

Apresentação de caso

Marco Daiha / Raquel Lameira

História clínica inicial:

Criança feminina, 4 anos, admitida no Hospital Alcides Carneiro/Petrópolis- Rj, transferida de outra unidade de saúde para investigação do quadro de dor abdominal súbita, difusa, de forte intensidade, irresponsiva a analgésicos.

Apresentou, após três dias do início do quadro de dor abdominal, febre (não aferida) e dois episódios de vômitos de conteúdo líquido bilioso.

Nega traumas associados.

Apresentou quadro de constipação sem alteração da função urinária.

Exames:

Exames de admissão:

Hemáceas: 4,8

Hematócrito: 40,8%

Hemoglobina: 13,1

Leucócitos: 15.100

Plaquetas: 555.000

PCR: 4,2

EAS: normal

Ao exame físico apresentava- se prostrada, fáscies de dor, hipohidratada (2+/4+), corada, abdome distendido, tenso, com presença de irritação peritoneal.

Imagens iniciais:

A ultrassonografia abdominal da admissão evidenciou volumosa ascite, **apêndice cecal heterogêneo** com imagem densa em sua luz.

Realizado TC de abdome que evidenciou grande quantidade de líquido livre, edema e distensão difusa de alças e apêndice **com fecalito** na sua luz.

Laudo apenas descritivo no prontuário.

Evolução:

Indicada laparotomia exploradora por diagnóstico de abdome agudo.

À laparotomia foi encontrada grande quantidade de líquido livre sero-hemorrágico e linfonodos mesentéricos de aspecto caseoso.

Apêndice hiperemiado.

Foi realizado apendicectomia e lavagem da cavidade sem outros achados através da incisão tipo Davis.

Pós operatório imediato

No pós operatório imediato a criança evoluiu com dor abdominal difusa, persistência de náuseas e vômitos com abdome ascítico (piparote positivo) e doloroso á palpação.

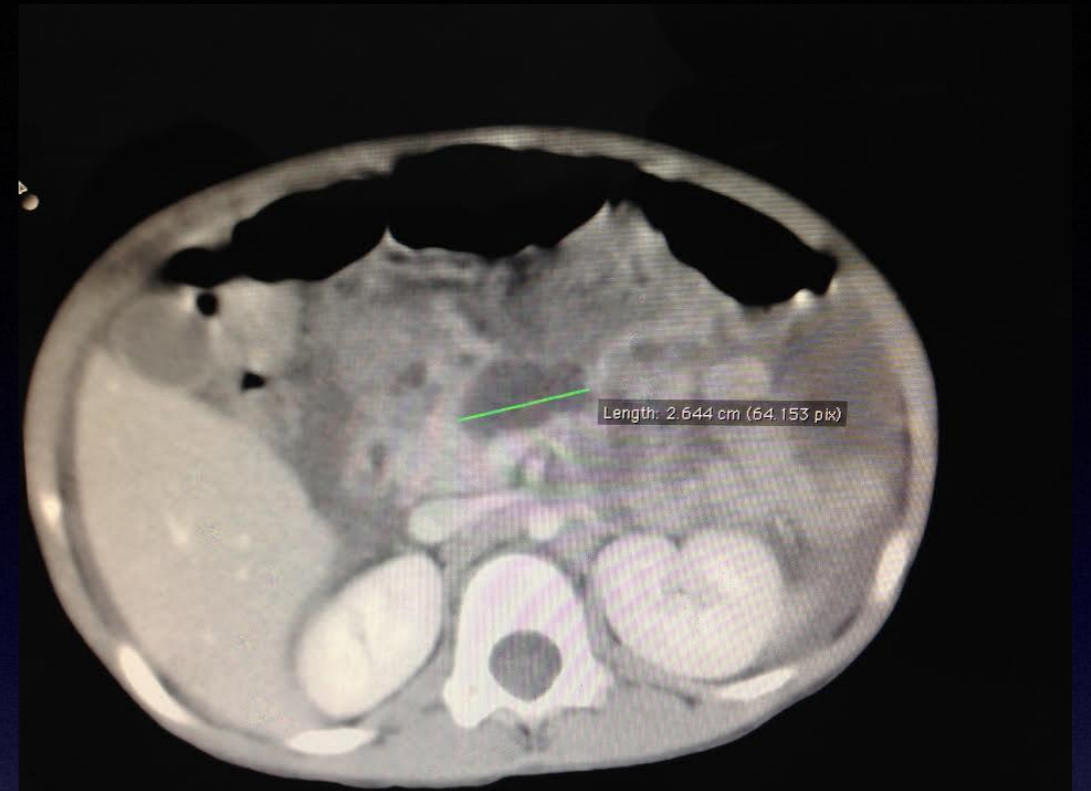
Diagnosticado pancreatite aguda após resultados da bioquímica do sangue e do líquido ascítico. Coursou com volumosa ascite reacional.

