas da doença, e com perda progressiva das funções endócrina e exócrina do pâncreas^{1,2}. A doença é de tratamento clínico e a cirurgia está indicada quando ocorre dor intratável e complicações, tais como obstruções biliares e duodenais,

pseudocistos e, raramente, para excluir doença maligna¹⁻³. A indicação mais freqüente de tratamento cirúrgico é para controle da dor, quando incapacitante e intratável por métodos clínicos^{1,3}. O procedimento ideal seria aquele que aliviasse a dor e tratasse complicações, com o menor prejuízo funcional da glândula. O presente relato pretende analisar as indicações, as técnicas e os resultados do tratamento cirúrgico de 74 pacientes operados por um dos autores (OLC).

1. Livre-docente do Centro Biomédico (CBM), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
2. Professores Adjuntos do Serviço de Gastroenterologia — CBM/UFES.

Recebido em 17/05/2001

Aceito para publicação em 25/08/2002

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica e de Gastroenterologia, do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), do CBM/UFES.

MÉTODO

No período de 1971 a 2000, foram operados 74 pacientes com pancreatite crônica, e os dados registrados através do preenchimento de protocolo individual, de modo prospectivo e consecutivo, pelo próprio cirurgião. Todas as cirurgias, de caráter eletivo, foram indicadas após esgotados os recursos para o controle da dor, ou pela presença de complicações não resolvidas por métodos clínicos. Foram realizados procedimentos diretos sobre o pâncreas, ou seja, ressecções, quando o aspecto pseudotumoral predominava na parte cefálica ou caudal da glândula, e derivações, quando o ducto estava dilatado e para tratar pseudocistos crônicos. Operações associadas foram indicadas por questões técnicas, no caso das esplenectomias, e para tratar a compressão de vias biliares. O seguimento dos pacientes foi feito através do agendamento de consultas no ambulatório, pelo comparecimento espontâneo ou por convocação através de cartas e telefonemas.

RESULTADOS

Dos 270 pacientes com pancreatite crônica, acompanhados pelo Serviço, 74 (27,4%) foram operados e destes, 97,3% eram do sexo masculino. A idade variou de 15 a 63 anos, com média de 39,4 anos nos alcoolistas e 33,1 anos nos pacientes com outras etiologias. O alcoolismo foi a causa da doença em 68 pacientes (91,9%) e os outros casos estiveram relacionados a hiperparatiroi-

dismo¹, pancreatite hereditária¹, fibrose retroperitoneal¹, e em três casos a etiologia não foi definida. Doze pacientes (16,2%) apresentavam hiperglicemia e 30 (40,5%) exibiam imagens radiológicas de calcificações na projeção da glândula.

Setenta e três pacientes (98,6%) queixavam-se de dor, de maior ou menor intensidade, em algum momento da evolução da doença, mas somente em 33 deles (44,6%) a dor foi o fator dominante na indicação da cirurgia (Tabela 1). De oito fístulas internas observadas, duas eram pancreatopleurais e seis drenavam em peritônio livre, provocando ascite (Tabela 2).

As operações, as complicações e os óbitos estão nas Tabelas 3 e 4.

Em três pacientes foram realizadas ressecções de 90% da glândula, com o propósito de tratar a dor, os quais evoluíram com diabete, esteatorréia e desnutrição. As ressecções cefálicas foram realizadas porque as alterações anatômicas predominavam na cabeça do pâncreas e os pacientes apresentavam dor intratável. Nas oito fístulas internas foram realizadas somente derivações, ou seja, pancreatojejunosomias, em três pacientes. Em três casos foram realizadas somente ressecções e em dois foram feitas ressecções e derivação do coto para alça intestinal isolada. Nos casos de ressecção, o tecido era friável e não havia condições para sutura, isto é, para uma pancreatojejunosomia. Em dois pacientes a ressecção foi realizada após deiscência de derivação prévia. Os pacientes com fístulas pancreatopleurais tinham uma história mais longa, um deles com meses de evolução e aqueles com ascite foram operados na mesma internação, quando o tratamento clínico da ascite não resultou em cura.

