

# Ansa pancreática: desafio no diagnóstico etiológico em paciente jovem com pancreatite grave

## Ansa pancreatica: etiological diagnosis challenge in a young patient with severe pancreatitis

Jorge Luiz de Carvalho Mello<sup>1</sup>, Sebastião Jupiaçara Guimarães<sup>1</sup>, Augusto Von Atzingen<sup>1</sup>, Bárbara Costa<sup>1</sup>, João Ricardo Soares Moura<sup>1</sup>, Mária Esther de Rezende Corrêa<sup>1</sup>

### RESUMO

A ansa pancreática é uma variação anatômica rara dos ductos pancreáticos. Consiste numa comunicação entre o ducto pancreático principal (Wirsung) e o ducto pancreático acessório (Santorini). Recentemente, estudos têm demonstrado estar essa variação anatômica implicada como fator predisponente e significativamente associada a episódios recorrentes de pancreatite aguda. A pancreatite é uma entidade clínica pouco frequente na infância. Diferente dos adultos, as causas mais comuns incluem infecções virais, por ascaris, medicamentosas, traumas e anomalias estruturais. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de pancreatite aguda grave não alcoólica e não biliar, em um paciente jovem de 15 anos, em cuja propedêutica imagiológica evidenciou-se alça, comunicando com os ductos pancreáticos ventral e dorsal, compatível com ansa pancreática.

**Descritores:** Pancreatite; Pâncreas; Anormalidades do sistema digestório; Adolescente; Medicina interna

### ABSTRACT

Ansa pancreatica is a rare anatomical variation of the pancreatic ducts. It consists of communication between the main pancreatic duct (Wirsung) and the accessory pancreatic duct (Santorini). Recently, studies have shown that this anatomical variation is implicated as a predisposing factor and significantly associated with recurrent episodes of acute pancreatitis. Pancreatitis is a rare clinical entity in childhood. Different from that in the adults, the most common causes include viral and ascaris infections, drugs, traumas, and structural abnormalities. The objective of this study was to report a case of a severe non-alcoholic and non-biliary acute pancreatitis in a 15-year-old patient, whose propedeutic imaging showed a loop communicating with the ventral and dorsal pancreatic ducts, consistent with ansa pancreatica.

**Keywords:** Pancreatitis; Pancreas; Digestive system abnormalities; Adolescent; Internal medicine

### INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo com variável envolvimento de outros órgãos próximos ou à distância do pâncreas. A incidência do quadro varia de 2 a 50/100 mil habitantes e apresentou crescimento a partir da década de 1980, devido ao aumento

da ingestão alcoólica entre jovens e da formação de cálculos biliares em algumas áreas. Essas duas etiologias respondem por cerca de 80% dos casos.<sup>1</sup>

É uma doença desencadeada pela ativação anômala de enzimas pancreáticas e liberação de uma série de mediadores inflamatórios,<sup>2</sup> e algumas das etiologias cor-

<sup>1</sup> Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Universidade Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, Brasil.

**Data de submissão:** 28/9/2019. **Data de aceite:** 8/10/2019.

**Autor correspondente:** Jorge Luiz de Carvalho Mello. Avenida Afonsina de Guimarães Cobra, 245, Centro. CEP: 37550-000 – Pouso Alegre, MG, Brasil – Tel.: 55 (35) 3421-9788 – E-mail: jorgeluis\_melo@yahoo.com.br

**Fonte de auxílio à pesquisa:** nenhuma. **Conflitos de interesse:** nenhum.

**Contribuição dos autores:**

Concepção e delineamento do projeto: JLCM, SJG, AVA, BC, JRSM e MERC.

Coleta, análise e interpretação de dados: JLCM, SJG, AVA, BC, JRSM e MERC.

Redação e revisão crítica do manuscrito: JLCM, SJG, AVA, BC, JRSM e MERC.

Aprovação da versão final do manuscrito a ser publicada: JLCM.

respondem, além das já citadas, a hipertrigliceridemia, drogas, traumas pancreáticos, infecções, causas autoimunes, hereditárias, pós-operatórios e malformações pancreáticas.

A pancreatite é uma entidade clínica pouco frequente na infância. Diferentemente dos adultos, as causas mais comuns incluem as infecções virais, por ascáris, medicamentosas, traumas e anomalias estruturais.<sup>3</sup> Sua incidência associada às malformações pancreáticas é de cerca de 0,1% na população geral.<sup>4</sup> Dentre as malformações congênicas pancreáticas, o pâncreas *divisum* é a mais prevalente.

