

Ascite pancreática: tratamento com octreotide: Relato de caso

Pancreatic ascites: treatment with octreotide – Case report

LUCIANO P. DIOGO*
MÁRCIO M. BONIATT**
JULIANA A. PORTO***

RESUMO

Introdução: Ascite pancreática é uma condição rara, com menos de 250 casos publicados. É definida como ascite exsudativa causada por doença pancreática não-maligna, tendo como características laboratoriais diagnósticas elevadas concentrações de amilase (geralmente > 1.000 UI/L) e de proteína (> 3,0 g/dl) no líquido ascítico. O objetivo deste trabalho é descrever a evolução de um caso de ascite pancreática, destacando o tratamento proposto.

Descrição do caso: Paciente masculino, 37 anos, com diagnóstico prévio de pancreatite crônica intercou com queixa de dor abdominal. Ao exame físico, apresentava ascite, a qual foi punccionada, evidenciando proteínas totais de 4,2 g/dl e amilase 11.457 UI/L. Iniciou-se o tratamento para ascite pancreática com nutrição parenteral total e octreotide, sendo este mantido por 28 dias. O paciente evoluiu com redução progressiva da ascite e sem dor abdominal, mantendo-se assintomático em revisão ambulatorial de 3 e 6 meses.

Comentários: O tratamento da ascite pancreática é ainda controverso. Divide-se basicamente em conservador e intervencionista, sendo este último subdividido em tratamento endoscópico e cirúrgico. Apesar do sucesso do tratamento com octreotide no caso relatado, e diante de poucas e controversas evidên-

ABSTRACT

Introduction: Pancreatic ascites is a rare condition, with less than 250 cases published. It is defined as exsudative ascites caused by a nonmalignant pancreatic disease with diagnostic labarotial characteristics high concentrations of amylase (generally > 1.000 UI/L) and protein (> 3.0 g/dl) in the ascitic liquid. The objective of this study is to describe the evolution of a case of pancreatic ascites focusing on the treatment proposed.

Description of the case: The patient was a 37-year-old male with a previous diagnose of chronic pancreatitis. When hospitalized, his complaint was abdominal pain. In the physical exam, he presented ascites, which was punctured, evidencing total proteins 4.2 g/dl and amylase 11.457 UI/L. The treatment for pancreatic ascites started with the administration of total parenteral nutrition and octreotide, the latter being maintained for 28 days. The patient had a progressive reduction of the ascites and did not present abdominal pain. During the 3 and 6 months in which he participated in clinical follow ups, he was asymptomatic.

Comments: The treatment of pancreatic ascites is still controversial. It can be conservative or interventional, and the latter can either be endoscopic or surgical. Despite the success of the treatment with octreotide in the case reported, and considering the few and controversial evidences presented in the literature, more patients should be observed

* Mestre em Clínica. Professor assistente do Departamento de Medicina Interna da FAMED -PUCRS

** Médico residente do Serviço de Medicina Interna do Hospital São Lucas da PUCRS

*** Doutoranda do sexto ano da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

cias na literatura, um número maior de pacientes é necessário para determinar o melhor tratamento para ascite pancreática, permanecendo este motivo de debate.

UNITERMOS: ASCITE/quimioterapia; PANCREAS; OCTREOTIDA.

in order to determine the best treatment for pancreatic ascites.

KEY WORDS: ASCITES/drug therapy; PANCREAS; OCTREOTIDE.

INTRODUÇÃO

Ascite pancreática é definida como ascite exsudativa causada por doença pancreática não-maligna, tendo como características laboratoriais diagnósticas elevadas concentrações de amilase (geralmente > 1.000 UI/L) e de proteína (> 3,0 g/dl) no líquido ascítico⁽¹⁾.

Foi descrita pela primeira vez na literatura em 1953 por Smith⁽²⁾, que descreveu dois casos de ascite associada a pancreatite crônica. Embora não se conheça a incidência exata de ascite pancreática, esta parece ser bastante infrequente: tem sido descrita em 3,5% dos pacientes com pancreatite crônica e 6,0 a 14,0% dos pacientes com pseudocisto⁽³⁻⁵⁾. De 1975 até hoje menos de 250 casos foram relatados na literatura.

