

LITOTRÍCIA ELECTROHIDRÁULICA GUIADA POR PANCREATOSCOPIA NUM DOENTE COM CÁLCULO INTRADUCTAL DIFÍCIL

Alexandrino G, Lourenço LC, Horta D, Reis J, Canena J
Serviço de Gastreenterologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

CASO CLÍNICO

- . Sexo masculino, 46 anos, história de pancreatite crónica alcoólica.
- . Admitido por dor abdominal recorrente e perda ponderal de 5 Kg em três meses.
- . Realizou Angio-TC abdominal que revelou pâncreas atrófico e heterogéneo com múltiplas calcificações e cálculos ductais (Figuras 1A/1B).

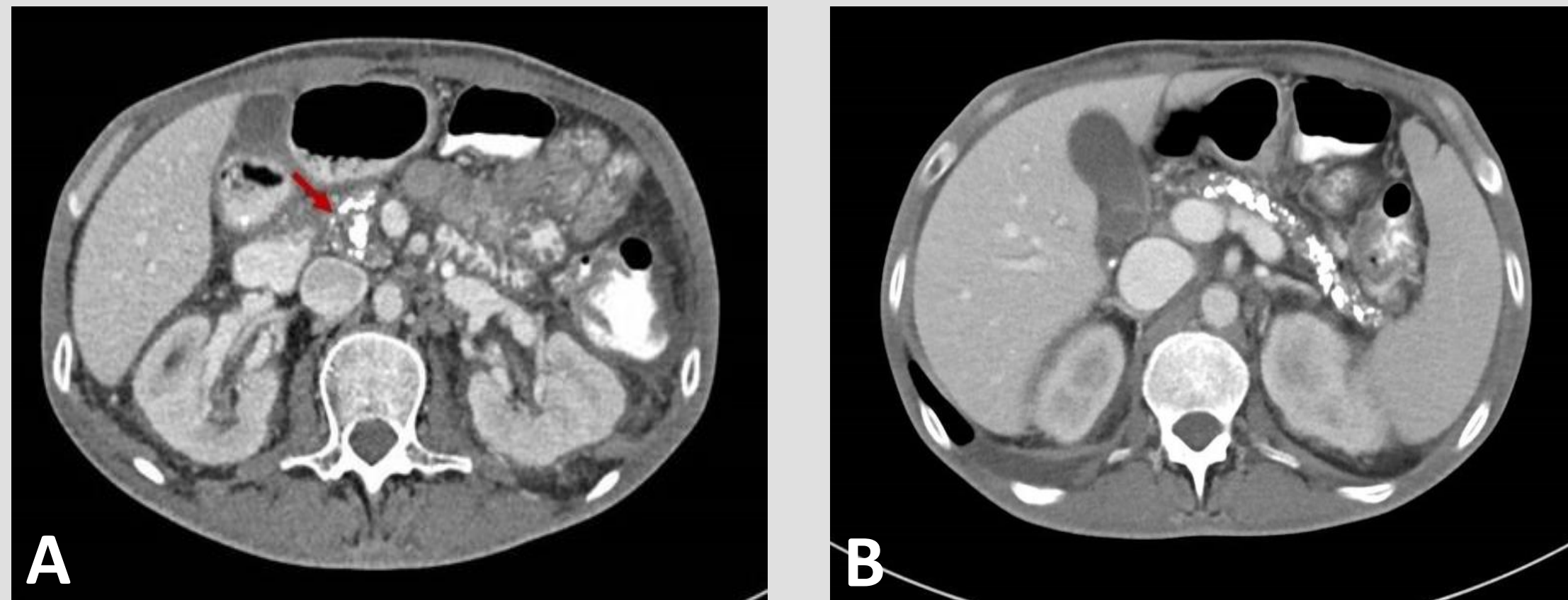


Figura 1. Angio-TC em doente com pancreatite crónica calcificante. **A.** Aumento da cabeça pancreática, com múltiplas calcificações parenquimatosas e intraductais (seta). **B.** Pâncreas atrófico e heterogéneo com múltiplas calcificações no parênquima e cálculos intraductais.

- . Optou-se pelo início de endoterapia, com o objectivo de aliviar a dor abdominal. A primeira CPRE revelou dilatação do Wirsung, múltiplos defeitos de repleção relacionados com cálculos e obstruções associadas, mais pronunciadas na cabeça e corpo distal (Figura 2).

