



Tratamento cirúrgico da pancreatite crônica

*José Eduardo Monteiro da Cunha, Estela Regina Ramos Figueira, Sonia Penteadó,
Emílio E Abdo, Ricardo Jureidini, Telésforo Bacchella*

Embara a pancreatite crônica seja uma doença de tratamento eminentemente clínico, a longo prazo aproximadamente metade dos casos terminam por necessitar tratamento cirúrgico. A principal indicação de cirurgia é a dor intratável¹⁷, outras complicações como pseudocistos, obstrução biliar ou duodenal e derrames cavitários são menos freqüentes. Mais recentemente alguns procedimentos endoscópicos tem sido desenvolvidos e utilizados no tratamento destes problemas. A escolha do tratamento mais adequado a cada caso individual é fruto do conhecimento das indicações, vantagens e desvantagens em cada situação.

TRATAMENTO DA DOR

A fisiopatologia da dor ainda não está suficientemente esclarecida, os fatores que sempre foram considerados importante na gênese da dor são a hipertensão intra-canalicular conseqüente à interrupção por rolhas proteicas, que acaba se traduzindo como dilatação do ducto de Wirsung, e o aumento da pressão intersticial do pâncreas. Mais recentemente, acredita-se que outros fatores participem do processo¹⁰, tem sido investigadas alterações neurais como proliferação e hipertrofia, destruição do perineúrio, e alteração da produção de neurotransmissores^{2,5,11}. A estes fatores somam-se ainda as dependências de álcool e/ou de narcóticos dificultando a compreensão de resultados em pesquisas clínicas sobre o tratamento da dor.

Na época em que a hipertensão ductal era considerada a única explicação para a dor, foram desenvolvidas as operações para descompressão, que foram sendo aperfeiçoadas desde 1909⁶ até a pancreaticojejunostomia longitudinal descrita por Partington e Rochelle em 1960. Este procedimento tornou-se paradigma do tratamento da dor, em pancreatite crônica com dilatação ductal, por sua eficácia e baixas morbidade e mortalidade. Uma revisão, da American Gastroenterological Association, AGA, observou que há um consenso de que seja a técnica mais segura e com grande probabilidade de obter resultados satisfatórios. Aproximadamente 30% dos casos vão apresentar tardiamente recidiva da dor, é discutido se seu o alívio está relacionado ao abandono do álcool³. Outros atribuem a recidiva à permanência, na profundidade da cabeça do pâncreas, de dutos com cálculos inacessíveis à drenagem^{15,40}. Esta tem sido a maior crítica a este procedimento.

O tratamento da dor da pancreatite crônica através de ressecção do tecido inflamado apóia-se tanto na dificuldade de drenagem de canais da cabeça do pâncreas

quanto na possibilidade de a dor ser conseqüente à inflamação pancreática e perineural. A presença de massa inflamatória, cujo diagnóstico diferencial com câncer pode ser muito difícil em pacientes atípicos, como os de maior faixa etária ou aqueles que subestimem a ingestão alcoólica, também favorece a indicação de ressecção.

Entre as operações para ressecção, a duodenopancreatectomia tem sido o procedimento de escolha para o tratamento de pancreatite com alterações preponderantes na região cefálica, principalmente do sulco entre o pâncreas e o duodeno, “groove pancreatitis”. A pancreatectomia total carrega altos índices de morbidade e mortalidade em alcoólatras e é altamente desaconselhada. O seguimento das pancreatectomias corpo-caudais, pouco utilizadas para o tratamento da dor no Brasil, mostrou que a indução de insuficiências endócrina e exócrina acarreta problemas metabólicos e nutricionais de difícil controle clínico¹³. No entanto, dois estudos mostram alívio da dor em 72 e 82 % dos casos. A principal indicação da pancreatectomia distal é o tratamento de complicações limitadas à cauda do pâncreas.

