

FÍSTULA PANCREATICOPLEURAL

Pancreaticopleural fistula

Ricardo Duarte **MOTA**, Camila Oliveira **ALCÂNTARA**,
Leandro Moreira **ANTUNES**, Antônio Sérgio Barcala **JORGE**

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Montes Claros, Hospital
Universitário Clemente Faria, Montes Claros, MG, Brasil.

Correspondência:

Antônio Sérgio Barcala Jorge - Hospital Universitário Clemente Faria
(Clínica Cirúrgica), Avenida Cula Mangabeira, nº 562, Santo Expedito,
Montes Claros, MG, CEP: 39401002, Brasil

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 17/05/2010

Aceito para publicação: 07/02/2011

RELATO DO CASO

Mulher de 52 anos com história pregressa de tabagismo e etilismo pesado, recorreu ao serviço de urgência por dispnéia desde há um mês, com agravamento acentuado nas duas últimas semanas. Referia também hiporexia, perda de peso não quantificada, dor torácica ventilatória dependente e febre. Negava queixas abdominais. Ao exame físico apresentava-se bastante emagrecida, com mucosas hipocoradas 2+/4+, febril, com taquipnéia leve. À ausculta respiratória observou-se murmúrio vesicular abolido nos dois terços inferiores do hemitórax direito e terço inferior esquerdo, com macicez à percussão. O abdome era plano, sem visceromegalias ou massas palpáveis e indolor à palpação.

A avaliação laboratorial mostrou anemia normocítica e normocrômica, perfil hepático e renal sem alterações. A radiografia de tórax evidenciou derrame pleural bilateral, mais importante à direita. Foi realizada toracocentese e biópsia pleural. A análise revelou líquido pleural de aspecto turvo, pH=8, densidade 1015, citologia com predominância de polimorfonucleares, bacteriologia negativa, ausência de fungos e negativo para malignidade. Identificou-se relação proteína pleural/ proteína plasmática de 0,55, relação LDH pleural/ LDH plasmático de 7,0 e LDH pleural de 1463, além de ADA de 6 e amilase superior a 2000. Biópsia pleural mostrou pleurite inespecífica. Colocado dreno de tórax com selo d'água. Paciente evoluiu afebril. Realizados rastreamento para neoplasia ginecológica, pulmonar, metastática e fístula esofágica, com exames de imagem e marcadores tumorais, todos com resultados negativos. TC abdominal sugeriu pancreatite crônica com pseudocistos pancreáticos. A amilase sérica era de 2015.

A paciente foi submetida à nutrição parenteral total por duas semanas, mas ainda persistia com fístula ativa após o período. Optou-se então por laparotomia e derivação com anastomose pancreatojejunal longitudinal em Y-de-Roux com preservação esplênica (procedimento de Partington e Rochelle). A operação ocorreu sem intercorrências. A paciente recebeu alta hospitalar após o nono dia de pós-operatório, em condições favoráveis.

INTRODUÇÃO

A fístula pancreaticopleural é entidade rara^{3,4,5,8}. Foi descrita pela primeira vez em 1973 por Tombroff¹⁰. Estima-se que ocorra em 0,4% dos pacientes que apresentam pancreatite. Está relacionada, em 99% dos casos, à causa alcoólica^{5,11,14}. 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^{7,8,9,15}. Produz derrames pleurais volumosos e recidivantes, usualmente do lado esquerdo¹ associados a alto teor de amilase pancreática^{8,11}, identificando-se concomitantemente elevados valores séricos desta enzima¹⁵. A radiografia de tórax evidencia o derrame pleural^{7,8}. A ultrassonografia de abdome e tomografia computadorizada toracoabdominal permitem visualizar o pâncreas com suas alterações e possível pseudocisto^{6,7,8}. A fístula pode ser diagnosticada por colangiopancreatografia endoscópica retrógrada^{7,14} ou por colangiopancreatografia por ressonância magnética^{14,15} e, com menor sensibilidade, pela tomografia computadorizada^{4,14}. O tratamento conservador consiste em nutrição parenteral total, somatostatina, toracocenteses ou drenagem torácica em selo d'água^{1,7,8,11,14,15}. O tratamento endoscópico consiste na colocação de próteses no interior do ducto de Wirsung e esfínterotomia^{1,4,7,14,15}. O tratamento cirúrgico consiste na drenagem pancreática com a confecção de anastomose com um segmento intestinal¹⁴ e/ou pancreatectomia distal isolada^{1,2,14,15}.

DISCUSSÃO

Ali et al.¹, em recente revisão de 52 casos publicados e Uchiyama et al.¹¹ em revisão de 113 casos no Japão relatam a dispnéia, dor abdominal, tosse e dor torácica como os principais sintomas em pacientes com fístula. Derrames pleurais com alto teor de amilase podem ser encontrados na pancreatite aguda, câncer ginecológico, pulmonar, tumores metastáticos, pneumonia, perfuração esofágica, linfoma, leucemia e tuberculose pulmonar⁴.

