Pseudocisto pancreático associado à doença hepática na gestação: relato de caso

Pancreatic pseudocyst associated with liver disorder in pregnancy: case report

José Geraldo Lopes Ramos[1], Sergio Hoffmeister Martins-Costa[1], Janete Vettorazzi[1,2], Júlia Azevedo[2], Rita Chapon[2], Maurício Farensena[3]

Revista HCPA. 2012;32(1):92-97

[1]Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

[2]Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

[3]Serviço de Radiologia, HCPA.

Contato:
Janete Vettorazzi
janetev@terra.com.br
Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

As doenças hepáticas, de vias biliares e pancreáticas podem causar grande morbimortalidade materno-fetal. Nesses casos, o diagnóstico e o tratamento imediatos são essenciais para reverter esse processo e melhorar o prognóstico materno-fetal. Apresentamos um caso clínico de paciente primigesta de 17 anos que foi internada por disfunção hepática severa. Ela foi submetida a cesariana e a duas laparotomias subsequentes decorrentes de sangramento e evisceração. Posteriormente, a paciente apresentou pseudocisto pancreático com manejo conservador e boa evolução. Concluímos que o conhecimento das doenças hepáticas, de vias biliares e pancreáticas na gestação e suas complicações é fundamental para reduzir a morbimortalidade materno-fetal.

Palavras-chave: pseudocisto pancreático; pré-eclâmpsia; pancreatite; síndrome HELLP; gravidez

ABSTRACT

Pregnancy-associated liver, biliary and pancreatic disorders are conditions that can cause high maternal and fetal morbidity and mortality. In such cases, prompt diagnosis and immediate treatment are essential for the reversal of the underlying process and for maternal and fetal survival. We presented a clinical case of a 17-year-old primigravid woman hospitalized with severe liver dysfunction. She subsequently evolved to cesarean delivery and two laparotomies secondary to bleeding and evisceration. Afterwards, she presented with pancreatic pseudocyst. She was submitted to conservative management and had a good evolution. We concluded that the knowledge of the pregnancy-associated liver, biliary and pancreatic disorders and their complications is fundamental to reduce maternal and fetal morbidity and mortality.

Keywords: pancreatic pseudocyst; preeclampsia; pancreatitis; HELLP syndrome; pregnancy

Na gestação, a ocorrência de desordens do fígado, das vias biliares e do pâncreas leva a aumento importante da morbimortalidade materna e fetal, podendo cursar isolada ou conjuntamente (1). As hepatopatias são divididas entre aquelas doenças hepáticas que ocorrem exclusivamente na gestação ou doenças que ocorrem coincidentemente na gestação. Entre as específicas da gestação, cita-se hiperêmese gravídica, pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets), fígado gorduroso da gestação e colestase intra-hepática da gestação. Entre as principais hepatopatias que podem ocorrer simultaneamente à gravidez, destacamos doenças hepáticas crônicas, como doença hepática colestática, hepatites autoimunes, doença de Wilson e hepatites virais (2). O rápido e correto diagnóstico diferencial, bem como a definição da conduta terapêutica são determinantes para obtenção de desfechos favoráveis, pois algumas dessas condições estão relacionadas a desfechos maternos

e fetais desfavoráveis (3). No terceiro trimestre, a pré-eclâmpsia e a síndrome HELLP estão entre as mais comuns, devendo ser as primeiras excluídas, para que se possa seguir a investigação das outras condições, mais raras na população. O diagnóstico diferencial das hepatopatias é de difícil obtenção em boa parte das situações, pois podem apresentar quadro clínico e laboratorial muito semelhantes (4). O fígado gorduroso da gestação cursa com graves distúrbios metabólicos, podendo predispor à ocorrência de pancreatite (1).

Em gestantes com dor abdominal importante, náuseas e vômitos, o diagnóstico de pancreatite deve ser aventado, pois mesmo sendo condição rara, ocorre em torno de 1/3.000 gestações (1). Embora o prognóstico seja favorável, em torno de 5% dos casos apresentam pseudocisto pancreático como complicação. O pseudocisto pancreático é mais comum nas pancreatites acalculosas (5), e sua frequência na gestação é em torno de 1/60.000 (6).