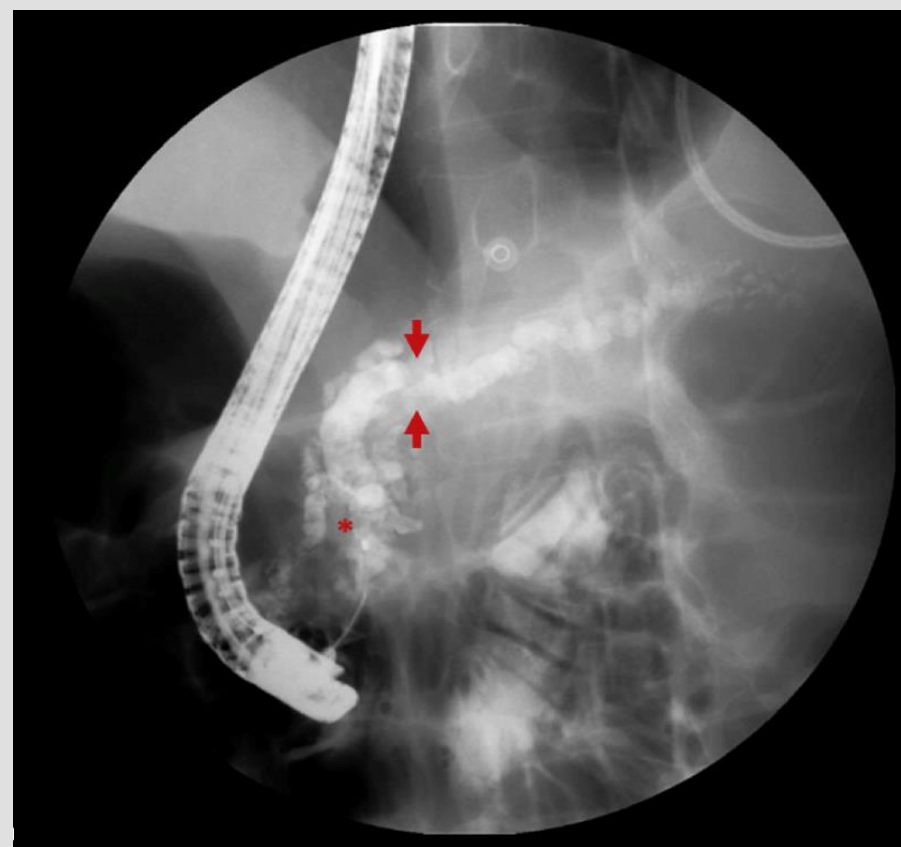


Figura 2. Pancreatograma inicial a revelar marcada dilatação do Wirsung, múltiplos defeitos de repleção, obstrução na cabeça(*) e outra obstrução pronunciada no corpo distal (setas).

- . Não foi possível ultrapassar a obstrução do corpo distal com fio-guia. Realizou-se esfínterectomia pancreática e dilatação com balão hidroestático (6 mm) das obstruções da cabeça, seguida de extracção de cálculos com balão (8,5 mm). Colocou-se prótese pancreática de plástico (5-Fr/5cm). Realizaram-se duas CPREs adicionais, aumentando o número de próteses (total de 14-Fr). No entanto, continuava a não ser possível atravessar a obstrução do corpo com fio-guia. Assim, optou-se por **litotrícia electrohidráulica guiada por pancreatoscopia**. Após dilatação papilar com balão hidroestático (6mm), o pancreatoscópio (Spyglass Direct Visualization System; Boston Scientific) foi avançado através do fio-guia até ao cálculo que causava a obstrução. (Figura 3A). Após fragmentação total do cálculo (*medium power*, 5-10 pulsos de alta energia) e remoção dos fragmentos, observou-se estenose no corpo (Figura 3B) que se ultrapassou com fio-guia (Figura 3C). Dilatou-se a estenose e colocaram-se duas próteses plásticas (7-Fr/9 e 12cm) (Figuras 3D/3E).