No segundo dia de pós operatório foi solicitado TC abdominal com contraste oral e venoso que mostrou **pseudocisto pancreático de aproximadamente 2,7 x 1,5cm** em topografia de cabeça e processo uncinado do pâncreas. Restante do pâncreas homogêneo e espessamento do duodeno. Grande quantidade de liquido livre na cavidade, sem dilatação do ducto de Wirsung .

Iniciou-se o tratamento clinico e observação com dieta zero, antibioticoterapia ev (ampicilina + gentamicina + metronidazol), sonda nasogástrica em sifonagem e transferência para UTI pediátrica

Tc de Abdome

pseudocisto pancreático de
aproximadamente 2,7 x 1,5cm



Evolução:

Após 9 dias de pós operatório evoluiu com piora da ascite e foi submetida a paracentese de alívio com drenagem de 860 ml de líquido ascítico hemorrágico.

Resultado: aspecto límpido, coloração amarelada, celularidade nula, amilase de 71 U/L, lipase 200 mg/dL.

Evoluiu com piora clínica, aumento crescente do volume abdominal e sendo dada continuidade a investigação do quadro abdominal com colangiressonância, a qual revelou lesão no ducto de Wirsung com fístula comunicando com coleção posterior e superior ao pâncreas e ascite com debris.

No dia seguinte à RNM a paciente apresentava-se com piora da dor, piora da ascite, restrição respiratória e posição no leito “em prece maometana” (característica de pancreatite aguda).

