

# PÂNCREAS DIVISUM EM ADULTOS

## DIVISUM PANCREAS IN ADULTS

Guilherme Henrique Domingues de SOUSA<sup>1</sup>, Fernanda Marcondes RIBAS<sup>2</sup>, Cassio ZINI<sup>2</sup>, João Otavio Ribas ZAHDI<sup>2</sup>, Luiz Martins COLLACO<sup>2</sup>, Paulo Afonso Nunes NASSIF<sup>1,2</sup>

REV. MÉD. PARANÁ/1667

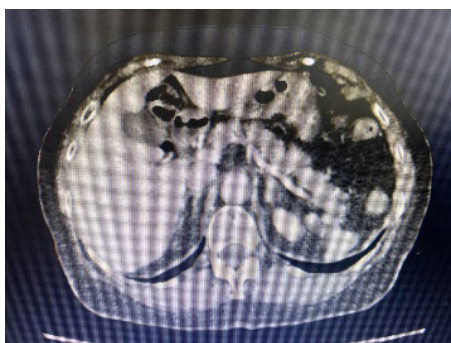
### INTRODUÇÃO

Pâncreas divisum é a malformação congênita mais comum do pâncreas e ocorre devido à falha na fusão dos brotos pancreáticos ventral e dorsal durante a 7ª. semana de gestação<sup>2,7,8,9</sup>. Originalmente ambos se unem formando o ducto pancreático principal, que por sua vez se junta ao colédoco e ambos desembocam na papila maior. Como resultado dessa falha, tem-se um ducto dominante (dorsal, pois é o maior), que drena a maior parte do suco pancreático por uma papila menor, muito estreita, e um ducto menor drenando por uma papila maior, o que pode resultar em pancreatite aguda recorrente, pancreatite crônica e dor abdominal crônica<sup>7</sup>. Cerca de 95% dos pacientes não apresentam sintomas, e aqueles que os têm manifestam-se durante os primeiros anos de vida<sup>4</sup>.

O objetivo deste relato é apresentar um caso atípico de diagnóstico de pâncreas divisum na 7ª década de vida, após quadro de pancreatite aguda.

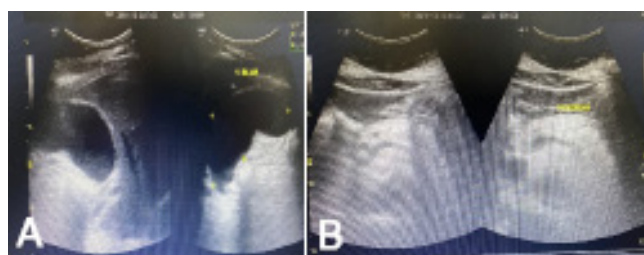
### RELATO DO CASO

Mulher de 73 anos foi admitida no Hospital Ortopédico e Medicina Especializada, Brasília, DF, Brasil, no pronto-atendimento com queixa de dor intensa no andar superior do abdome de início há um dia, associada à náuseas, vômito e hiporexia e sem relatos de episódio semelhantes anteriores. Ao exame físico apresentava-se sem icterícia, abdome doloroso à palpação profunda em região epigástrica sem sinais de irritação peritoneal e leve distensão gasosa. Realizou tomografia computadorizada de abdome total com contraste (Figura 1) que demonstrou borramento dos planos gordurosos peri-pancreático e peri-esplênico com lâmina líquida na goiteira parietocólica e pararenal esquerda, inferindo processo inflamatório/infeccioso do pâncreas. A vesícula biliar estava distendida sem sinais inflamatórios.



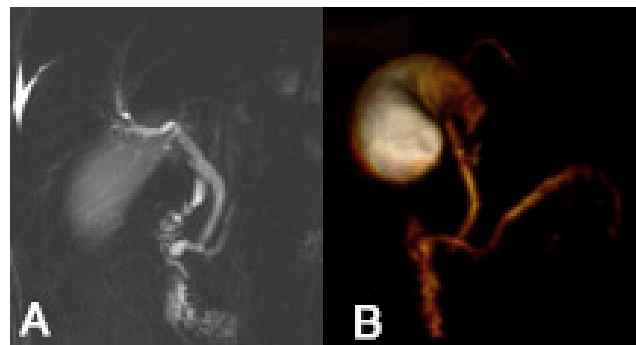
**FIGURA 1 - TOMOGRAFIA DE ABDOME COM SINAIS DE PANCREATITE AGUDA**

Internada por clínica de pancreatite aguda apresentou amilase de 2.604 e lipase de 2.942. Foi iniciada antibioticoterapia (leucograma 16.030 na admissão), porém foi interrompida por se tratar de pancreatite aguda leve. Foi solicitado ultrassonografia de abdome (Figuras 2A e B) para investigação de possível colelitíase. Ela evidenciou sinais de pancreatite edematosa aguda, além de hiperdistensão da vesícula biliar e ausência de sinais de colecistolitíase.