O presente estudo descreve um caso de doença hepática grave com evolução atípica, incluindo pancreatite e pseudocisto pancreático no puerpério. A seguir, descrevemos o manejo desde a interrupção da gestação até as inúmeras complicações puerperais, bem como realizamos uma revisão da literatura.

Descrição do caso clínico

Primigesta com 17 anos e 36 semanas de idade gestacional chega ao centro obstétrico com queixa de náuseas e vômitos há uma semana. Pré-natal com seis consultas e sem história prévia de qualquer patologia. A mãe da paciente é portadora de cirrose biliar primária. Ao exame físico, apresentava hipertensão (151/94 mmHg), icterícia, batimentos cardíacos fetais de 150 bpm, uma contração em 10 minutos e colo grosso, posterior, 1 cm de dilatação. Foram realizados exames iniciais, com os seguintes resultados: relação proteinúria/creatinúria 0,7, lactato desidrogenase 728 UI, transaminase glutâmico-oxalacética 249 mg/dL, ácido úrico 8,2 mg/dL. Durante a cardiotocografia inicial, constatou-se condição fetal não tranquilizadora, sendo indicada cesariana de urgência. Os exames de coagulação não estavam prontos, e o teste de Weiner não apresentou coagulação, sugerindo coagulopatia. Mediante a suspeita de fígado gorduroso gestacional e coagulopatia, realizou-se incisão mediana na pele e foi deixado dreno intracavitário. O recém-nascido (feminino, 2.895 g, Apgar no 1º minuto 3/5) apresentou boa evolução neonatal.

No segundo dia pós-operatório, observou-se início de distensão abdominal e sangramento importante pelo dreno de aspiração (680 ml/24 horas), sendo indicada laparotomia exploradora, a qual não identificou foco de sangramento ativo, apenas coágulos que foram removidos. Foi realizada correção de distúrbio de coagulação com transfusão de hemoderivados e internação em unidade de tratamento intensivo (UTI) por dois dias, tendo permanecido estável e recebendo alta para andar cirúrgico. No quinto dia pós-operatório, apresentou dor abdominal, náuseas, vômitos e desorientação, com elevação de enzimas pancreáticas. A tomografia de abdome confirmou quadro de pancreatite aguda acalculosa, e a paciente reinternou na UTI por sete dias. Recebe alta para andar com recuperação lenta da função hepática, ainda com hipoalbuminemia, ascite e icterícia. A evolução dos exames laboratoriais está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Evolução laboratorial.

Exame	1º dia	2º dia	5º dia	30º dia	45º dia
Hemoglobina (g/dL)	12	10,8	12,9	5,8	11,6
Hematócrito (%)	36,9	33,6	36,6	19,1	35,4
Leucócitos (103/ g)	15,1	23,5	22,3	10,3	5,8
Bastonados (%)	2	6	9	-	-
Plaquetas (103/ g)	247	226	189	421	229
TP (s)	23,9	27,6	33	13	11,9
TTPA (s)	51	47	43	32	-
Uréia (mg/dL)	35	36	96	26	19
Creatinina (mg/dL)	2	2	2	1	1
Glicose (mg/dL)	79	-	82	-	104
Sódio (mEq/L)	130	132	131	140	138

Potássio (mEq/L)	4,3	3,8	4,3	5,1	4,3
Bilirrubina total (mg/dL)	5	3	5	1	1
TGO (U/L)	249	102	70	31	32
TGP (U/L)	-	-	27	21	24
Albumina (g/dL)	-	-	1,7	2,7	3,2
Amilase (U/L)	14	-	1425	51	92
Lipase (U/L)	18	-	1052	37	72
Ácido úrico (mg/dL)	8,2	6,7	8,7	3	-
Fibrinogênio (mg/dL)	122	67	190	625	-
LDH (U/L)	728	1208	1080	430	-

TP = tempo de protrombina; TTPA = tempo de tromboplastina parcial ativada; TGO = transaminase glutâmico-oxalacética; TGP = alanina aminotransferase; LDH = lactato desidrogenase.