Segunda abordagem cirúrgica

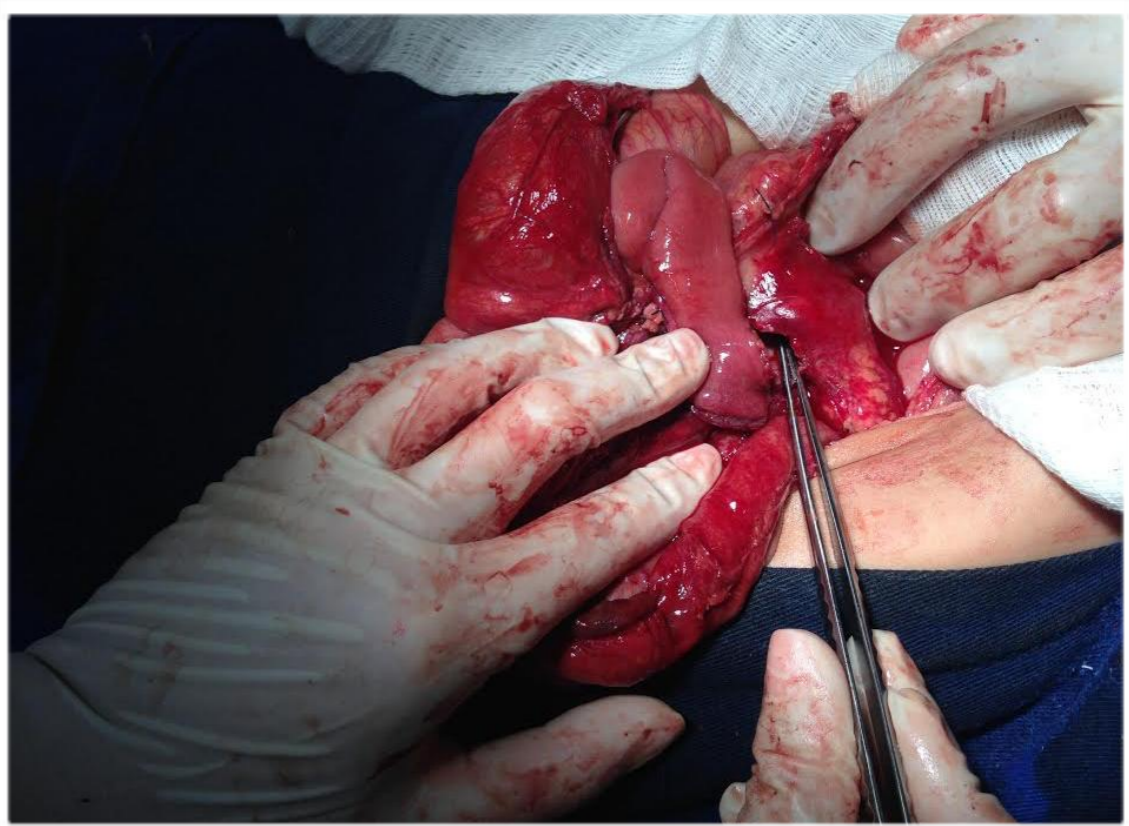
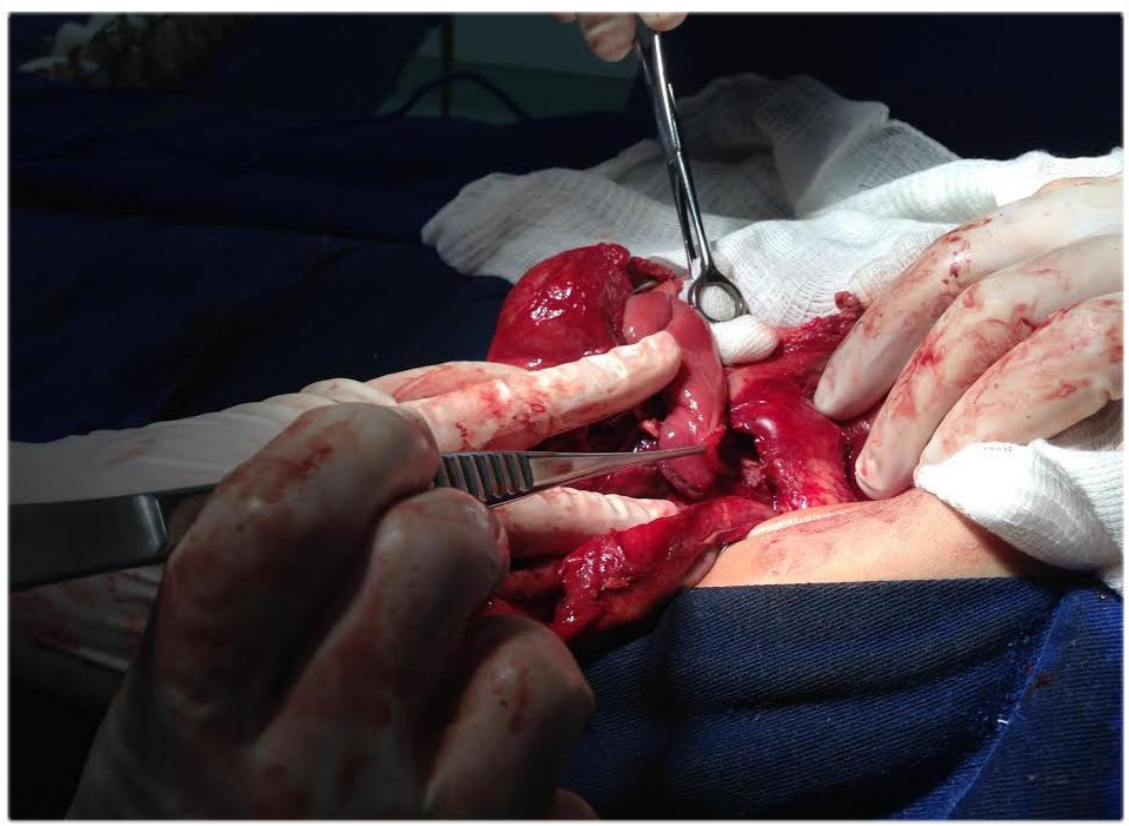
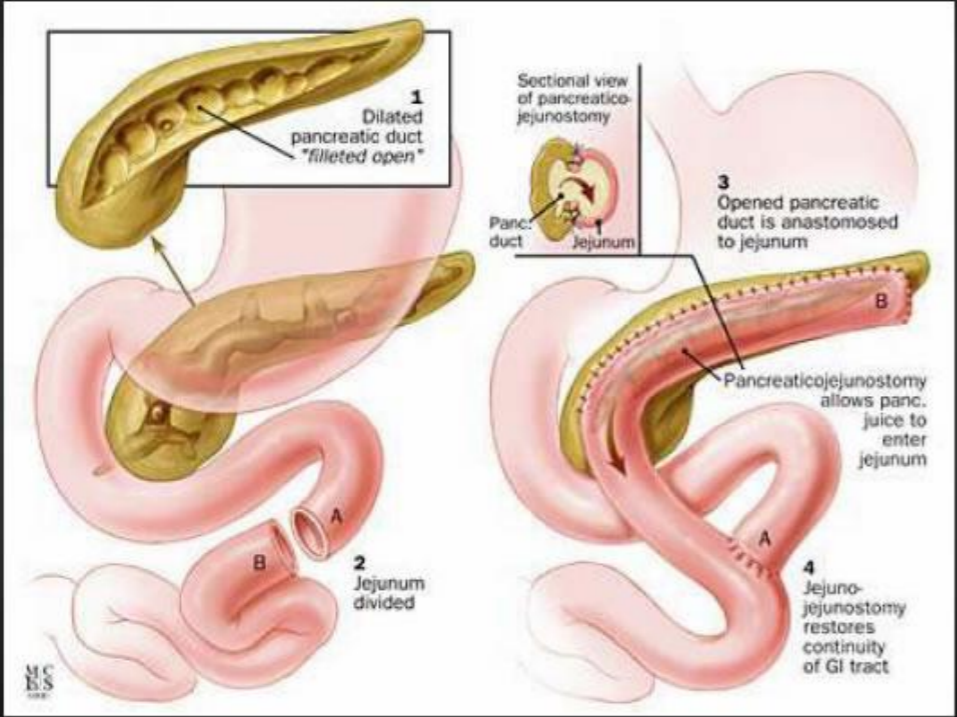
Optou-se por abordagem cirúrgica, onde foi encontrado pâncreas aumentado de tamanho, endurecido em cabeça e processo uncinado, com aderências de mesocólon transverso em área correspondente a fistula pancreática e hematoma parenquimatoso com aspecto de cisto pancreático roto. Corpo e cauda de aspecto normal.

