

1. Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal, Madeira
2. Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São João, Porto
3. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de São João, Porto
4. Centro de Diagnóstico Anatomo-Patológico, Coimbra

INTRODUÇÃO

A pancreatite auto-imune (PAI) é uma patologia rara cuja apresentação aguda mais comum pode variar da icterícia obstrutiva/massa pancreática até a pancreatite aguda. São reconhecidos dois tipos de PAI: tipo 1, como parte do espectro da doença sistémica por IgG4 e tipo 2 mais frequentemente associada à doença inflamatória intestinal.

RESUMO DOS CASOS

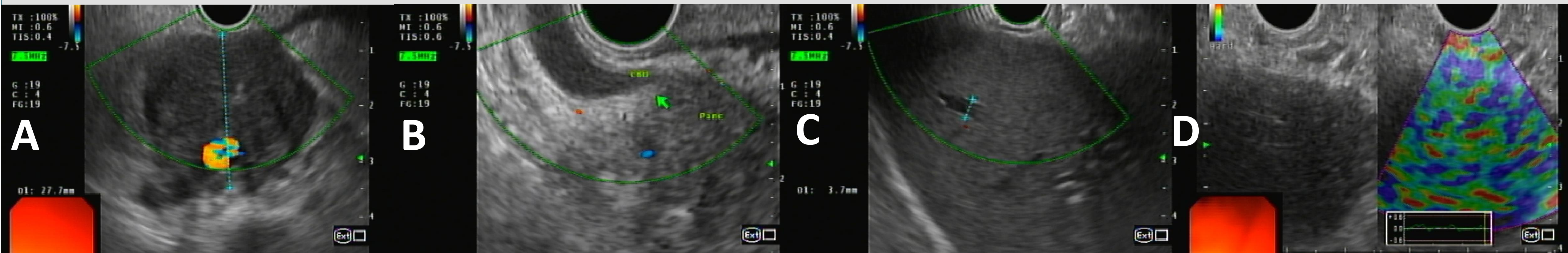
Relatamos o caso de um doente do sexo masculino, caucasiano, de 41 anos com diagnóstico de colite ulcerosa sob terapêutica com messalazina. Recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor epigástrica. Ao exame físico, apresentava adenopatias submandibulares palpáveis e dor epigástrica à palpação superficial. Analiticamente a destacar ALT 1155, AST 1206, LDH 967, FA 357, GGT 1097, Bil T 1.34, aANCA 1/160, pANCA 32 U/mL e lipase 6xLSN. A tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou globosidade da região cefalopancreática pelo que foi proposto para realização de EUS-PAAF com demonstração de plasmócitos e a biópsia hepática revelou infiltrado linfoplasmocitário, focalmente com lesões da placa limitante.

O segundo caso refere-se a um homem de 64 anos que recorreu ao SU por dor abdominal e icterícia. Analiticamente com AST/ALT 385/707, BT/BD 7.6/3.98, lipase 106, IgG 1240, IgG1 814 e IgG4 428. A TC-abdominal revelou dilatação da via biliar principal com interrupção abrupta na porção intra-pancreática e pâncreas difusamente edemaciado e com perda da lobulação. A EUS-PAAF realizada no dia da admissão revelou achados sugestivos de pancreatite crónica e a citologia demonstrou infiltrado linfóide. Os dois doentes iniciaram corticoterapia com excelente resposta clínica, analítica e imagiológica. Sem recidivas a registar no follow-up de 12 e 3 meses após suspensão da terapêutica.

RESULTADOS



*Imagens Caso 1*  
*A* – Parênquima pancreático globalmente heterogéneo, de aspecto predominantemente hipocogénico, com globosidade da cabeça pancreática e identificação de lesão “mass-like” com 40x25 mm a este nível.  
*B* – Observaram-se várias adenopatias peri pancreáticas, alongadas, de centro ecogénico, a maior com 9,4 mm de maior eixo, sugestiva de adenopatia reactiva.  
*C* – Via biliar principal (VBP) dilatada espessada e irregular ao nível da região cefalopancreática sem condicionar contudo dilatação da VBP (5 mm de diâmetro).  
*D* – Ao exame elastográfico, observa-se padrão homogéneo azul com um strain ratio de 147.76.



*Imagens Caso 2*  
*A* – Parênquima pancreático difusamente globoso, edemaciado, sem a lobulação característica, e de aspecto predominantemente ipoecogénico, com alguns focos e bandas hiperecogénicas a traduzir prováveis fenómenos fibróticos.  
*B* – Via biliar principal dilatada (10 mm de diâmetro), sem imagens endoluminais, com afunilamento abrupto ao nível da região intra-pancreática.  
*C* – Vias biliares intra-hepáticas (VBHI) dilatadas com cerca de 4mm de diâmetro. Parênquima hepático esquerdo explorado sem nódulos ou outras alterações.  
*D* – Ao exame elastográfico, observa-se padrão heterogéneo misto com um strain ratio de 35.41.

CONCLUSÕES

O conhecimento das várias manifestações clínicas, serológicas, imagiológicas e histológicas da pancreatite auto-imune são essenciais para a correcta abordagem dos casos e evicção de procedimentos invasivos nomeadamente CPRE e cirurgia. A EUS aliada à biópsia permite o diagnóstico definitivo de pancreatite auto-imune. Nos casos em que não é possível obter material histológico diagnóstico, os achados típicos da EUS permitem corroborar o diagnóstico aliados aos restantes elementos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Shimosegawa T, Chari ST, Frulloni L, Kamisawa T, Kawa S, Mino-Kenudson M, Kim MH, Klöppel G, Lerch MM, Löhr M, et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: guidelines of the International Association of Pancreatology. *Pancreas*. 2011;40:352–358..

2. Farrell JJ, Garber J, Sahani D, Brugge WR. EUS findings in patients with autoimmune pancreatitis. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:927–936.