No 15º dia pós-operatório, constatou-se evisceração, sendo realizada reintervenção cirúrgica com coleta de líquido de ascite e fechamento com botões de ancoragem na parede abdominal. A cultura de ascite foi positiva para Candida sp, tendo sido iniciado tratamento com anfotericina, substituído por fluconazol posteriormente. Foram necessárias várias paracenteses de alívio.

No 39º dia pós-operatório, a paciente iniciou quadro de confusão mental, distensão e dor abdominal, sendo realizado o diagnóstico tomográfico de pseudocisto pancreático com dimensões de 12 x 9,5 cm (figura 1), o qual foi manejado através de punção guiada por ecografia com drenagem de 500 ml de líquido. Paciente evoluiu com melhora clínica e regressão da imagem em tomografia de controle.

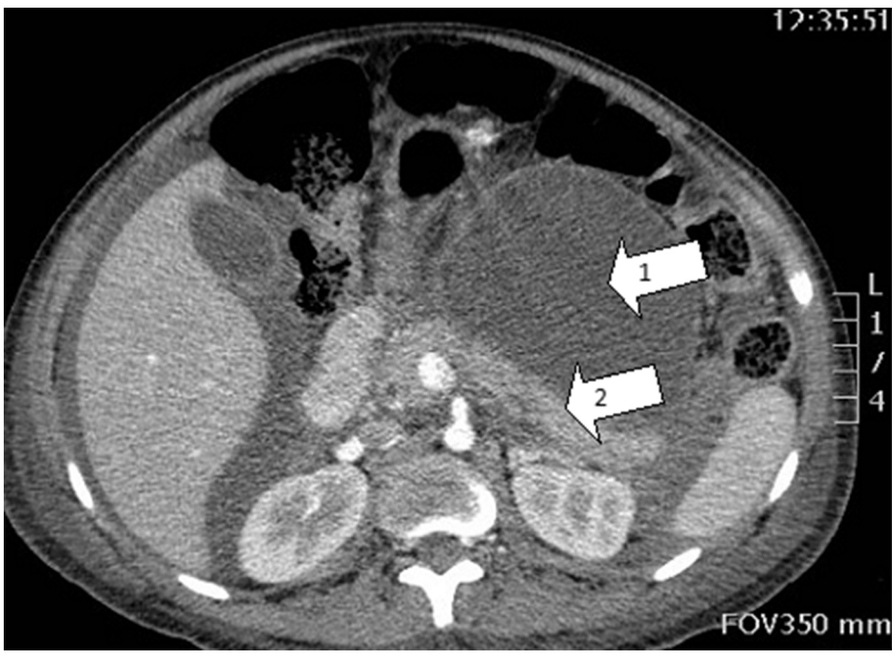

Figura 1 - Pseudocisto pancreático (1) e pancreatite em resolução (2)

No 45º dia foi dada alta hospitalar em bom estado clínico. Na revisão ambulatorial, o quadro seguiu com boa evolução. A tomografia de controle evidenciou melhora da ascite e diminuição das dimensões do pseudocisto.

Discussão

O diagnóstico rápido de doenças hepáticas na gestação pode ser um desafio para os médicos. Durante a gestação, as doenças hepatobiliares podem aparecer de forma súbita, com sintomas inespecíficos, e as provas hepáticas são raramente diagnósticas. A falha diagnóstica e o atraso terapêutico podem estar implicados com alta morbidade e mortalidade materna e fetal (1).

