

Pancreatite da goteira duodenopancreática

Elsa Rosado¹, Pedro paixão¹, Inês Santiago^{1,2}, Celso Matos³

1.Serviço de Imagiologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora 2. Serviço de Imagiologia da Fundação Champalimaud, Lisboa 3.Departamento de Ressonância Magnética do Hôpital Erasme, Bruxelas

1 Introdução

- Forma rara de pancreatite
- Afecta a goteira entre a cabeça do pâncreas, o duodeno e a via biliar principal
- Parênquima pancreático poupado ou ligeiramente afectado

2 Etiologia

- Ainda não está totalmente estabelecida
- Inflamação e cicatrização de tecido pancreático ectópico na parede duodenal
- Canal de Santorini estreito ou ausente

3 Clínica

- Dor abdominal
- Vômitos
- Icterícia
- Perda de peso
- Sintomas mantem-se por várias semanas a 1 ano
- Apresentação aguda por obstrução duodenal

4 Patologia:

- Espessamento e fibrose da parede duodenal na região da papila *minor*
- Tecido pancreático ectópico
- Distrofia quística da parede duodenal
- Inflamação e fibrose variáveis do parênquima pancreático

5 Aspectos imagiológicos

Forma pura:

- Envolvimento isolado da goteira duodenopancreática
- Parênquima pancreático poupado
- TC e RM:
 - Massa formando uma lâmina entre a cabeça do pâncreas e o duodeno
 - Espontaneamente hipodensa
 - Hipointensa em T1 e hiperintensa em T2
 - Captação tardia de contraste devido à presença de tecido fibroso