Houve melhora persistente da dor, enquanto foi possível o acompanhamento, em 52, dos 66 pacientes que sobreviveram à operação (78,8%). Quatorze deles retornaram com complicações ou recidiva da dor, sendo nove enfermos no primeiro ano, três no segundo, e dois com mais de dois anos. Foram reoperados e se submeteram a 11 ressecções, duas drenagens externas e uma derivação biliar. Em nove pacientes a primeira cirurgia foi de drenagem externa, abordagem de pseudocistos ou obstrução biliar. Cinco destes pacientes haviam sido submetidos ini-

Tabela 1

Causas únicas e associadas de indicação cirúrgica em 74 pacientes com pancreatite crônica

Dor como fator dominante	33 (44,6%)
Compressão de vias biliares	21 (28,4%)
Com icterícia	17 (23,0%)
Dilatação do ducto sem icterícia	04 (5,4%)
Pseudocistos	09 (12,2%)
Fístulas internas	08 (10,8%)

Tabela 2

Dados gerais dos oito pacientes com fístulas internas

Nº de pacientes	Sexo/Idade	Etiologia	Líquido	Amilase UI/dl	Proteína g/dl
01	M/40	Alcoólica	Ascítico	4.000	-
02	M/15	Obstrutiva	Pleural	8.000	-
03	M/31	Alcoólica	Pleural	757	4,0
04	M/53	Alcoólica	Ascítico	-	-
05	F/45	Alcoólica	Ascítico	-	-
06	M/28	Alcoólica	Ascítico	937	4,5
07	M/40	Alcoólica	Ascítico	8.000	2,5
08	M/27	Alcoólica	Ascítico	16.000	4,0

Tabela 3
Complicações e óbitos em 50 pacientes submetidos a operações de derivação

<i>Derivações</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>Pacientes complicados</i>	<i>Óbitos</i>
Pancretojejunostomia	28	5	2 (7,1%)
Cistojejunostomia	10	0	0
Cistogastrostomia	08	3	1 (12,5%)
Derivação biliar exclusiva	04	0	0
Total	50	8	3 (6,0%)

Tabela 4
Complicações e óbitos em 24 pacientes submetidos a operações de ressecção

<i>Ressecções</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>Pacientes complicados</i>	<i>Óbitos</i>
Ressecção distal	11	6	3 (27,3%)
Ressecção cefálica	13	4	2 (15,4%)
Total	24	10	5 (20,8%)

cialmente à derivação pancreatojejunal e em três deles teve-se que praticar ressecções, na segunda intervenção.

Do total de 74 pacientes, 18 (24,3%) apresentaram complicações. A mortalidade hospitalar foi de 10,8%. A mortalidade decresceu com a experiência do grupo, pois foi de 12,8% em 44 pacientes operados nas décadas de 70 e 80 e de 8,6% em 30 enfermos tratados na década de 90. Sete dos nove pacientes que apresentaram abscessos, hemorragias cirúrgicas e deiscências faleceram, e nos pacientes com outras complicações, houve somente um óbito. Excluídos os óbitos operatórios e 24 pacientes de evolução desconhecida, restam 42 que foram acompanhados por tempo variável, ou seja: 22 até três anos, seis até cinco anos, dez até oito anos e seis por mais de dez anos.

DISCUSSÃO

Nesta série, o predomínio masculino, a média de idade e as causas da pancreatite foram semelhantes às descritas na literatura.

A dor é considerada a principal causa de indicação cirúrgica e muitos autores enfatizam este fato²⁻⁵. Nestes pacientes, a dor foi causa predominante de indicação de cirurgia em 44,6% dos casos, ainda que tenha sido um fator de alta relevância em quase todos os pacientes. As alterações anatômicas influíram decisivamente em 54,4% dos enfermos (Tabela 1), sendo as mais importantes, a compressão das vias biliares, os pseudocistos e as fístulas internas. Os pseudocistos da pancreatite crônica exigem, freqüentemente, tratamento cirúrgico, porque apresentam menor tendência à regressão, ao contrário do que ocorre na pancreatite aguda⁶.