**FIGURA 2 – ECOGRAFIA DE ABDOME TOTAL: A) HIPERDISTENSÃO DA VESÍCULA (SEM CÁLCULOS); B) SINAIS ECOGRÁFICOS DE PANCREATITE.**

No 5º. dia de internação, tendo em vista a pouca melhora do quadro algico abdominal e dificuldade para progressão da dieta oral, mesmo diante de melhora dos exames laboratoriais, foi optado pela realização de colangiorressonância (Figura 3) que evidenciou pâncreas divisum, com ectasia focal da porção proximal do ducto pancreático acessório, em topografia da papila menor, além de pancreatocele, sinais de pancreatite aguda e ausência de sinais de dilatação das vias biliares, coledocolitíase, colecistite ou colecistolitíase. Recebeu alta hospitalar após somente com tratamento clínico, melhora clínica e com orientação para acompanhamento ambulatorial.



**FIGURA 3 - COLANGIORRESSONÂNCIA ABDOMINAL SUPERIOR: A) PANCREATOCELE; B) DUCTO DORSAL CRUZANDO HEPATOCOLÉDOCO**

Trabalho realizado no <sup>1</sup>Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

**DESCRIPTORIOS** - Malformações congênitas pancreáticas. Pancreatite. Pâncreas divisum.

**HEADINGS** - Congenital pancreatic malformations. Pancreatitis. Divisum pancreas.

## DISCUSSÃO

O pâncreas divisum é a principal variação anatômica do sistema ductal pancreático e em apenas 5% dos casos torna-se sintomático<sup>5</sup>. A paciente do caso relatado cursou com pancreatite aguda, o que de acordo com a literatura corresponde à síndrome mais frequente em pessoas com o subtipo 1 (ou divisum clássico) do pâncreas divisum<sup>1</sup>. A associação entre a variação anatômica como fator de risco para a pancreatite encontra maior embasamento científico em duas teorias. A fisiopatológica, onde o ducto dorsal (maior) drena através de uma papila menor e, recentemente, a genética onde estudos mostraram que pacientes com pâncreas divisum têm maior predisposição a ter mutação no gene CFTR<sup>2</sup>.

Comumente o diagnóstico de pâncreas divisum, quando sintomáticos, acontece durante as primeiras décadas de vida, por se tratar de alteração congênita<sup>9</sup>. No caso relatado a paciente foi diagnosticada na 7ª. década, o que é atípico, segundo a literatura.

O exame padrão-ouro para o diagnóstico é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; porém, é pouco utili-

zada como método diagnóstico por se tratar de procedimento invasivo e com potenciais complicações<sup>4</sup>; a literatura traz a colangiopancreatografia por ressonância magnética como exame de escolha<sup>2,3</sup>, com eficácia semelhante.

A escolha terapêutica preferencial para os sintomáticos é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia da papila menor, de forma a melhorar a drenagem do suco pancreático<sup>6</sup>. A dilatação endoscópica com balão isoladamente ou stent pancreático prolongado não são recomendados devido risco de complicações; todavia, em casos de falha do tratamento endoscópico ou em que a endoscopia não é possível devido à anatomia cirúrgica alterada, pode ser considerado tratamento cirúrgico. Segundo a literatura, o tratamento endoscópico mostra-se benéfico em casos de pancreatite idiopática recorrente bem definidas, ou seja, quando há dois ou mais episódios de pancreatite<sup>10</sup>. Como no caso clínico relatado a paciente apresentou apenas um caso de pancreatite durante a vida, foi implementado apenas o tratamento clínico com seguimento ambulatorial.

## REFERÊNCIAS

1. Adibelli, Z.; et. Al. Anatomic variations of the pancreatic duct and their relevance with the Cambridge classification system: MRCP findings of 1158 consecutive patients. *Radiol Oncol*, 50(4): 370-377, 2016.
2. Bertin, C.; et. Al. Pancreas Divisum Is Not a Cause of Pancreatitis by Itself But Acts as a Partner of Genetic Mutations. *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*, Volume 107, February, 2012
3. Covantev, S. ROM. J. Pancreas divisum: a reemerging risk factor for pancreatic diseases. *INTERN. MED*, 56, 4, 233-242, 2018.
4. Dimitriou, I; et. Al. The Main Anatomical Variations of the Pancreatic Duct System: Review of the Literature and Its Importance in Surgical Practice. *J Clin Med Res*. 10(5):370-375, 2018.
5. Ferri, V; et. al. Diagnosis and treatment of pancreas divisum: a literature review. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, v. 18, p 332-339, 2019.
6. Gerke, H.; et. Al. Outcome of Endoscopic Minor Papillotomy in Patients with Symptomatic Pancreas Divisum. *JOP. Journal of the Pancreas*, Vol. 5, No. 3, May 2004.
7. Gregg, J. Pancreas Divisum: Its Association with Pancreatitis. *The American Journal of Surgery*, Volume 134, November 1977
8. Gutta, A; et. al. Identification and management of pancreas divisum. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, v. 13, p 1089-1105, 2019.
9. Moore, K. *Embriologia Clínica*, 8a edição, 2008.
10. Neblett III, W; et. Al. Surgical Management of Recurrent Pancreatitis in Children With Pancreas Divisum. *ANNALS OF SURGERY*, Vol. 231, No. 6, 899-908, 2000.