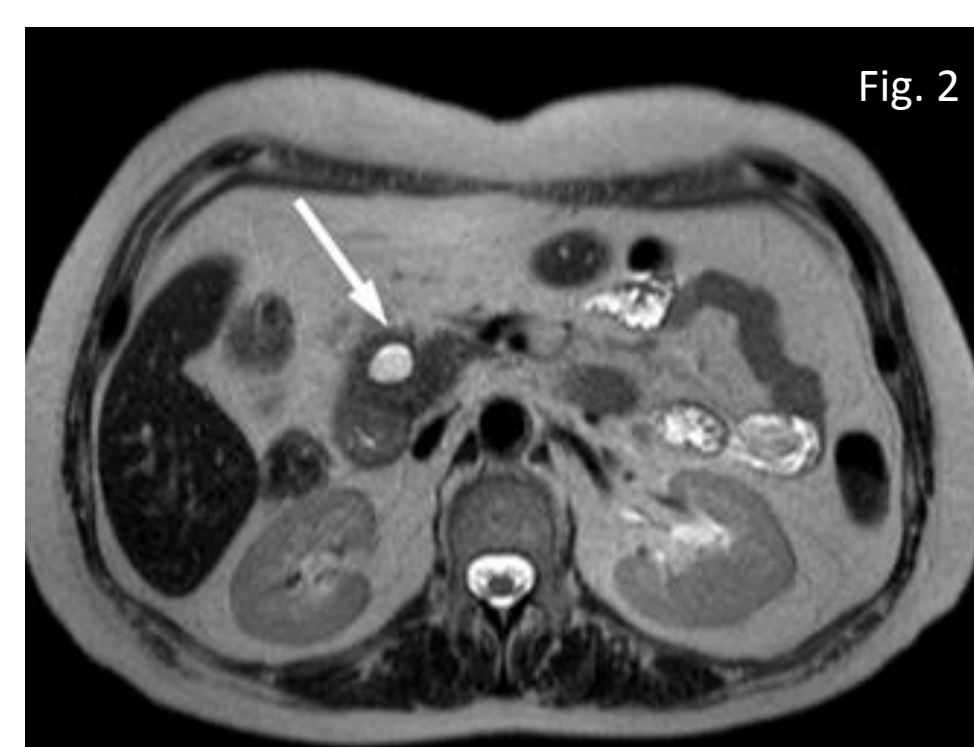
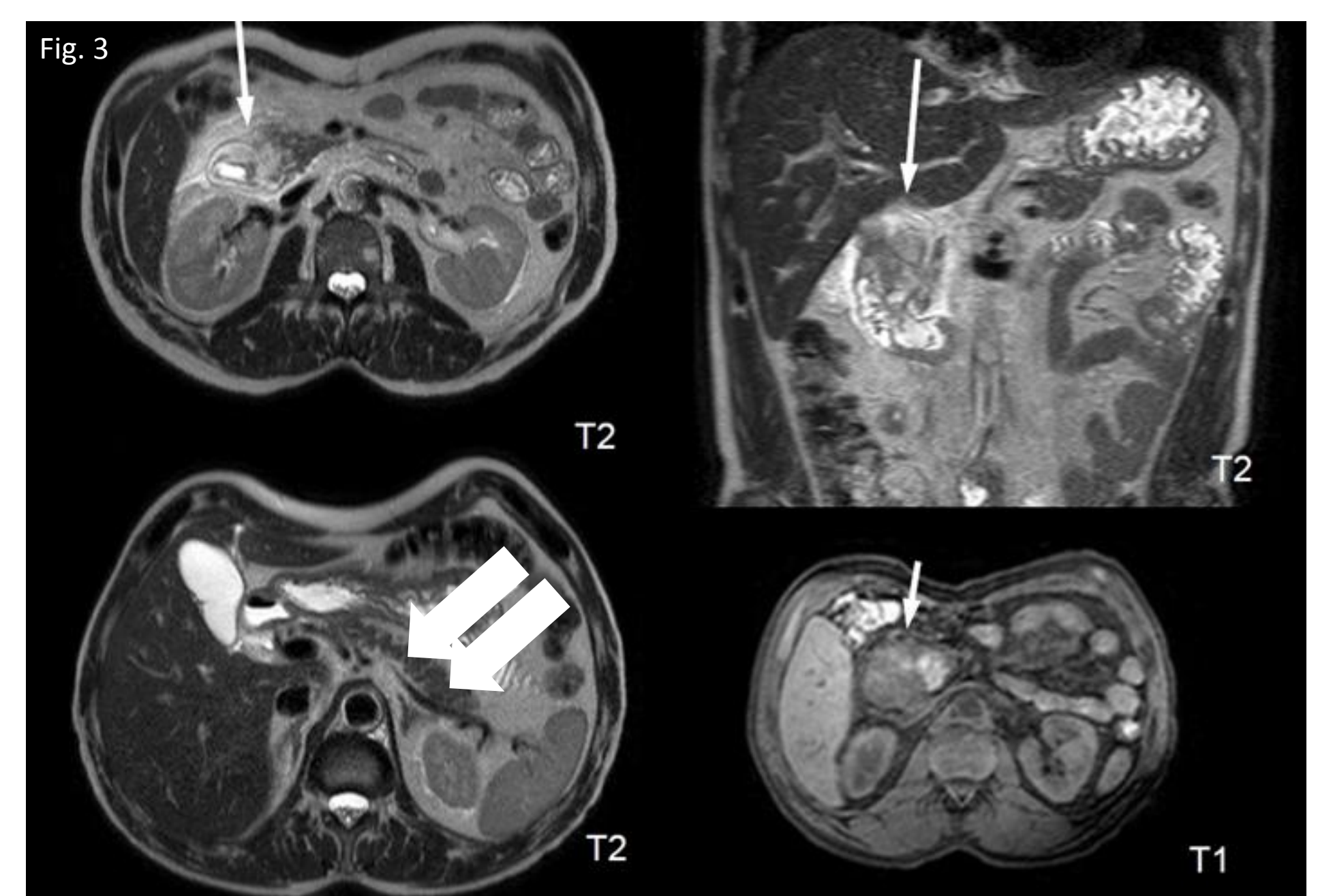


Fig. 1: TC abdominal com contraste em homem de 55 anos com sintomas de obstrução gástrica causada por pancreatite da goteira. É evidente uma lâmina fibrotica hipocaptante entre a cabeça do pâncreas e a segunda porção do duodeno (setas). Fig. 2: Sequência ponderada em T2 de RM abdominal em homem de 53 anos com dor abdominal. Espessamento da parede duodenal associado a lesão quística em topografia da goteira (seta). Fig. 3: RM abdominal do mesmo doente da figura 1. Evidência de massa hiperintensa em T2 e hipointensa em T1 na goteira duodenopancreática (setas estreitas). Parênquima pancreático poupado (setas largas).