A doença apresentou graus variáveis de complexidade, que exigiram procedimentos eventualmente simples,

como as derivações, e às vezes complexos, como as ressecções para tratar lesões predominantes da cabeça ou da cauda do pâncreas, sobretudo quando o ducto não estava dilatado, isto é, a escolha do procedimento cirúrgico foi baseada nas alterações estruturais da glândula². As ressecções podem ser necessárias, eventualmente, mesmo quando o ducto esteja dilatado, dependendo da avaliação das alterações anatômicas da glândula, pois de fato as técnicas devem ser adaptadas a cada caso. As fístulas internas, por exemplo, são problemas graves e podem exigir procedimentos de maior risco. Machado e cols.^{7,8} fizeram operações de derivações nas fístulas internas, o que parece a conduta correta. Entre os pacientes desta série, no entanto, tentou-se a derivação em uma fístula de cauda e outra cefálica, tendo havido deiscência das suturas e as ressecções foram a opção num segundo tempo. Em outros casos o tecido era tão friável que se ressecou para se conseguir tecido em condição de sutura. A simples pancreatojejunostomia foi possível em três casos.

Em alguns relatos predominam as ressecções para a abordagem cirúrgica da pancreatite crônica^{5,9}. Fry e Child defenderam a ressecção de 95% do pâncreas distal para tratar a dor¹⁰. Este tipo de ressecção foi usado em três casos, no início da presente série, porém os resultados não foram bons, porque os pacientes evoluíram com diabetes, esteatorréia e desnutrição. Tem-se preferido as ressecções distais mais econômicas, que podem ser utilizadas, excepcionalmente, para tratar complicações que comprometem o corpo e a cauda do pâncreas, como fístulas e pseudocistos complicados, quando a derivação não é exequível. Nas fístulas internas, por exemplo, o tecido pode ser tão friável que inviabiliza a derivação. Nesta série, a morbimortalidade foi maior nas ressecções distais porque estas operações foram realizadas nas situações mais graves. Nas ressecções cefálicas, tem-se preferido a preservação do

piloro, sempre que possível, assim que foram reconhecidas as vantagens da proposta de Traverso e Longmire¹¹.

Das operações de derivação do ducto pancreático, a proposta de Puestow e Gillesby¹² de efetuar esta derivação através da invaginação do pâncreas em alça intestinal, com o ducto aberto longitudinalmente, pode resultar em sérios inconvenientes, tais como maior perda sangüínea, prejuízo da vascularização da víscera e drenagem insuficiente do ducto no nível de cabeça do pâncreas¹. Por isto, a técnica preferida na literatura é a pancreatojejunoostomia longitudinal, conforme a proposta de Partington e Rochelle, sempre que o ducto esteja dilatado^{1,13-15}. Tem-se proposto esta cirurgia mesmo em ductos não dilatados, mas a idéia não tem muitos defensores¹⁶. Outras derivações foram eventualmente necessárias, como as biliodigestivas, as cistogastrostomias e as cistojejunoostomias. A indicação de derivação dos pseudocistos evoluiu para uma conduta mais conservadora, em vista das mudanças de conceito ocorridas no período⁶. Quando há pseudocisto e o ducto está dilatado, há também indicação de drenagem do cisto e do ducto e houve preferência de derivação para jejuno, em alça isolada¹⁷. Entre os três casos de etiologia não definida, dois jovens não alcoolistas apresentaram evidência de pancreatite obstrutiva, com limite preciso da área distal comprometida, e foram ressecados, conforme recomenda a literatura¹⁸.

O índice de complicações operatórias e de óbitos hospitalares na cirurgia da pancreatite crônica varia de acordo com diferentes relatos. Varia, em última instância, de acordo com a gravidade das alterações anatômicas e funcionais, eventualmente presentes. O diabetes, que é relacionado à gravidade da doença, é fator agravante e esteve presente em 16,0% dos pacientes, nos quais a morbimortalidade foi maior. As complicações são sempre menores nas derivações que nas ressecções, e assim ocorreu na presente série.