Por outro lado, a duodenopancreatectomia pode ser feita atualmente com segurança em centros especializados, é efetiva no tratamento da dor, porém pode associar-se a alta morbidade e, a longo prazo, os índices de qualidade de vida são insatisfatórios, possivelmente devido ao agravamento da insuficiência exócrina. A introdução de preservação do piloro, como modificação na técnica clássica descrita por Whipple, visou evitar, ou pelo menos minimizar, este problema afastando as seqüelas de gastrectomia. A duodenopancreatectomia com preservação do piloro promove alívio da dor em até 90% dos casos. Comparada à gastroduodenopancreatectomia clássica, oferece melhor qualidade de vida e ganho de peso no período pós-operatório^{17,36,37}. Com a preservação do piloro também foi observada menor atrofia do pâncreas remanescente, possivelmente em decorrência da preservação do antro gástrico com consequente manutenção da produção de gastrina, que é um fator trófico do pâncreas. A maior crítica a esta preservação é, em alguns casos, a ocorrência de retardo de esvaziamento gástrico no pós-operatório imediato retardando a realimentação com dieta normal. Em pacientes com pancreatite crônica, um estudo retrospectivo comparando a operação de Whipple com a preservação do piloro encontrou resultados similares quanto à função exócrina tardia. Comparando as mesmas duas técnicas, em tumores periampulares, três estudos prospectivos aleatórios foram publicados, dois não observaram diferença no esvaziamento gástrico e o outro confirmou melhor qualidade de vida quando o piloro é preservado.

A combinação de uma drenagem ampla a uma ressecção parcial da cabeça do pâncreas poderia abranger as várias causas de dor, reduzindo a hipertensão ductal e retirando parênquima inflamado da região cefálica. A somatória de vantagens seduziu vários autores que propuseram variações desta combinação, como duodenopancreatectomia associada a pancreateojejunostomia longitudinal no coto remanescente, ou remoção somente do parênquima pancreático, mantendo o duodeno em toda a extensão^{1,15,14}.

Beger e colaboradores¹ foram os pioneiros a propor a ressecção cefálica do pâncreas com preservação do duodeno. Esta técnica envolve a ressecção de um segmento da cabeça do pâncreas, incluindo o processo uncinado, que inicia à esquerda da porção intrapancreática do colédoco e prolonga-se até o colo da glândula, mantendo uma faixa de pâncreas ao longo da porção medial do duodeno e

todo o corpo e a cauda. A drenagem ductal é re-estabelecida por duas anastomoses pancreatojejunais, no remanescente junto ao duodeno e no coto distal do pâncreas, que pode ser acompanhada de abertura longitudinal do Wirsung para ampliar a drenagem. A proposta é remover a parte mais afetada pela fibrose e preservar os órgãos extrapancreáticos, principalmente o duodeno em virtude de seu papel no metabolismo da glicose ⁴⁹.

Uma simplificação da operação de Beger foi proposta por Frey e Smith ¹⁵. Neste procedimento apenas a porção central da cabeça do pâncreas é removida, deixando-se uma margem de parênquima sobre a via biliar, veia porta e duodeno. Esta ressecção parcial cefálica do pâncreas é seguida por uma anastomose pancreatojejunal longitudinal realizada após a abertura do ducto pancreático principal no corpo e cauda do órgão. Este procedimento é tecnicamente mais simples que o de Beger, uma vez que evita a dissecação da veia porta, dificultada pelo processo de fibrose presente nos doentes com pancreatite crônica. Izbicki e colaboradores propuseram uma modificação da operação de Frey especificamente indicada àqueles casos em que não existe dilatação ductal, que impede a realização da operação de Frey. Nesta modificação, além da ressecção parcial da cabeça do pâncreas, um filete de tecido cefálico em forma de cunha é removido ao longo de toda a extensão do ducto de Wirsung não dilatado e o procedimento completado com a realização de uma anastomose pancreatojejunal longitudinal

Os procedimentos de ressecção parcial da cabeça do pâncreas com preservação do duodeno permitem alívio duradouro da dor em 75 a 95% dos casos ^{4,15}. As operações de Frey e de Beger, quando comparadas em estudos prospectivos randomizados, revelaram-se igualmente eficazes no controle da dor, na manutenção da função pancreática e na qualidade de vida, com menor morbidade operatória na operação de Frey. Outros estudos comparando a duodenopancreatectomia com a operação de Beger, mostram melhor preservação das funções endócrina e exócrina e melhor controle da dor após o procedimento de Beger ⁴. Analisando a função endócrina e exócrina de pacientes com pancreatite crônica não operados e a de pacientes submetidos a pancreatojejunostomia longitudinal ou operação de Beger foi observado que as operações não alteraram significativamente a função exócrina, porém a ressecção diminuiu a produção de insulina.