- Lesões quísticas na goteira e na parede duodenal
 - Tamanho variável
 - Hiperintensos em T2
 - Captação periférica de contraste



Forma segmentar:

- Envolvimento da cabeça do pâncreas
- Restante parênquima pancreático poupado
- TC e RM:
 - Pseudomassa na cabeça do pâncreas
 - Espontaneamente hipodensa
 - Hipointensa em T1 e iso ou ligeiramente hiperintensa em T2 (consoante a cronicidade e grau de fibrose)
 - Captação precoce à periferia da lesão, com progressão centrípeta

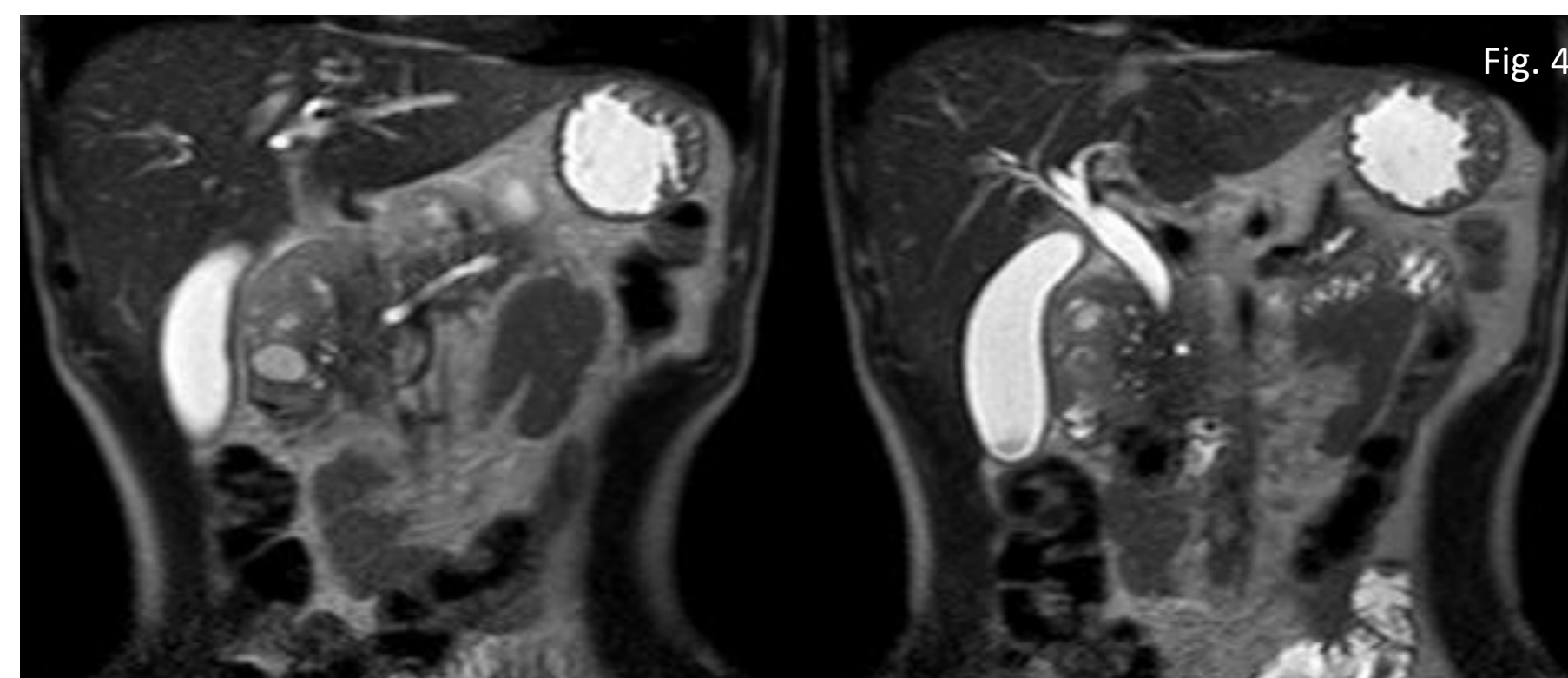
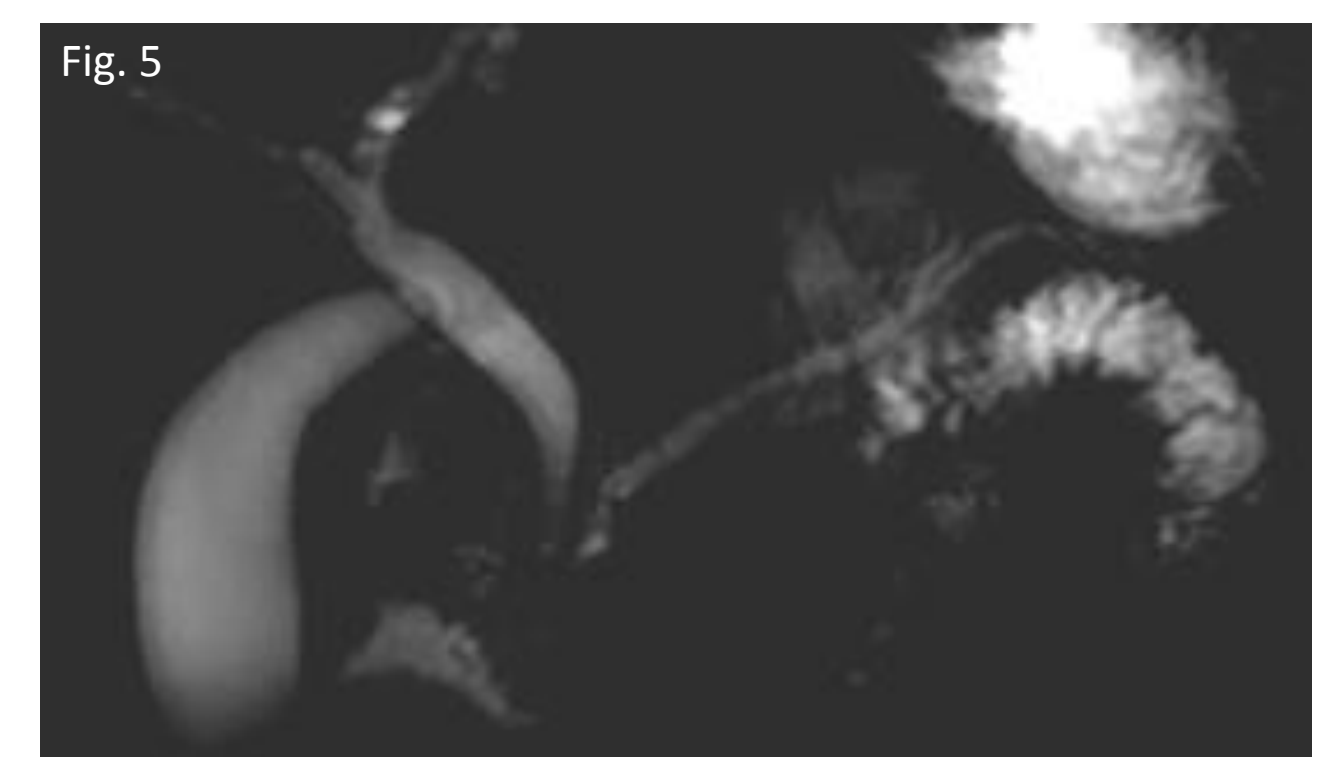


Fig. 4: RM abdominal (sequências T2) em doente de 50 anos, demonstrando pancreatite da goteira com múltiplas áreas quísticas, espessamento da parede duodenal e envolvimento da cabeça do pâncreas. Fig. 5: CPRM do mesmo doente mostra dilatação da VBP e do canal pancreático principal.