A ansa pancreática (AP) é uma variação anatômica rara dos ductos pancreáticos. Consiste numa comunicação entre o ducto pancreático principal (Wirsung) e o ducto pancreático acessório (Santorini). Recentemente, estudos têm demonstrado ser essa variação anatômica implicada como fator predisponente e significativamente associada a episódios recorrentes de pancreatite aguda.<sup>5</sup>

O conhecimento de malformações congênicas não é feito apenas com visão acadêmica, nem se trata de simples peculiaridades do desenvolvimento anatômico, mas está relacionado a situações clínicas, nas quais é necessário seu reconhecimento visando ao rápido diagnóstico e à implementação da terapêutica indicada.<sup>4</sup>

O objetivo deste estudo é relatar um caso de pancreatite aguda grave não alcoólica e não biliar num paciente jovem de 15 anos, cuja propedêutica imagenológica evidenciou alça comunicando com os ductos pancreáticos ventral e dorsal, compatível com AP.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos, gêmeo univitelino, admitido na enfermaria de Clínica Médica do Hospital das Clínicas Samuel Libânio com quadro de dor epigástrica de forte intensidade iniciada após refeição copiosa, com irradiação em faixa para região dorsal, associada a vômitos. Negava patologias relevantes e/ou tratamentos atuais, com exceção de ictiose vulgar congênita. Negava histórico de ingesta etílica.

Os exames laboratoriais à admissão revelaram amilase e lipase aumentadas. Foi firmado diagnóstico de pancreatite aguda sem critérios de gravidade à admissão, com exceção de proteína C-reativa elevada (>150mg/dL). O exame ultrassonográfico realizado à admissão evidenciou pâncreas heterogêneo, com dilatação de vias biliares extra-hepáticas.

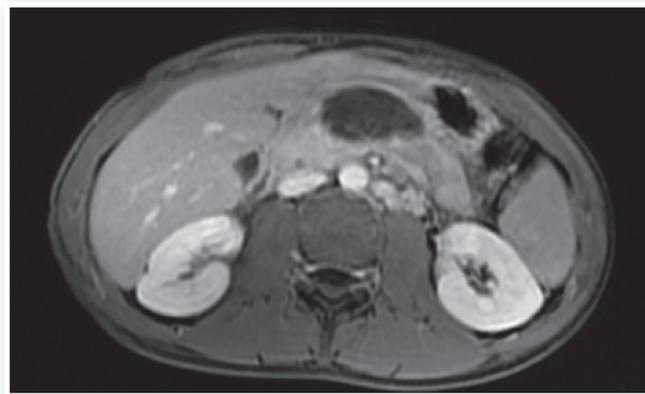
Tomografia computadorizada de abdome (Figura 1) com contraste realizada após 72 horas da admissão

revelou pancreatite aguda Balthazar E com coleções fluidas pancreáticas agudas e mais de 30% de área de necrose pancreática. A investigação etiológica inicial revelou trigliceridemia normal, vesícula biliar sem evidências de cálculos e nem lama biliar em exames de imagem realizados.

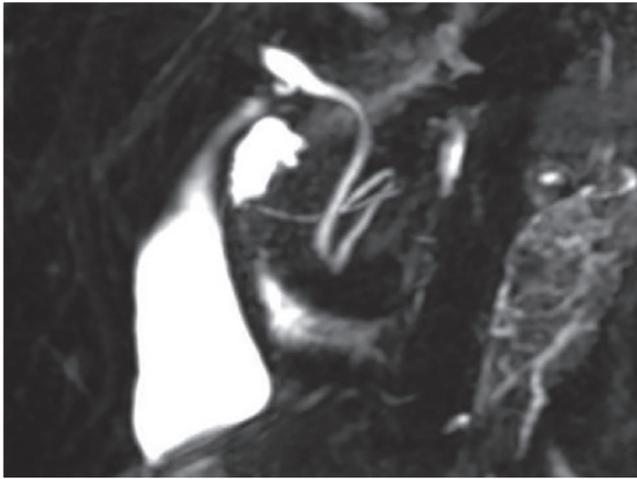
A despeito da idade jovem e da apresentação exuberante, solicitou-se propedêutica para pancreatite autoimune com dosagem de imunoglobulina (Ig) G4 elevada e evidências ao exame clínico-imagenológico de acometimento pancreático e linfonodal peripancreático, periaórtico e retroperitoneal. Entretanto, dada a inespecificidade desse marcador sorológico em fase aguda de pancreatite, bem como a impossibilidade de realização de estudo imuno-histoquímico das estruturas acometidas, essa possibilidade etiológica ficou remota.