No terceiro trimestre, a presença de vômitos recorrentes, icterícia, hipertensão leve, proteinúria e disfunção hepática severa deve levar à suspeita de fígado gorduroso agudo da gestação como um dos principais diagnósticos diferenciais. No caso descrito, a paciente apresentava todos esses sinais e sintomas, além de hiperbilirrubinemia, hemólise, hipoalbuminemia e distúrbios da coagulação compatíveis com essa grave patologia. Apesar de manejada rápida e precocemente, a paciente evoluiu com necessidade de reintervenção cirúrgica, com boa evolução no pós-operatório imediato.

Entre as complicações pós-operatórias graves, está a deiscência de aponeurose/evisceração, que necessita de reintervenção de emergência. Entre os fatores de risco, estão o tipo de sutura (simples maior do que contínua), tipo de fio utilizado (rápida absorção maior do que absorção lenta ou inabsorvível), características do paciente (idade, sexo masculino, ascite, anemia, cirurgia emergencial, entre outros fatores) (7). No caso descrito, os fatores que contribuíram para a ocorrência da evisceração foram hipoalbuminemia, ascite, cirurgias de emergência e utilização de fio de absorção lenta. Cabe a discussão sobre a utilização de fios inabsorvíveis em gestantes com patologias graves, especialmente na presença de reintervenção de urgência, distensão abdominal e anemia.

Embora raros, os distúrbios metabólicos causados pelo fígado gorduroso levaram à ocorrência de pancreatite no pós-operatório (1) que foi adequadamente manejada em UTI. Esta paciente apresentou pancreatite acalculosa, que teve como complicação a ocorrência de pseudocisto pancreático, quadro raro e que na sua grande maioria apresenta evolução benigna (6).

Quando não relacionados à gestação, os pseudocistos pancreáticos mais comumente se associam à pancreatite alcoólica. O manejo recomendado para cistos assintomáticos consiste em observação por pelo menos seis semanas, com 30-40% de resolução. A drenagem interna é recomendada para cistos sintomáticos com mais de 5 centímetros de diâmetro ou para os que persistem por mais de seis semanas.

Existe pouca informação na literatura sobre pseudocisto pancreático no ciclo gravídico-puerperal, sendo boa parte dos casos descritos como achado ocasional em ecografia. Pouco se sabe sobre a conduta obstétrica mais apropriada para esses casos, em virtude da raridade do quadro. O manejo recomendado é semelhante ao realizado fora da gestação, constando de medidas de suporte e, excepcionalmente, a drenagem. Eddy et al. descrevem 10 casos (tabela 2) correlacionados à gestação, com boa evolução na sua grande maioria (6). A história natural de pseudocisto parece ser a mesma de pacientes não grávidas: os menores de 5 centímetros tendem a regredir, e os maiores tendem a permanecer do mesmo tamanho ou aumentar. No caso descrito, ocorreu boa evolução com manejo conservador, apesar de tratar-se de uma paciente com outras comorbidades, incluindo a infecção fúngica que foi tratada com anfotericina B e fluconazol.

Tabela 2 - Pseudocisto pancreático no ciclo gravídico-puerperal: revisão de casos publicados

Autor/Ano	Idade (anos)/ Paridade	Momento do diagnóstico	Tamanho	Evolução	Manejo	Complicações
Ryan, 1992	35 anos	Pré-gestacional	6 cm	Diminuiu	Stent na gestação, pancreatectomia pós-parto	Nenhuma
Beattie, 1993	20 anos, primigesta	2º trimestre	13 cm	Punções diárias	Drenagem percutânea com 24 sem., hepatojejunostomia pós-parto	Cisto colapsou ao redor do dreno
Eddy, 2003	24 anos, tercigesta	2º trimestre	6 cm	Cresceu até 15 cm	Conservador, pancreatectomia no pós-parto	Nutrição parenteral, esplenectomia