Tomografia abdominal, apesar da baixa sensibilidade, é inicialmente pedida, tendo em vista poder revelar traços de pancreatite crônica, como calcificações pancreáticas e pseudocistos¹. Entretanto, alguns autores defendem que a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada deva ser realizada inicialmente¹⁵. Algumas séries¹ mostram confirmação diagnóstica em 78% dos casos com seu uso. Deve ser levado em conta, no entanto, o fato dela não ser capaz de demonstrar fístulas em locais em que o ponto de ruptura ductal é mais distal do que o ponto de obstrução - razão pela qual a tomografia deve ser o método de escolha nesses casos¹¹. A colangiopancreatografia por ressonância magnética mostrou-se eficaz para diagnóstico de fístula em vários trabalhos^{1,12,13}. Constitui-se em método não-invasivo, sem necessidade de contraste e isento de riscos infecciosos. Alguns autores defendem-na como método inicial^{1,12,13}. A ultrassonografia abdominal não é considerada efetiva para diagnóstico em decorrência de sua baixa sensibilidade, uma vez que a distensão intestinal gasosa e a presença de ar no estômago prejudicam a identificação das fístulas^{1,4,7,11,13}.

Não existem diretrizes para o tratamento da fístula baseados em ensaios clínicos randomizados. O manejo é embasado em relatos de casos e séries de casos^{1,11}. Inicialmente o tratamento clínico é realizado por duas a três semanas que consiste em nutrição parenteral total, associado a análogos da somatostatina e drenagem torácica em selo d'água^{1,7,11,13}. Deve-se lembrar que a redução das secreções pancreáticas é menos importante do que a restauração da continuidade anatômica do ducto pancreático^{1,9}. A eficácia do tratamento conservador varia de 30 a 60% em algumas séries¹ e de 0 a 33% em outras⁴. Recentemente o tratamento endoscópico ganhou espaço que consiste na dilatação com balão e colocação de próteses intraductais^{1,4,7,11,13}. A endoprótese pode permitir a drenagem da secreção pancreática para o duodeno. São relatadas taxas de sucesso de até 25% com tratamento endoscópico.

A falha no tratamento conservador indica tratamento cirúrgico. O tipo de procedimento é determinado de acordo com a porção pancreática acometida¹² e pela anatomia do ducto pancreático. Ruptura completa do ducto pancreático e a presença pseudocistos de grande

volume são indicações claras de tratamento cirúrgico¹. A pancreatectomia distal constitui-se no procedimento com maior número de descrições na literatura para o tratamento dessas fístulas^{1,11}. Em pacientes portadores de pseudocisto, faz-se necessária a realização de drenagem interna com pancreatojejunostomia^{1,9,11}.

CONCLUSÃO

Fístula pancreaticopleural constitui-se em um achado raro que deve ser suspeitado principalmente em pacientes com história de pancreatite ou alcoolismo que apresentem sintomas respiratórios ou derrame pleural.

REFERÊNCIAS

1. Ali T, Srinivasan N, Vu Le, Chimpiri R, Tierney M. Pancreaticopleural Fistula. *Pancreas* 2009; 38 (1): 26- 31.
2. Bishop J, McClean P, Davison S, Sheridan M, Zamvar V, Humphrey G, Stringer M. Pncreaticopleural Fistula: A Rare Cause of Massive Pleural Effusion. *J Ped Gastroenterology and Nutrition* 2003; 36: 134- 137.
3. Burgess NA, Moore HE, Williams JO, Lewis MH. A review of pancreaticopleural fistula in pancreatitis and its management. *HPB Surg* 1992; 5: 79- 86.
4. Dhebri AR, Ferran N. Nonsurgical Management of Pancreaticopleural Fistula. *J Pancreas* 2005; 6 (2): 152-161.
5. Hastier P, Rouquier P, Buckley m, Simler JM, Dumas R, Delmont JP. Endoscopic treatment of Wirsungo- cysto- pleural fistula. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 527-9.
6. Monteiro E, Terra JCA, Figueiredo LBP, Miranda LHS. Pseudocisto de pâncreas associado a derrame pleural maciço. *J Pneumol* 28 (3): 159-162.
7. Ribeiro B, Gomes D, Rosa A, Amaro P, Tomé L, Leitão M, Freitas D. Derrame pleural recidivante por fístula pancreático-pleural. *Jornal Português de Gastroenterologia* 2000; 7: 161-164.
8. Rockey DC, Cello JP. Pancreaticopleural fistula. Report of 7 pacients and review of literature. *Medicine (Baltimore)*. 1990; 69: 332-344.
9. 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.
10. Trombroff M, Loiq A, Koster JP, Engleholm L, Govaerts JP. Pleural effusion with pancreaticopleural fistula. *British Medical Journal* 1973; 1 330-331.
11. Uchiyama T, Suzuki T, Adachi A, Hiraki S, Iizuca N. Pancreatic Pleural Effusion: Case Report and Review of 113 Cases in Japan. *American Journal of Gastroenterology* 1992; 87, (3): 387-391.
12. 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.
13. Wakefield S, Tutty B, Britton J. Pancreaticopleural fistula: a rare complication of chronic pancreatitis. *Postgrad Med J* 1986; 72 (844):115-116
14. Young S, Steven A, Edmundowicz, Sreenivasa S, Jonnalagadda, Riad R. Pancreaticopleural Fistula: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Digestive Deseases and Scienses* 2006; 51,(1): 1-6.
15. Zubiaurre L, Oyarzabal I, Berguiristain A, Amato E, Zapata E, Salvador P. Fístula pancreaticopleural: pruebas diagnósticas y tratamiento. *Cir Esp*. 2005; 77 (6): 359- 61.