Realizada colangiorrressonância (Figura 2), que evidenciou, além dos achados corroborativos com pancreatite aguda grave, pela classificação de Atlanta revisada, presença de alça comunicando os ductos pancreáticos ventral e dorsal, com ducto de Santorini patente desembocando na papila menor, achado este compatível com AP.

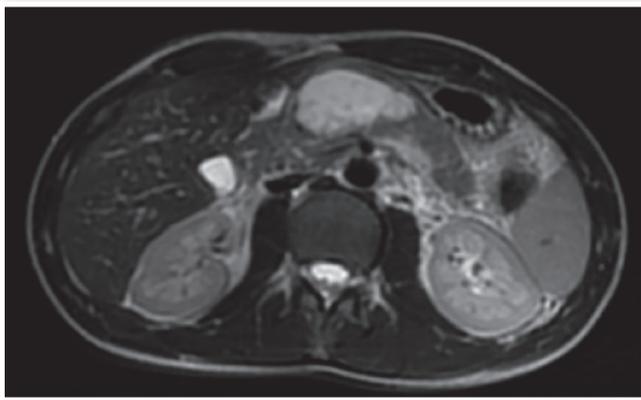
O paciente recebeu alta após 3 semanas de internação e extensa investigação etiológica, em boas condições, com melhora dos parâmetros clínicos, laboratoriais e imagenológicos, com tomografia de abdome com contraste de controle (Figura 3) revelando possível evolução com pseudocisto pancreático, dada a organização das coleções fluidas. Foi encaminhado para seguimento ambulatorial, onde também deveria ser avaliado o irmão gêmeo, quanto à possibilidade de alguma variação anatômica em topografia de ductos pancreáticos.



**Figura 1.** Ressonância magnética de abdome ponderada em T1 com contraste na fase portal caracterizando imagem com hipossinal no corpo do pâncreas, medindo 5,0x2,5cm, com realce periférico.



**Figura 2.** Colangiogramia por ressonância magnética de abdome demonstrando ducto acessório pancreático e alça adicional de drenagem entre os ductos ventral e dorsal, caracterizando ansa pancreática.



**Figura 3.** Ressonância magnética de abdome ponderada em T2 caracterizando imagem com hipersinal no corpo do pâncreas, medindo 5,0x2,5cm.

## DISCUSSÃO

A literatura descreve muitos defeitos congênitos e variedades anatômicas. Essas alterações tendem a ser assintomáticas em sua maioria, sendo detectadas ao acaso em exames imagenológicos.<sup>5</sup> O melhor entendimento da formação embriológica do órgão é essencial para o estudo de falhas congênitas pancreáticas.

O pâncreas se origina entre a sexta e a oitava semana de vida embrionária e tem origem na endoderme. Desenvolve-se de duas evaginações, a dorsal e a ventral, do duodeno primitivo, as quais se fundem posteriormente. O pâncreas, então, assume a forma de um órgão único.<sup>4</sup> Os ductos pancreáticos são constituídos por um ducto ventral, que dá origem ao ducto pancreático acessório ou de Santorini, e um ducto dorsal, que forma o ducto pancreático principal ou de Wirsung.<sup>5</sup>

A AP é uma variação anatômica dos ductos descrita por Dawson e Langman. Caracteriza-se pela obliteração do ducto acessório em sua extremidade proximal, perto de sua junção com o ducto principal, e pela substituição dessa porção por um canal curvo adicional entre os ductos dorsal e ventral. Esse canal é formado pela parte proximal do ducto dorsal, pelo ramo inferior do ducto dorsal e pelo ramo inferior do ducto ventral. Na AP, o ducto acessório surge do ducto pancreático principal e corre de forma arqueada, com seu término na papila duodenal menor.<sup>6,7</sup>

O paciente do estudo apresentou uma pancreatite aguda, não alcoólica e não biliar. No diagnóstico do paciente jovem, as malformações anatômicas e as causas autoimunes devem ser lembradas.

A ansa pancreática vem sendo apontada como causa da pancreatite aguda, assunto que ainda está em discussão. Estudos mostram que aproximadamente 7% dos pacientes que têm a variedade anatômica apresentam o quadro.<sup>5</sup>

A tomografia computadorizada é útil no diagnóstico diferencial de malformações. Esse exame, porém, tem limitações para o estudo detalhado dos canais pancreáticos.<sup>2</sup> A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica pode ser de extrema valia para o diagnóstico, todavia é invasiva e não é isenta de riscos e complicações. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) oferece imagens da via biliopancreática sem a injeção de contraste ou exposição à radiação.<sup>1</sup> A CPRM foi o método utilizado para o diagnóstico da variedade anatômica apresentada pelo paciente.

