

# Pancreatite de sulco: relato de caso

## *Groove pancreatitis: a case report*

Rosane Terra Silva<sup>1</sup>, Luís Gustavo Mapa Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.5935/2238-3182.20150132

### RESUMO

A pancreatite de sulco (PS) ou pancreatite de sulco é uma forma distinta de pancreatite crônica que afeta a região do sulco duodenopancreático. É entidade clínica que merece relato devido ao diagnóstico diferencial com o câncer de cabeça de pâncreas, o que nem sempre é fácil de ser realizado. Este relato aborda paciente de 42 anos de idade, masculino, etilista com manifestações clínicas, sorológicas e radiológicas compatíveis com o diagnóstico de PS. O diagnóstico da PS permanece raro e sua confirmação categórica pode ser extremamente difícil, sendo necessária, muitas vezes, a realização de várias punções aspirativas por agulha fina guiadas por ultrassonografia para excluir malignidade adjacente e, mesmo assim, permanecer sem diagnóstico ou até proceder à cirurgia para sua determinação fidedigna, como observado neste estudo.

**Palavras-chave:** Pancreatite; Pancreatite/diagnóstico; Pancreatite/etiologia; Pâncreas/patologia; Neoplasias Pancreáticas.

<sup>1</sup> Acadêmico(a) do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas. Estagiário no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*The groove pancreatitis (PS) is a distinct form of chronic pancreatitis affecting the duodenal pancreatic groove region. It is a clinical entity that deserves reporting because of the differential diagnosis of pancreatic head cancer, which is not always easy to achieve. This report shows a patient at 42 years of age, male, alcoholic with clinical, serological, and radiological manifestations consistent with the diagnosis of PS. The PS diagnosis remains rare, and its categorical confirmation can be extremely difficult requiring often several fine needle aspirates guided by ultrasound to rule out adjacent malignancy, and still might remain undiagnosed, or proceed to surgery for a reliable determination, such as observed in this study.*

**Key words:** Pancreatitis; Pancreatitis/diagnosis; Pancreatitis/etiology; Pancreas/ pathology; Pancreatic Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

A pancreatite de sulco (PS) é forma distinta de pancreatite crônica que afeta a região do sulco (*groove*) duodenopancreático, situado entre a cabeça do pâncreas, o duodeno e o colédoco. Foi descrita inicialmente por Becker, em 1973.<sup>1</sup> É entidade clínica que merece relato, pois possui como diagnóstico diferencial o câncer de cabeça de pâncreas. A distinção entre essas duas entidades pode ser extremamente difícil, requerendo muitas vezes a necessidade de cirurgia para o estabelecimento de seu diagnóstico definitivo.<sup>2</sup>

Recebido em: 15/01/2015  
Aprovado em: 02/05/2015

**Instituição:**  
Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas  
Belo Horizonte, MG – Brasil

**Autor correspondente:**  
Rosane Terra Silva  
E-mail: rosane\_terra@yahoo.com

## RELATO DO CASO

CSM, 42 anos de idade, masculino, pardo, comerciante, natural e procedente do estado do Ceará. Internado na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte devido à dor em faixa no quadrante superior do abdome associada à icterícia, colúria, acolia e plenitude epigástrica pós-prandial. Etilista e tabagista (30 anos-maço). Encontrava-se icterico (3+/4+), com tensão aumentada em região epigástrica e fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito. Os exames laboratoriais mostraram TGO: 56 U/dL, TGP: 61 U/dL, fosfatase alcalina: 1.296 U/dL, Gama GT: 206 U/dL, bilirrubina total: 36,58 mg%, bilirrubina direta: 25,23 mg%, bilirrubina indireta: 11,35 mg%, PCR: 40,5 e amilase: 99 U/dL. A ultrassonografia abdominal evidenciou nodulação em cabeça de pâncreas, barro biliar associado à microcálculos e dilatação do ducto colédoco. A tomografia computadorizada (TC) confirmou a lesão em massa expansiva em cabeça de pâncreas sugestiva de neoplasia primária de pâncreas. Foi realizada, a seguir, a exploração cirúrgica do pâncreas, que não sugeriu neoplasia de cabeça de pâncreas, nem acometimento de linfonodos regionais ou metástases locais. Foi realizado PAAF em região de cabeça de pâncreas, que revelou hemácias e vários grupos de células com acentuados artefatos causados por ressecamento, indicando material inadequado para a realização adequada da análise. Foi realizada, a seguir, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica transoperatória na tentativa de diferenciar o câncer de cabeça de pâncreas de tumores periampulares, uma vez que, por meio da TC, não foi possível elucidar completamente a lesão. Confirmaram-se dilatação significativa do colédoco e a presença de múltiplos cálculos em seu interior, não sendo possível a sua remoção total. Optou-se, a seguir, pela realização de coledocojejunostomia, procedimento de drenagem para permitir a eliminação de quaisquer cálculos residuais ou recorrentes para o intestino. Realizadas a colecistectomia e a análise do material coletado, evidenciou-se vesícula com fibrose parietal, hipertrofia muscular e infiltrado inflamatório crônico sugestivo de colecistite crônica. Foi introduzido um tubo em T, após a exploração cirúrgica do canal biliar, para assegurar um orifício para descompressão biliar, caso contrário, poderia causar o extravasamento de bile pela linha de sutura.