É uma complicação mais freqüente em homens (relação homem:mulher = 3:1)⁽⁶⁾ e entre 20 e 50 anos de idade⁽¹⁾. A causa mais comum descrita tem sido pancreatite crônica, sendo responsável por 82,7% dos casos⁽⁶⁾.

O tratamento da ascite pancreática é ainda controverso. Divide-se basicamente em conservador e intervencionista, sendo este último subdividido em tratamento endoscópico e cirúrgico.

Não há evidências suficientes na literatura para determinar a eficácia e os riscos dos diferentes tratamentos propostos. Pela raridade da doença, as evidências restringem-se a relatos de casos e séries de casos. Assim, este trabalho tem como objetivo descrever a evolução de um caso de ascite pancreática, destacando o tratamento proposto e, desta maneira, contribuir na discussão sobre esta infrequente complicação.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 37 anos, branco, procurou a emergência do hospital com queixa de dor abdominal com irradiação em faixa para o dorso. O paciente referia ter episódios esporádicos de dor abdominal nos últimos 2 anos, sem rela-

ção com alimentação, tendo como diagnóstico pancreatite crônica.

Referia consumo de destilados todos os dias desde os 15 anos de idade e tabagismo, com início na mesma época, de 20 cigarros por dia.

Ao exame físico, o paciente encontrava-se em bom estado geral, com pressão arterial de 140/90 mmHg. A ausculta cardiopulmonar era normal. O abdômen estava pouco distendido, doloroso à palpação epigástrica, sem defesa e com ascite. O paciente não apresentava sinais de hepatopatia crônica.

Foram solicitados exames laboratoriais, que demonstraram: hemoglobina 13,8 g/dl, hematócrito 43%, tempo de protrombina 13 segundos, alanino-aminotransferase (ALT) 20 UI/L, aspartato-aminotransferase (AST) 10 UI/L, gama-glutamiltanspeptidase 122 UI/L, bilirrubina direta 0,1 mg/dl, bilirrubina indireta 0,4 mg/dl, amilase 750 UI/L, lipase 507 UI/L.

Formulou-se a hipótese diagnóstica de pancreatite crônica agudizada, tendo sido iniciado tratamento com hidratação, analgesia e interrupção da dieta.

O paciente foi submetido à ecografia de abdômen total que demonstrou líquido livre na cavidade abdominal, pâncreas com ecogenicidade difusamente diminuída e área líquida anterior ao corpo do pâncreas; fígado com dimensões normais e de ecogenicidade homogênea.

Foi realizada então paracentese para avaliação da ascite. O líquido era amarelo citrino, com albumina 2,4 g/dl, proteínas totais 4,2 g/dl, células 720/mm³, neutrófilos 324/mm³, amilase 11.457 UI/L e gradiente de albumina soro-ascite 1,1 g/dl. Pelo valor encontrado de amilase e de proteínas no líquido ascítico, somando-se ao provável diagnóstico de pancreatite crônica, fez-se o diagnóstico de ascite pancreática. Foi iniciado então nutrição parenteral total e octreotida na dose de 100 mg subcutâneo a cada 8 horas.

O paciente evoluiu com melhora da dor abdominal a partir do terceiro dia de tratamento.

Com o diagnóstico de ascite pancreática por provável ruptura de pseudocisto pancreático, o paciente foi encaminhado para realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER), com objetivo diagnóstico e terapêutico. No entanto, foram frustradas duas tentativas de CPER por impossibilidade técnica de canalização da papila.

Decidiu-se pela manutenção do tratamento clínico com nutrição parenteral e octreotida. O paciente evoluiu com diminuição progressiva da ascite, sem dor abdominal. Após 14 dias de octreotida, o paciente já não apresentava ascite ao exame físico. Com 23 dias de tratamento, reiniciou-se dieta via oral, com boa aceitação, sem dor abdominal e sem recorrência da ascite. Manteve-se octreotida por 28 dias. O paciente recebeu alta assintomático, sem ascite e aceitando bem alimentação via oral. Nas revisões ambulatoriais de 3 e 6 meses, o paciente apresentava-se assintomático, sem evidências de ascite ao exame físico.