Tem-se considerado que a mortalidade operatória nas ressecções é mais alta nas séries mais antigas e menor nas recentes. Rios e cols.¹⁹ refere 16% de mortalidade até 1982 e 1% a partir de então. Evans e cols.³ referem 2% de mor-

talidade nas ressecções. A presente série iniciou-se em 1971, quando a experiência do grupo e os recursos diagnósticos eram menores. O índice de 10% de mortalidade hospitalar está alto, em comparação com dados mais recentes da literatura^{5,15,20}. Birkmayer e cols.²¹ mostram que o índice de complicações está relacionada ao número de cirurgias realizadas, por ano, pela mesma equipe e isto foi observado nesta casuística, em vista de que a mortalidade caiu de 12,8% para 8,6%.

O acompanhamento a longo prazo constou de visitas ambulatoriais. A deficiência do seguimento deveu-se ao fato de que os pacientes não tinham telefone, nem endereço permanente e a comunicação ficava prejudicada.

Em síntese, pode-se inferir que: 1. As indicações de cirurgia deram-se por dor incontrolável pelo tratamento clínico e por situações anatômicas que resultaram em compressão das vias biliares, pseudocistos volumosos (que não regrediram após observação clínica) e fístulas internas (que resultaram em efusão pleural ou ascite); 2. Foram utilizadas técnicas clássicas, tais como ressecções e derivações, de acordo com as alterações anatômicas encontradas. Houve preferência pelas derivações pancreatojejunais, tendo-se reservado as ressecções para as situações em que o ducto não estivesse dilatado e quando houvesse comprometimento importante da cabeça ou da cauda do pâncreas; 3. Os resultados foram satisfatórios em relação ao controle da dor, porém 14 pacientes foram reoperados por persistência dos sintomas. A mortalidade hospitalar esteve acima da média referida nos relatos mais recentes, porém decresceu de 12,8%, nas duas primeiras décadas para 8,6%, na última década; 4. É importante a avaliação multidisciplinar desses pacientes, no pré e pós-operatório, com vistas a se obter melhores resultados. Através do acompanhamento clínico, muitas operações podem ser evitadas: os pseudocistos podem regredir, assim como as ascites pancreáticas podem, eventualmente, ser curadas por tratamento clínico. Os pacientes apresentam, quase sempre, problemas metabólicos, nutricionais e psicológicos importantes, quando a interferência de especialistas se torna indispensável, tanto no pré, quanto no pós-operatório.

ABSTRACT

Background: To evaluate the indications, methods and results of the surgical treatment of 74 patients operated on for chronic pancreatitis complications. **Method:** Consecutive patients' charts were studied prospectively, during the years of 1971 to 2000. Surgery was indicated for pain, biliary tract stricture, pseudocysts, pancreatic ascitis and pancreaticopleural fistulas. Pancreaticojejunal anastomosis, biliary tract derivations and resections were performed. Follow-up was achieved through ambulatorial appointments or by mail and telephone calls. **Results:** Of 270 patients listed with chronic pancreatitis, 74 (27.4%) were operated on. 97.7% of them were males. Patients varied in age from 15 to 63 years old, with an average of 39.4 years for alcoholists and 33.1 years for those with pancreatitis of other etiologies. The disease was caused by alcohol in 68 patients (90.5%). The other causes were: hyperparathyroidism (1), hereditary pancreatitis (1), retroperitoneal fibrosis (1) and in three patients the etiology was unknown. Indications for surgery were: 1. Pain in 44.6% of the patients; 2. Biliary tract stricture (28.4%); 3. Pseudocysts (12.2%); 4. Pancreatic ascitis and pancreaticopleural fistulas (10.8%). Derivations were performed in 50 patients (67.5%), and resections in 24 (32.5%). Complications occurred in eight patients with five hospital deaths related to abscesses, suture leaking and surgical bleeding. **Conclusions:** There was less morbidity and mortality for derivations and than after resections.