Estas observações demonstram que as ressecções menos agressivas, com preservação do duodeno, determinam controle adequado da dor com menor prejuízo sistêmico a longo prazo. Entretanto, um estudo clínico realizado em 126 doentes submetidos a algum tipo de ressecção, conservadora ou não, mostrou perdas comparáveis de função endócrina após um seguimento médio de 5 anos, o que foi atribuído à progressão da doença.

O controle da hipertensão ductal e da dor em pacientes com pancreatite crônica pode também ser obtido com sucesso através de procedimentos endoscópicos com a colocação de próteses no ducto de Wirsung com ou sem o emprego de litotripsia. Há necessidade de troca de próteses e foram relatadas complicações como sangramento, indução de pancreatite aguda, infecção e perfuração duodenal, mas o tratamento endoscópico não impede que os pacientes possam ser operados posteriormente. Comparando prospectivamente pacientes submetidos aleatoriamente

a tratamento cirúrgico ou endoscópico verificou-se que o tratamento cirúrgico ofereceu melhor resultado a longo prazo no tratamento da dor em pancreatite crônica ¹².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beger HG, Krautzberger W, Bittner R, Büchler M, Limmer J. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in patients with severe chronic pancreatitis. *Surgery* 1985;97:467-473.
2. Bockman DE, Büchler M, Malfertheiner P, Beger HG. Analysis of nerves in chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1988;94:1459-1469.
3. Brinton MH, Pellegrini CA, Stein SF, Way LW. Surgical treatment of chronic pancreatitis. *Am J Surg* 1984; 148:754-759.
4. Büchler MW, Friess H, Muller MW, Wheatley AM, Beger HG. Randomized trial of duodenum-preserving pancreatic head resection versus pylorus-preserving Whipple in chronic pancreatitis. *Am J Surg* 1995;169:65-69
5. Büchler M, Weihe E, Friess H, Malfertheiner P, Bockman E, Muller S, Nohr D, Beger HG. Changes in peptidergic innervation in chronic pancreatitis. *Pancreas* 1992;7:183-192.
6. Coffey R. Pancreaticojejunostomy and pancreatectomy. *Am Surg* 1909; 50:1238-1264.
7. Cunha JE, Bacchella T, Mott C de B, Machado MC. Management of pancreatic pseudocysts in chronic alcoholic pancreatitis with duct dilatation. *Int Surg* 1985;70:53-56.
8. Cunha JE, Bacchella T, Mott CB, Jukemura J, Abdo EE, Machado MC. Surgical treatment of biliary complications from calcifying chronic pancreatitis. *Int Surg* 1984;69:149-154.
9. Cunha JE, Machado M, Bacchella T, Penteadó S, Mott CB, Jukemura J, Pinotti HW. Surgical treatment of pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions. *Hepatogastroenterology* 1995;42:748-751.
10. Di Magno EP, Layer P, Clain JE. Chronic pancreatitis. In: *The Pancreas*. Go VLW, Di Magno EP, Gardner JD, Lebenthal D, Reber HA, Scheele GA (editors). New York: Raven; 1993. pp. 704-740
11. Di Sebastiano P, Fink T, Weihe E, Friess H, Innocenti P, Beger HG, Büchler MW. Immune cell infiltration and growth-associated protein 43 expression correlate with pain in chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1997;112:1648-1655
12. Dite P, Ruzicka M, Zboril V, Novotny I. A prospective, randomized trial comparing endoscopic and surgical therapy for chronic pancreatitis. *Endoscopy* 2003;35:553-558
13. Eckhauser F, Cowles R, Colletti L. Subtotal Pancreatectomy for Chronic Pancreatitis. *World J Surg* 2003;27:1231-1234
14. Farkas G, Leindler L, Daroczi M, Farkas G Jr. Organ-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis. *Br J Surg* 2003;90:29-32
15. Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. *Pancreas* 1987;2:701-707
16. Frey CF, Suzuki M, Isaji S. Treatment of chronic pancreatitis complicated by obstruction of the common bile duct or duodenum. *World J Surg* 1990;14:59-69
17. Friess H, Berberat PO, Wirtz M, Büchler MW. Surgical treatment and long-term follow-up in chronic pancreatitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14:971-977.