COMENTÁRIOS

O caso relatado neste trabalho representa o perfil mais comum de casos de ascite pancreática, pois há uma maior proporção entre os homens^(1,6), entre 20 e 50 anos⁽¹⁾ e que têm como doença de base mais frequente pancreatite crônica⁽⁶⁾. Outras doenças de base relacionadas são trauma pancreático, duplicação cística dos ductos biliopancreáticos, estenose ampular e litíase ductal⁽¹⁾. Pancreatite aguda é uma causa incomum, representando cerca de 3,0% dos casos⁽⁶⁾. A etiologia é alcoólica na maioria das vezes, 66,2%⁽⁶⁾.

Quanto à origem do extravasamento do suco pancreático para formar o líquido ascítico, um pseudocisto é o sítio mais comum, sendo identificado em mais da metade dos casos⁽⁶⁻⁸⁾. Outra possibilidade é uma fístula no ducto pancreático. Em cerca de 10,0 a 20,0% dos casos, o local de extravasamento não é identificado⁽⁶⁻⁹⁾.

O tratamento conservador é definido como a utilização de um ou mais dos seguintes tratamentos: dieta elementar, nutrição parenteral, paracentese, drenagem percutânea contínua ou análogos da somatostatina. O objetivo destes tratamentos é reduzir a secreção exógena pancreática ou evacuar a ascite e assim facilitar o fechamento da fístula através da aproximação da superfície peritoneal ao ponto de extravasamento⁽¹⁰⁾. É

o tratamento mais frequentemente utilizado⁽⁶⁾, apesar de apresentar uma taxa de falência entre 40,0 e 60,0%^(6,8,11). Lipsett e Cameron⁽¹²⁾ analisaram 29 pacientes que receberam tratamento conservador e encontraram uma falência em 56,0% dos casos.

No entanto, algumas observações quanto ao tratamento conservador devem ser feitas. A nutrição parenteral total, embora não seja útil como tratamento isolado, deve ser considerada como adjuvante para outros tratamentos invasivos⁽¹⁾. A somatostatina e seu análogo, octreotida, que tem uma meia-vida mais longa, têm sido utilizados com sucesso para o tratamento de fístulas pancreáticas⁽¹³⁾. Seu uso baseia-se na redução da secreção exógena pancreática, facilitando o fechamento da fístula. Gómez-Cerezo et al.⁽⁶⁾, em uma revisão de 139 casos de ascite pancreática, não encontraram um benefício estatisticamente significativo com o uso de somatostatina ou octreotida. O número de pacientes que receberam este tratamento, porém, foi pequeno (17 pacientes), além de se verificar uma variação grande nas doses e vias de administração da medicação. Segal et al.⁽¹⁴⁾ obtiveram resolução da ascite pancreática em 8 de 9 pacientes com octreotida na dose de 100 mg subcutâneo a cada 8 horas, após uma duração média de tratamento de 23 dias.

Gómez-Cerezo et al.⁽⁶⁾ referem que os únicos tratamentos que apresentaram benefícios no manejo da ascite pancreática, após análise multivariada de 139 casos, foram tratamento cirúrgico e tratamento endoscópico com colocação de stent. Sendo assim, recomendam a realização de CPER para determinar o ponto de extravasamento e decidir o melhor manejo terapêutico (cirúrgico ou endoscópico).

Alguns autores recomendam tratamento conservador com análogos da somatostatina e nutrição parenteral por 2 a 3 semanas e então considerar o tratamento intervencionista se não houver melhora^(10,11,15,16). Considerando as altas taxas de sucesso do tratamento endoscópico e o baixo risco, outros autores recomendam tratamento endoscópico e consideram cirurgia se houver falha do primeiro ou para lesões localizadas na cauda do pâncreas⁽¹⁷⁾.