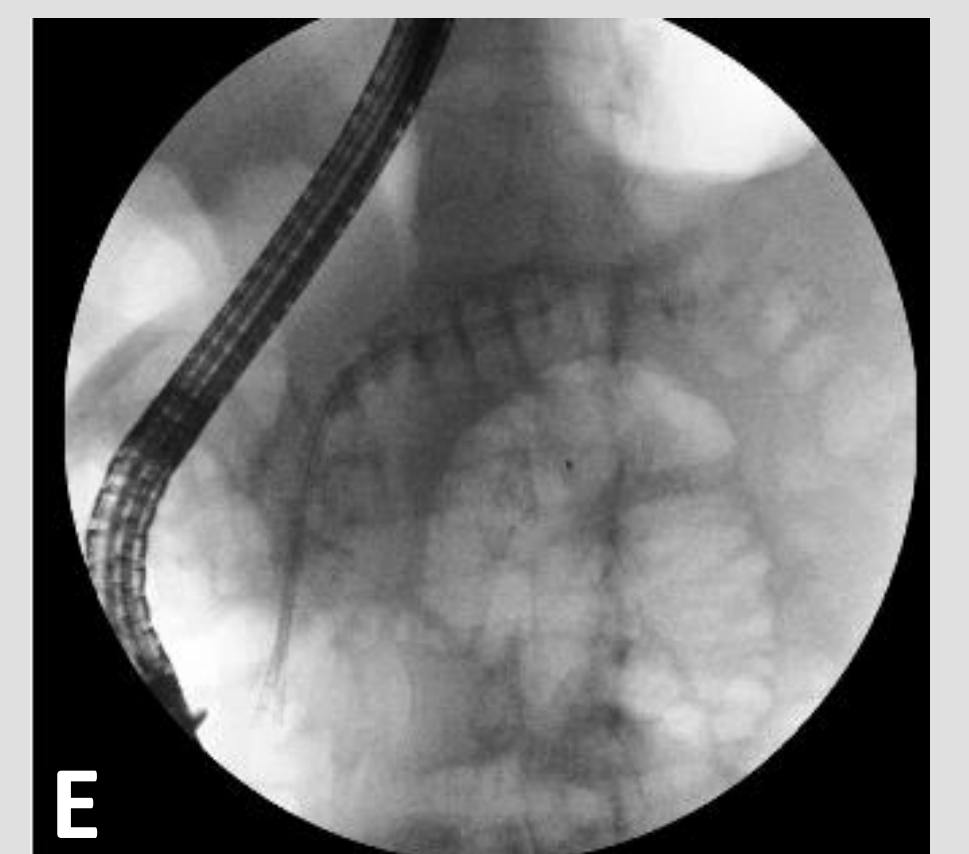
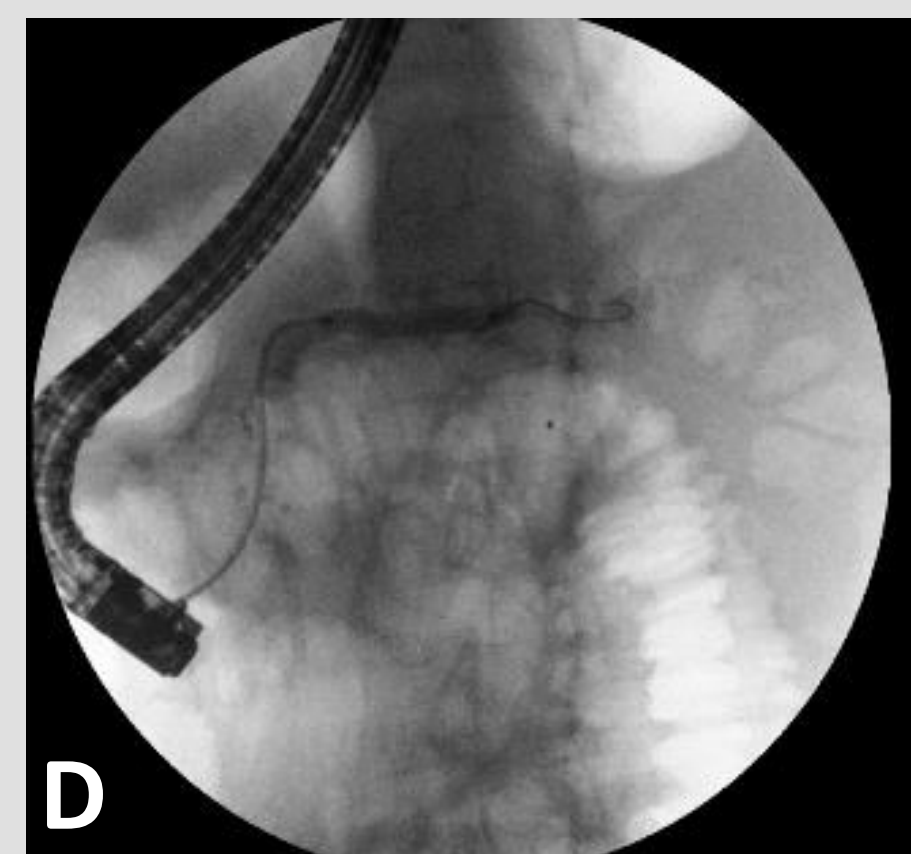
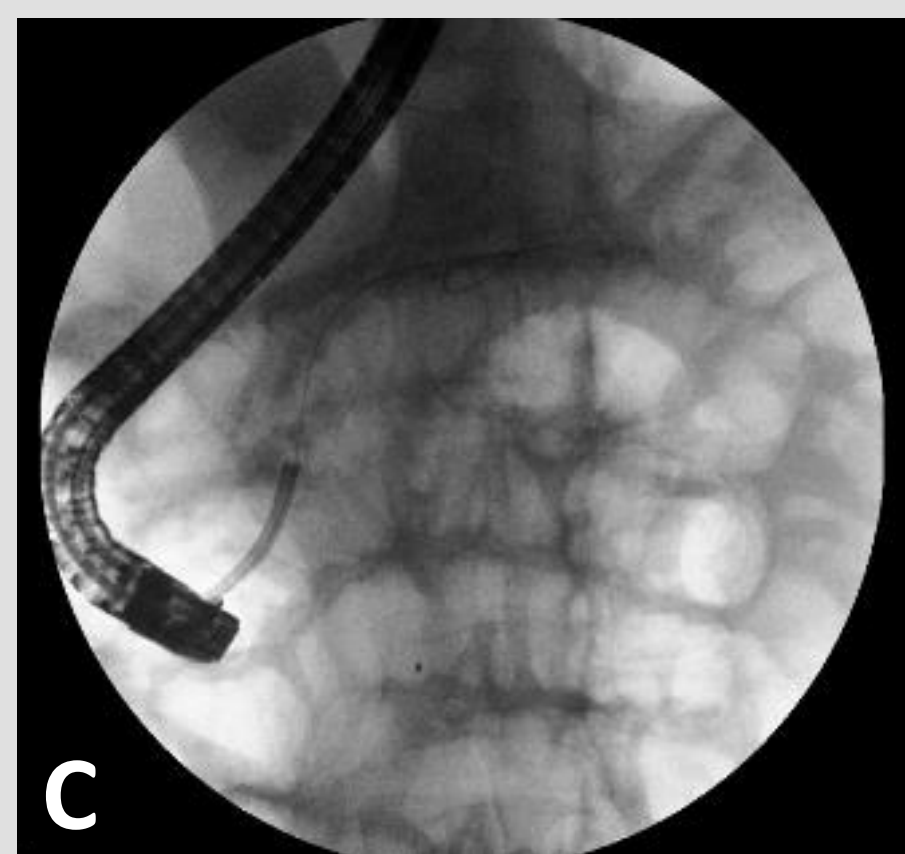
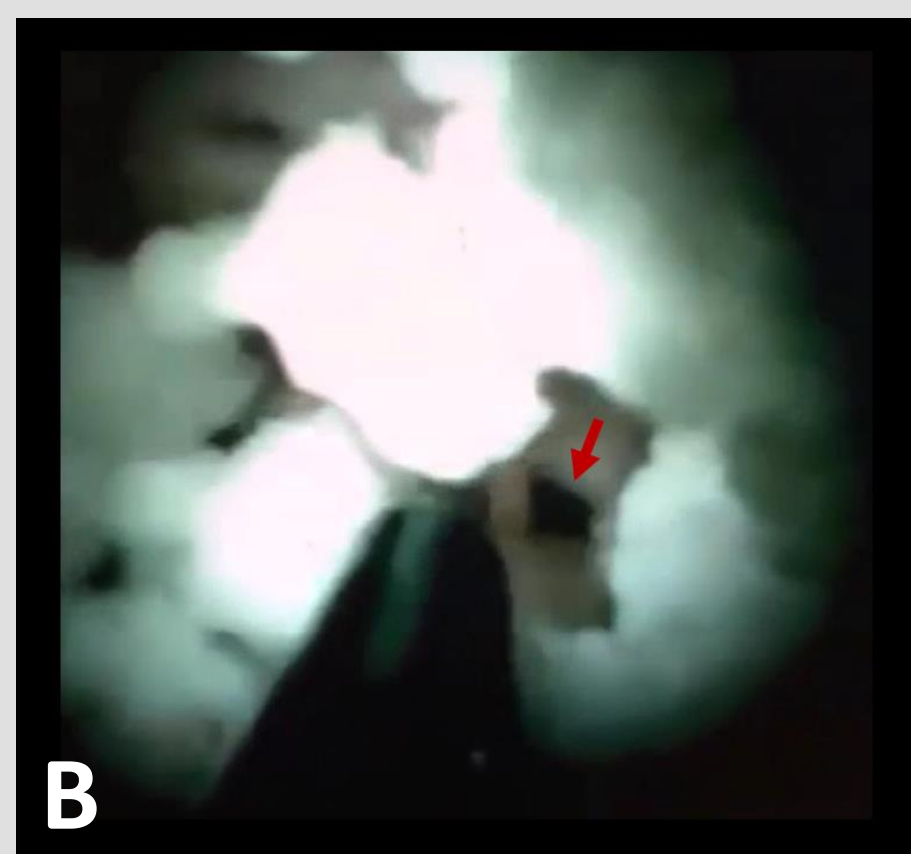
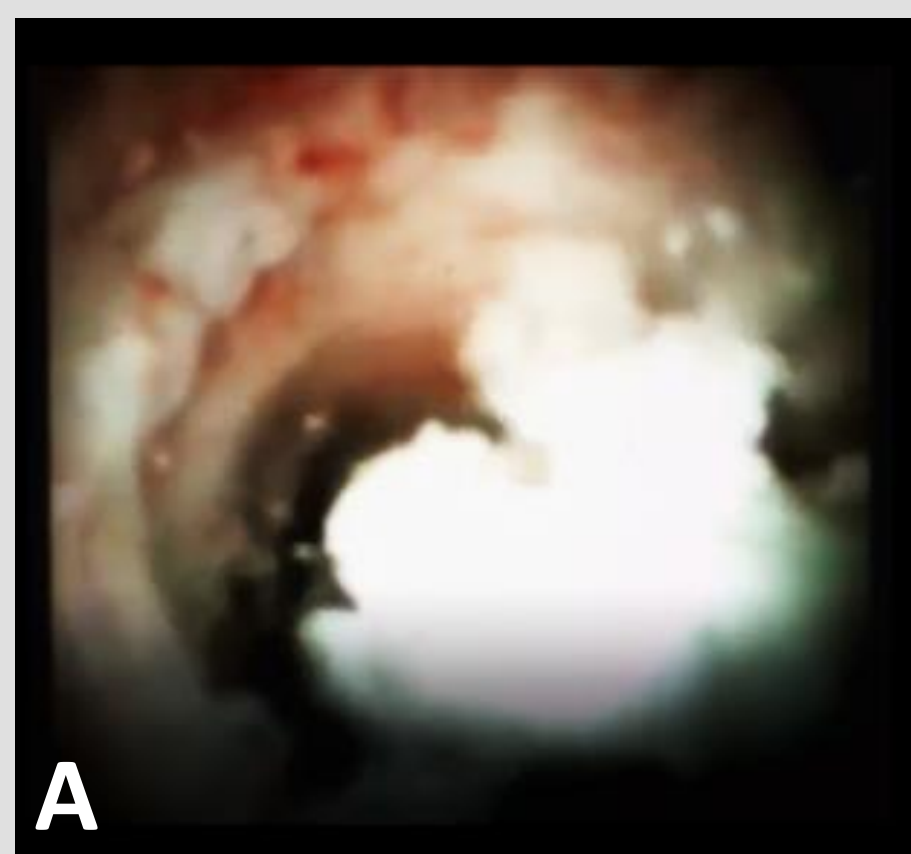


Figura 3. **A.** Imagem de pancreatoscopia digital do corpo pancreático distal a mostrar obstrução luminal causada por volumoso cálculo intraductal. **B.** Estenose do corpo distal (seta) visível após litotrícia. **C.** Canulação da obstrução do corpo distal com fio-guia. **D.** Dilatação hidroestática da estenose. **E.** Colocação das próteses pancreáticas plásticas (7-Fr/9 e 12cm).

- . Três meses depois, na CPRE de reavaliação foram retiradas as próteses e o pancreatograma mostrou *clearance* dos cálculos e melhoria franca da estenose (Figura 4). Aos 8 meses de follow-up, o doente está assintomático sem necessidade de analgesia ou endoterapia.



Figura 4. Pancreatograma após o término da endoterapia e da litotrícia.

CONCLUSÕES

→ A litotrícia electrohidráulica guiada por pancreatoscopia, quando associada à endoterapia intensiva, é uma técnica segura e eficaz na resolução de obstruções condicionadas por cálculos intraductais e na melhoria clínica. Pode ser utilizada em associação à litotrícia extra-corporal ou isolada permitindo a resolução de problemas complexos apenas com recurso à endoterapia, conforme ilustrado no caso apresentado.