A evolução clínica foi para a estabilidade, mantendo-se afebril, normotenso, com melhora progres-

siva da icterícia e dor aos esforços, mas com melhora após uso de analgesia menor. A ferida operatória manteve-se limpa e seca e a diurese dentro da volemia normal. A alta hospitalar ocorreu sete dias após a realização da cirurgia.

## DISCUSSÃO

A PS é comum em homens relativamente jovens e, na maioria das vezes, com abuso de álcool. Sua patogênese ainda não está bem estabelecida, mas relaciona-se a fatores de risco como úlcera péptica, hipersecreção gástrica, heterotopia pancreática e distúrbios no fluxo do suco pancreático, sem evidências de sua relação com cálculos biliares ou distúrbios autoimunes.<sup>3,4</sup>

Sua manifestação clínica é variável e alguns pacientes podem evoluir à semelhança da pancreatite aguda e outros de forma crônica. Na forma aguda, é mais comum haver dor abdominal de forte intensidade, náuseas e vômitos, enquanto na forma crônica assemelha-se, especialmente, à neoplasia em vez de pancreatite, com icterícia e emagrecimento.<sup>1,5</sup>

Este relato mostra clínica da forma crônica (icterícia, colúria e acolia) associada à agudização (dor abdominal em faixa) e massa palpável epigástrica. As alterações sorológicas aferidas nesse paciente são semelhantes às descritas na literatura, com enzimas pancreáticas normais ou ligeiramente aumentadas, níveis aumentados de bilirrubina (associados à obstrução do ducto colédoco) e de fosfatase alcalina. Os marcadores tumorais, usualmente negativos na PS, não foram aferidos neste caso.<sup>1</sup>

Os achados radiológicos da PS assemelham-se em muito com o adenocarcinoma pancreático. A localização da PS é importante para a diferenciação com neoplasia; entretanto, a exclusão de uma dessas entidades por métodos de imagem é extremamente difícil.<sup>6</sup>

É importante ressaltar, neste caso, a dilatação do ducto colédoco, achado frequente na PS em suas duas formas (pura e segmentar); entretanto, o achado de barro biliar proporciona mais um fator de importância para a sua associação com cálculos biliares.<sup>7</sup>

A busca pelo diagnóstico de certeza exigiu a realização de métodos cirúrgicos por várias vezes, incluindo a biópsia de vesícula e pâncreas e aspirado de lesão pancreática. O resultado inconclusivo confirma a descrição da literatura, que recomenda que o diagnóstico de PS não pode ser feito com base no aspirado e citologia. E cita ser muito difícil excluir

com precisão uma neoplasia subjacente com esses resultados negativos.

## CONCLUSÃO

Este relato apresenta achados compatíveis com PS, porém o diagnóstico definitivo é extremamente difícil e pode requerer vários métodos propedêuticos e ainda permanecer sem diagnóstico definitivo.<sup>5,8,9</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Triantopoulou C, Dervenis C, Giannakou N, Papailiou J, Prassopoulos P. Groove pancreatitis: a diagnostic challenge. *Eur Radiol.* 2009; 19:1736-43.
2. Manzelli A, Petrou A, Lazzaro A, Brennan N, Soonawalla Z, Friend P. Groove pancreatitis: a mini-series report and review of the literature. *JOP* 2011; 12:230-3.
3. Stolte M, Weiss W, Volkholz H, Rösch W. A special form of segmental pancreatitis: "groove pancreatitis". *Hepatogastroenterology.* 1982; 29:198-208.
4. Becker V, Mischke U. Groove pancreatitis. *Int J Pancreatol.* 1991; 10:173-82.
5. Kim JD, Han YS, Choi DL. Characteristic clinical and pathologic features for preoperative diagnosed groove pancreatitis. *J Korean Surg Soc.* 2011; 80:342-7.
6. Gabata T, Kadoya M, Terayama N, Sanada J, Kobayashi S, Matsui O. Groove pancreatic carcinomas: radiological and pathological findings. *Eur Radiol.* 2003 Jul; 13(7):1679-84.
7. Raman SP, Salaria SN, Hruban RH, Fishman EK. Groove pancreatitis: spectrum of imaging findings and radiology-pathology correlation. *gastrointestinal imaging review. Am J Roentgenol.* 2013; 201:W29-W39.
8. Balakrishnan V, Chatni S, Radhakrishnan L, Narayanan VA, Nair P. Groove pancreatitis: a case report and review of the literature. *JOP* 2007; 8(5):592-7.
9. Maide DJ, Oliveira-Cunha M, Smith AM. Pancreatic carcinoma masquerading as groove pancreatitis: case report and review of the literature. *JOP* 2011; 12:598-602.