No caso relatado, iniciou-se o tratamento conservador com nutrição parenteral e octreotida, enquanto se aguardava a realização de CPER para definir o ponto de extravasamento e avaliar o tratamento subsequente. Como não foi possí-

vel a realização de CPER mesmo após duas tentativas e há resultados promissores, embora escassos, com análogos da somatostatina, os autores decidiram manter o tratamento conservador e observar a evolução, reservando o tratamento cirúrgico para o caso de não haver resposta.

Apesar do sucesso do tratamento com octreotide, e diante de poucas e controversas evidências na literatura, um número maior de pacientes é necessário para determinar o melhor tratamento para ascite pancreática, permanecendo este motivo de debate.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broe PJ, Cameron JL. Pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions. In: Bradley EL, editor. Complications of pancreatitis: medical and surgical management. Philadelphia: Saunders; 1982. p.245-64.
2. Smith EB. Hemorrhagic ascites and hemothorax associated with benign pancreatic disease. Arch Surg. 1953;67:52-6.
3. Bracher GA, Manocha AP, DeBanto JR, et al. Endoscopic pancreatic duct stenting to treat pancreatic ascite. Gastrointest Endosc. 1999;49:710-5.
4. MacLauren IF. Pancreatic ascites. In: Howard JM, Jordan GL, Reber HA, eds. Surgical diseases of the pancreas. Philadelphia: Lea & Febiger; 1987. p.591-602.
5. Brooks JR. Pancreatic ascites. In: Brooks JR, editor. Surgery of the pancreas. Philadelphia: WB Saunders; 1983. p.230-2.
6. Gómez-Cerezo J, Cano AB, Suárez I, et al. Pancreatic ascites: study of therapeutic options by analysis of case reports and case series between the years 1975 and 2000. Am J Gastroenterol. 2003;98:568-77.
7. Fernandez-Cruz L, Margarona E, Llovera J, et al. Pancreatic ascites. Hepatogastroenterology. 1993;40:150-4.
8. Parekh D, Segal I. Pancreatic ascites and effusion. Risk factors for failure of conservative therapy and the role of octreotide. Arch Surg. 1992;127:707-12.
9. Moosa AR. Surgical treatment of chronic pancreatitis: an overview. Br J Surg. 1987;74:661-7.
10. Munshi IA, Haworth R, Barie PS. Resolution of refractory pancreatic ascites after continuous infusion of octreotide acetate. Int J Pancreatol. 1995;17:203-6.
11. Ohge H, Yokoyama T, Kodama T, et al. Surgical approaches for pancreatic ascites: report of three cases. Surg Today. 1999;29:458-61.
12. Lipsett PA, Cameron JL. Internal pancreatic fistula. Am J Surg. 1992;163:216-20.
13. Barnes SM, Kontny BG, Prinz RA. Somatostatin analog treatment of pancreatic fistulas. Int J Pancreatol. 1993;14:181-8.
14. Segal I, Parekh D, Lipschitz J, et al. Treatment of pancreatic ascites and external pancreatic fistulas with a long-acting somatostatin analogue (Sandostatin). Digestion. 1993;54 Suppl 1:53-8.
15. Gislason H, Gronbech JE, Soreide O. Pancreatic ascites: treatment by continuous somatostatin infusion. Am J Gastroenterol. 1991;86:519-23.
16. Kaman L, Behera A, Singh R, et al. Internal pancreatic fistulas with pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions: recognition and management. ANZ J Surg. 2001;71:221-5.
17. Closset J, Gelin M. The management of pancreatic ascites and pancreaticopleural effusion. Acta Gastroenterol Belg. 2000;63:269.

Endereço para correspondência:
MÁRCIO MANOZZO BONIATTI
Rua Ângelo Segalla, 622, Bairro Petrópolis
CEP: 95070-420, Caxias do Sul, RS, Brasil.
Fone: (51) 98992763
E-mail: marciobt@terra.com.br.