A opção cirúrgica encontrada foi a *Cirurgia de Puestow*, onde confeccionamos um “Y de Roux” com stapler linear e anastomose jejuno pancreática na área de ruptura do pseudocisto.

Após a anastomose foi deixado dreno de Blake em aspiração contínua para monitorização da anastomose



Procedimiento de Puestow:



Evolução laboratorial:

Mapa de exames

Exames	Internação	Primeira cirurgia	Evolução	Após a cirurgia de Puestow	Pré alta
Leucócitos / mm ³	15.100	12.000	14.000 a 16.200	15.400	7.900
Amilase U /L		289	752 a 1628	100	155
Lipase U/L		518	1490 a 4780	127	144
PCR mg /dl	4,2	156,8	139 a 174	178,7	32,6

Pós operatório - Evolução

Evoluiu com melhora da febre e dor abdominal, dreno de Blake com débito insignificante no pós operatório imediato e foi iniciado dieta oral de prova com 7 dias de pós operatório.

Houve melhora laboratorial evolutiva.

Recebeu alta com 14 dias de pós operatório.

Excelente estado geral, funções fisiológicas preservadas e sem queixas álgicas

Acompanhamento ambulatorial em conjunto com a gastroenterologia pediátrica. dieta hipolipídica

Discussão da técnica:

Em 1958, Puestow e Gillesby introduziram a Pancreaticojejunostomia lateral, que consiste de uma incisão longitudinal do ducto pancreático e implantação da cauda da glândula na alça de jejuno do Y de Roux, seguida de esplenectomia e pancreatectomia distal.

Em 1960, Partington e Rochelle modificaram a Pancreaticojejunostomia Puestow-Gillesby criando uma anastomose entre a superfície anterior por incisão longitudinal do pâncreas e do ducto com uma incisão longitudinal na alça de jejuno do Y de Roux. Esta modificação não exigia pancreatectomia distal, esplenectomia, ou mobilização do pâncreas de suas ligações de retroperitônio.

Neste caso apresentado nos deparamos com uma patologia extremamente rara em crianças.

A indicação cirúrgica se deu às custas do quadro de abdômen agudo apresentado pela paciente com irritação peritoneal, adoção da posição antálgica em "prece maometana", sendo a opção cirúrgica pelo procedimento de Puestow definida durante a laparotomia.

Ao nos depararmos com uma lesão parenquimatosa extensa em corpo e processo uncinado do pâncreas, a cirurgia de Puestow modificada por Partington e Rochelle foi a melhor opção cirúrgica encontrada.

Conclusão:

A pancreatite aguda em crianças é uma patologia rara.

O aparecimento do pseudocisto e a evolução súbita para suas complicações (hemorragia e ruptura) e a manifestação de alguns sinais patognomônicos na criança, tornaram esse caso muito enriquecedor em relação à sua semiologia.

Na análise de seu tratamento encontramos descrição única para esta complicação em pacientes desta faixa etária.

A curto e médio prazo a [Cirurgia de Puestow](#) se mostrou como uma excelente forma de tratamento para esta patologia.