No caso relatado, foi realizada tomografia computadorizada, que evidenciou coleções fluidas pancreáticas agudas e mais de 30% de área de necrose pancreática. A pancreatite necrosante é a forma com pior prognóstico. O prejuízo à perfusão pancreática e os sinais de necrose peripancreática evoluem ao longo de vários dias, e o exame de imagem contribui de forma precoce para a análise da gravidade do quadro.<sup>8</sup>

A mortalidade global da pancreatite aguda diminuiu de forma significativa nas últimas décadas, de cerca de 12% para 2%. Contudo, essas taxas de mortalidade mantêm-se muito elevadas nesse subgrupo de doentes com acometimento grave.<sup>9</sup> Esse fato demonstra a necessidade do reconhecimento e a rápida introdução da terapêutica.

Além da alteração imagenológica, o paciente em questão exibiu alterações nos níveis de IgG4. A doença relacionada à IgG4 é uma desordem autoimune sistêmica com manifestações abdominais pancreáticas e extra-pancreáticas. Caracteriza-se por lesões com reação inflamatória associada à fibrose e à infiltração linfoplasmocitária rica em plasmócitos tissulares IgG4 positivos,

compondo um espectro de doenças fibroproliferativas, das quais faz parte a pancreatite autoimune.<sup>10</sup>

Alguns pacientes apresentam a doença confinada a um órgão por grande período de tempo. Outros apresentam comprometimento conhecido ou subclínico de outros órgãos. Pacientes com pancreatite autoimune podem ter a doença pancreática como o foco de sua doença, mas 30% também têm nefrite tubulointersticial e a presença de proteinúria leve e hematúria não renal.<sup>10</sup> Sendo esse marcador sorológico inespecífico em fase aguda de pancreatite, bem como havendo a impossibilidade de realização de estudo imuno-histoquímico das estruturas acometidas, essa possibilidade etiológica foi afastada.

Relatou-se um caso de pancreatite aguda grave em paciente jovem, no qual o diagnóstico etiológico foi desafiador e somente aventado após extensa investigação. Variações anatômicas devem ser lembradas no diagnóstico etiológico de pancreatite aguda idiopática, dada a possibilidade de evoluírem com episódios recorrentes e potencialmente ameaçadores, sobretudo em pacientes jovens.

## REFERÊNCIAS

1. Ardengh JC, Coelho DE, Santos JS, Módena JL, Eulalio JM, Coelho JF. Pancreatite aguda sem etiologia aparente: a microlitíase deve ser pesquisada? *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(5):449-58. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912009000500015>
2. Apodaca-Torrez FR, Lobo EJ, Monteiro LM, Melo GR, Goldenberg A, Herani Filho B, et al. Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave. *Rev Col Bras Cir.* 2012;39(5):385-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912012000500008>
3. Menin FA, Petreca A, Teixeira RL. Pancreatite aguda biliar na infância. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(5):341-2. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912006000500013>
4. Bento A, Baptista H, Oliveira F. Malformações congênitas do pâncreas: um caso clínico. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(1):35-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302013000100009>
5. Jarrar MS, Khenissi A, Ghriissi R, Hamila F, Letaief R. Ansa pancreatica: an anatomic variation and a rare cause of acute pancreatitis. *Surg Radiol Anat.* 2013;35(8):745-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00276-013-1103-7>
6. Dawson W, Langman J. An anatomical-radiological study on the pancreatic duct pattern in man. *Anat Rec.* 1961;139:59-68. doi: <https://doi.org/10.1002/ar.1091390109>
7. Lehman GA. Congenital anomalies of the pâncreas. *Gastroenterologic Endoscopy.* 2000;2:1084-97.
8. Souza GD, Souza LR, Cuenca RF, Jerônimo BS, Souza GM, Vilela VM. Entendendo o consenso internacional para as pancreatites agudas: classificação de Atlanta 2012. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2016;29(3):206-10. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600030018>
9. Ferreira AF, Bartelega JA, Urbano JC, Suza UK. Fatores preditivos de gravidade da pancreatite aguda: quais e quando utilizar? *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(3):207-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202015000300016>
10. Fernandes DA, Kido RY, Barros RH, Martins DL, Penachim TJ, Caserta NM. Doença relacionada à IgG4: pancreatite autoimune e manifestações extrapancreáticas. *Radiol Bras.* 2016;49(2):122-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.1911>