Key Words: Pancreatitis; Chronic pancreatitis; Pancreaticoduodenectomy; Pancreatic resections; Internal pancreatic fistulas.

REFERÊNCIAS

1. Harrison JL, Prinz RA. The surgical management of chronic pancreatitis: pancreatic duct drainage. In Cameron JL(ed)- *Avances in Surgery*, St Louis. Mosby, 1999, (Vol 32)pp 1-21.
2. Tsiotou AG, Sakorafas GH. Pathophysiology of pain in chronic pancreatitis: clinical implications from a surgical perspective. *Internat Surg*, 2001, 85:291-296.
3. Evans JD, Wilson PG, Carver et al. Outcome of surgery for chronic pancreatitis. *Br J Surg*, 1997,84:624-629.
4. Vickers SM, Chan C, Heslin MJ et al. The role of pancreaticoduodenectomy in the treatment of severe chronic pancreatitis. *Amer Surg*, 1999, 65:1108-1112.
5. Massuco P, Calgaro M, Bertolino F et al. Outcome of surgical treatment for chronic calcifying pancreatitis. *Pancreas*, 2001, 22:378-382.
6. Pitchumoni CS, Agarwal N. Pancreatic pseudocysts — When and how should drainage be performed? *Gastroent Clinics*, 1999, 28:615-639
7. Machado MCC, Cunha JEM, Bacchella et al. Aspectos cirúrgicos da ascite associada à pancreatite crônica. *Arq Gastroent*, 1976, 13:33-39.
8. Machado MCC, Cunha JEM, Bacchella T et al. Tratamento cirúrgico da ascite e do derrame pleural em pacientes com pancreatite crônica. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*. 1989, 44:237-243.
9. Jordan PH, Pikoulis M. Operative treatment for chronic pancreatitis pain. *J Amer Coll Surg*, 2001, 192:498-509.
10. Fry WJ, Child CG. Ninety five per cent distal pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg*, 1965,162:543-549.
11. Traverso LW, Longmire WP. Preservation of the pylorus in pancreaticoduodenectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 1978,146:959-962.
12. Puestow CB, Gillesby WJ. Retrograde surgical drainage of the pancreas for chronic relapsing pancreatitis. *Ach Surg*, 1958,76:898-907.
13. Partington PF, Rochelle REL. Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct. *Ann Surg*,1960,152:1037-1043
14. Machado MCC, Cunha JEM, Bacchella T et al. Tratamento cirúrgico da pancreatite crônica — Experiência em 81 casos. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*, 1977, 32:267-279.
15. Kalady MF, Broome AH, Meyers WC et al. Immediate and long-term outcomes after pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *Amer Surg*, 2001, 67:478-483.
16. Delcore R, Rodriguez FJ, Thomas JH et al. The role of pancreaticojejunostomy in patients without dilated pancreatic ducts. *Am J Surg*,1994, 168:598-602.
17. Cunha JEM, Bacchella T, Mott CB et al. Management of pancreatic pseudocysts in chronic alcoholic pancreatitis with duct dilatation. *Int Surg*, 1985, 70:53-56.
18. Sakorafas GH, Sarr MG, Rowland CM et al. Postobstrutive chronic pancreatitis: Results with distal resections. *Arch Surg*, 2001, 136:643-647.
19. Rios G, Conrad A, Cole D et al. Trends in Indications and outcomes in the Whipple Procedures over a 40-year period. *Amer Surg*, 1999, 65:889-893.
20. Kaman L, Behera A, Singh R et al. Internal pancreatic fistulas with pancreatic pleural effusions: Recognition and management. *ANZ J Surg*, 2001, 71:221-225.
21. Birkmayer JD, Finlayson SR, Tosteson AN et al. The effect of hospital volume on in-hospital mortality with pancreaticoduodenectomy. *Surgery*, 1999, 125:250-256.

Endereço para correspondência:

Olívio Louro Costa

Rua Horácio Andrade de Carvalho 210 — Ilha do Boi

29052-620 — Vitória-ES

e-mail: olivio@terra.com.br