Chen, 1995	28 anos, secundigesta	3º trimestre	4 cm	Diminuiu	Conservador	Nenhum
Bar-David, 1996	28 anos, primigesta	3º trimestre	_	Desapareceu	Conservador	Choque séptico, pneumonia, internação em UTI
Stowell, 1984	37 anos, tercigesta	3º trimestre	5 e 8 cm	Desapareceu, permaneceu estável	Conservador, cistogastrostomia no puerpério	Nutrição parenteral, crescimento fetal restrito
Nies, 1990	26 anos, secundigesta	Puerpério	6 cm	Permaneceu estável	Conservador	Derrame pleural, pneumonia, internação em UTI
Glueck, 1980	Primigesta	Puerpério	_	_	Conservador	Ruptura do cisto, choque, internação em UTI
Chia, 1990	-	Puerpério	-	-	Drenagem cirúrgica	Infecção fúngica
Schunmann, 2003	33 anos, secundigesta	Puerpério	7 cm	Ruptura	-	Óbito materno Hepatite C
Hess, 1980	25 anos, primigesta	Puerpério	-	Não avaliado	Conservador	Alterações mentais, insuficiência renal
Ramos, 2011	17 anos, primigesta	Puerpério	8,7 cm	Regressão	Punção guiada por eco	Evisceração, internação em UTI, politransfusão

UTI = unidade de tratamento intensivo. Modificado de Eddy et al., Schunmann & Robbins, Chia et al., Cadile et al.

Em revisão de literatura recente, encontramos três casos de pseudocisto pancreático complicando puerpério. Schunmann e Robbins descrevem caso de secundigesta de 33 anos, com hepatite C e que foi a óbito em decorrência de pseudocisto roto (8). Chia et al. descrevem um caso de puerpério complicado por pseudocisto infectado por Candida albicans, manejado com anfotericina B e drenagem cirúrgica (9). Cadile et al. relatam caso de mulher de 26 anos com pseudocisto complicando pancreatite calculosa no puerpério, manejado por via endoscópica com colecistectomia (10).

Conclusão

Por fim, concluímos que o manejo obstétrico agressivo, somado ao suporte intensivo, é crucial para a evolução favorável de pacientes com doenças hepáticas na gestação em virtude do mau prognóstico que pode estar associado. O conhecimento e a suspeição nos casos de doenças hepáticas da gestação se fazem necessários para melhor desfecho materno-fetal dessas condições. Salientamos a necessidade do adequado manejo das complicações puerperais e do manejo dessas pacientes em centros terciários, o que foi fundamental para o bom desfecho materno e fetal do caso descrito.

Referências

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Williams Obstetrics. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997.
2. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. Lancet. 2010;375:594-605.
3. Hepburn IS, Schade RR. Pregnancy-associated liver disorders. Dig Dis Sci. 2008;53:2334-58. Erratum in: Dig Dis Sci. 2008;53:2836.
4. Ramos JG, Martins–Costa SH, Valerio EG, Araújo J. Síndrome HELLP. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
5. Asciutti S, Kanninen TT, Clerici G, Nardi E, Castellani D, DI Renzo GC, et al. Acute pancreatitis with a mucinous cystoadenoma of the pancreas in pregnancy. Anticancer Res. 2010;30:1025-8.
6. Eddy JJ, Lynch GE, Treacy DE. Pancreatic pseudocysts in pregnancy: a case report and review of the literature. J Perinatol. 2003;23:69-72.
7. Mizell JS. Abdominal surgical incisions: prevention and treatment of complications [Internet]. Waltham: Uptodate; 2011 [cited 2011 Jul 17]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/abdominal-surgical-incisions-prevention-and-treatment-of-complications.

8. Schünmann C, Robins JB. Internal haemorrhage resulting from erosion of a pancreatic pseudocyst—a unique cause of fatal postpartum collapse. J Obstet Gynaecol. 2003;23:674-7.

9. Chia N, Clark R, Valainis GT. Candida albicans infected pseudocyst in a postpartum woman. South Med J. 1990;83:687-9.

10. Cadile JC, Flores TAF, Pezzutti JO, Catania D, Mocayar RJ. Pancreatic pseudocysts: apropos of a case of pancreatitis and the puerperium. Acta Gastroenterol Latinoam. 1981;11:391-8.

Recebido: 20/12/2011
Aceito: 05/02/2012