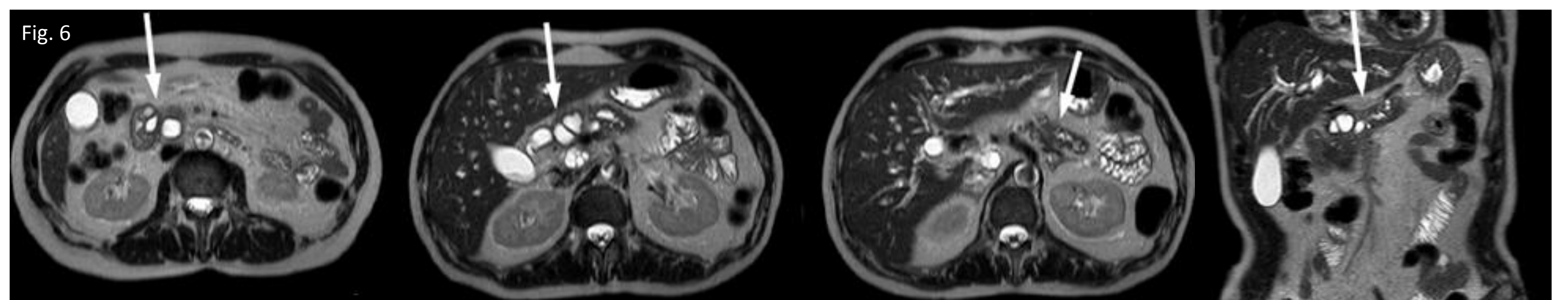
- Dilatação do ducto pancreático principal
- Dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas
- Alargamento do espaço entre a VBP e o CPP



Forma não segmentar:

- Pancreatite cônica clássica
- Envolvimento homogêneo do parênquima pancreático
- Envolvimento do sulco duodeno-pancreático

Fig. 6: RM abdominal (sequências T2) em homem de 56 anos, demonstrando sinais de pancreatite crônica associados a pancreatite da goteira, com espessamento da parede duodenal e múltiplas lesões quísticas. (setas)



6 Endoscopia

CPRE:

- Estenose duodenal
- Estenose tubular da VBP
- Santorini irregular, dilatado ou obstruído
- Canal pancreático principal irregular nas formas não puras

Ecoendoscopia:

- Área hipoecogénica entre a parede duodenal e o parênquima pancreático

7 DDx

Carcinoma da cabeça do pâncreas:

- Similar à forma segmentar
- Invade ou envolve a artéria gastroduodenal
- Provoca estenose abrupta e irregular da VBP
- Dilatação mais marcada do canal pancreático principal

Carcinoma duodenal Colangiocarcinoma

8 Tratamento

Conservador:

- Repouso, pausa alimentar
- Analgesia

Endoscópico:

- Próteses biliares
- Próteses pancreáticas
- Próteses duodenais
- Quistoduodenostomia

Cirúrgico:

- Duodeno-pancreatectomia cefálica

9 Conclusões

- Pâncreatite rara envolvendo a goteira duodenopancreática
- Formas pura, segmentar e não segmentar
- Sintomas provocados por estenose biliar e duodenal
- Avaliação imagiológica (RM) é indispensável
- O diagnóstico diferencial com carcinoma da cabeça do pâncreas é difícil

Bibliografia

1. Shanbhogue AK, Fasih N, Surabhi VR, Doherty GP, Shanbhogue DK, Sethi SK. A clinical and radiologic review of uncommon types and causes of pancreatitis. Radiographics. 2009 Jul-Aug;29(4):1003-26. 2. Triantopoulou C, Derveniz C, Giannakou N, Papiailiou J, Prassopoulos P. Groove pancreatitis: a diagnostic challenge. Eur Radiol. 2009 Jul;19(7):1736-43. 3. Castell-Monsalve FJ, Sousa-Martin JM, Carranza-Carranza A. Groove pancreatitis: MRI and pathologic findings. Abdom Imaging. 2008 May-Jun;33(3):342-8. 4. Low G, Panu A, Millo N, Leen E. Multimodality imaging of neoplastic and nonneoplastic solid lesions of the pancreas. Radiographics. 2011 Jul-Aug;31(4):993-1015. 5. Borghei P, Sokhandon F, Shirkhoda A, Morgan DE. Anomalies, anatomic variants, and sources of diagnostic pitfalls in pancreatic imaging. Radiology. 2013 Jan;266(1):28-36.