

# PAPILITE: - UM PROBLEMA DIAGNÓSTICO - REVISÃO DE 02 ANOS -

\* Antonio Borges Campos  
\*\* Grijalva Otávio F. da Costa  
\*\*\* Ricardo Madeiro  
\*\*\*\* Suely Mota

## SUMÁRIO

*A papilite (estenose papilar) é uma patologia de difícil diagnóstico clínico pré-operatório, manifestando-se com sinais e sintomas do complexo biliar-pancreático, até porque, várias alterações pancreáticas e biliares são encontradas nos achados cirúrgicos. O tratamento é cirúrgico, sendo a esfínteroplastia o tratamento de escolha quando o diagnóstico trans-operatório de papilite é confirmado.*

*Os autores analisam neste trabalho 17 casos de papilite no hospital H.G.C.C., escolhidos entre 135 cirurgias de vias biliares em 1987 e 1988.*

## ABSTRACT

*Papillitis (papillary esthenosis) is a very difficult diagnosis pathology in its pre operator phasis, appearing with signs and simptoms of the biliary-pancreatic tract complex, otherwise because many disturbs of this tract are found during the surgical procedure. Surgery is the basic treatment and sphincteroplastia is the treatment of choice when the transoperatory diagnosis of papillitis is confirmed.*

*In this study the authors analyse 17 cases of papillitis in H.G.C.C. hospital chosen between 135 biliary tract surgeries in the year of 1987 and 1988.*

## 1 - INTRODUÇÃO

A Papilite primária ou secundária continua sendo uma doença de difícil diagnóstico pré-operatório. É em geral suspeitada após insucesso cirúrgico em tra-

tar as patologias da vesícula biliar, colaborando assim com o grupo de patologias sob o extenso nome de síndrome pós-colecistectomia ou ainda quando se observam suas conseqüências indiretas como: dilatação coledocociana, dilatação cística, ou a presença de cálculos na via biliar principal. Nestes casos são evidenciados facilmente pela ultra-sonografia abdominal, colangio percutânea com CHIBA ou tomografia computadorizada.

A dificuldade para definir pré-operatoriamente a patologia e como conseqüência o tratamento cirúrgico adequado é causa da reoperação em 29,2% dos casos analisados.

- \* Prof. Adjunto do Departamento de Cirurgia da UFC.
- \*\* Prof. colaborador lotado no Centro de Ciências da Saúde, licenciado
- \*\*\* Médico-Residente do Hospital Cesar Cals - FUSEC
- \*\*\*\* Médico

O diagnóstico pré-operatório de papilite constituiu apenas 35,2%, sendo os demais formados por entidades clínicas diversas como: colecistite aguda calculosa, coledocolitíase, coletitíase, CA de vesícula, pancreatite, etc.

Evidentemente estes tantos diagnósticos imprecisos refletem a dificuldade de caracterização através dos vários sinais e sintomas da papilite. Até porque parece-nos que esta doença pode a princípio ser relativamente surda, só vindo posteriormente se manifestar quando já mostra repercussão sobre a via biliar com a sua conseqüente dilatação, dificuldade de esvaziamento, formação de cálculos no seu interior, ou ainda quando afeta o pâncreas.

Os sintomas algícos abdominais mostraram uma presença quase que constante, podendo eles estarem presente tanto difusamente como localizados.

Um fato curioso é que só em três casos a papilite foi o único achado cirúrgico. Em todos os outros casos haviam outros achados como: colelitíase, colecistite aguda, pancreatite aguda, coledocolitíase, o que nos leva a pensar no caráter multicêntrico das manifestações clínicas que acompanham a doença, assim como da necessidade de compreender melhor o complexo bilio-pancreático como uma unidade funcional.

## 2 - MÉTODOS

Este trabalho consiste em um estudo retrospectivo de 17 casos de papilite no H.G.C.C. no período de Jan/87 à out/88 selecionados entre 135 cirurgias das vias biliares.

A avaliação destes 17 pacientes que tiveram o diagnóstico pós-operatório confirmado de papilite, constitui o objeto deste trabalho. Este diagnóstico foi confirmado durante a cirurgia, através da exploração do cirurgião, com auxílio da colangiografia transoperatória: destes, 13 pacientes eram do sexo feminino contra apenas 4 pacientes do sexo masculino: a idade variava de 23 a 67 anos, tendo as mulheres uma média de idade de 43,3 anos e os homens de 60,25 anos.

A esfinteroplastia constitui a opção cirúrgica em 16 pacientes, tendo sido em um paciente realizada uma derivação coledoco-duodenal término-lateral devido ao calibre do colédoco (60mm).

Em quase todos os pacientes haviam sintomas algícos manifestando-se sempre no andar superior do abdome (região epigástrica e hipocondrio direito). Uma série diversa de sinais e sintomas estavam presentes nestes pacientes, o que de certa forma contribui para diversidade de diagnóstico pré-operatórios.

QUADRO I

SINAIS E SINTOMAS	FREQÜÊNCIA
Vômitos	58,7%
Dor Epigástrica	52,9%
Dor no H.D.	47,5%
Calafrios	35,3%
Náuseas	29,4%
Febre	29,4%
Ictericia	23,5%
Empachamento	23,5%
Diarréia	17,6%
Dor abdominal difusa	17,6%
Cefaléia	11,6%
Colúria	11,6%
Intolerância a farináceos	5,8%
Acolia fecal	5,8%
Melena	5,8%
Pirose	5,8%

Devido aos inúmeros sinais e sintomas assim com a má caracterização clínica desta doença, só 35% dos pacientes tiveram o diagnóstico pré-operatório de papilite. Várias outras patologias foram suspeitadas como: colecistite aguda calculosa, colelitíase, coledocolitíase, tumores da vesícula. Diagnósticos que somados geraram um percentual de 65% de diagnósticos pré-operatório não corretos.

QUADRO II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL %
Papilite	6	35,3%
Colecistite aguda	4	23,5%
Colelitíase	4	23,5%
Coledocolitíase	2	11,6%
Tu. de vesícula	1	5,8%

Os achados cirúrgicos mais freqüentes foram a dilatação coledocociana e dilatação cística. 93% dos casos o calibre do coledoco era maior que 10mm.

A dilatação do canal cístico foi achado em 41,1% dos casos. Os demais achados foram: estenose papilar (04 casos), pancreatite (03 casos), litíase coledocociana (01 caso), vesícula escleroatrófica (01 caso).

A técnica cirúrgica utilizada foi a esfinteroplastia em 10 casos e a derivação coledocoduodenal término-terminal em 01 caso. Em todos os casos foi utilizada drenagem com Penrose e em 05 casos o dreno em T (Kehr).

Seis pacientes tinham cirurgias prévias, sendo 05 colecistectomias simples e 01 apendicectomia.

A colangiografia trans-operatória foi realizada em todos os pacientes, fazendo parte do protocolo hospitalar para as cirurgias da via biliar.

O tempo de permanência mínimo foi de 04 dias e o máximo de 28 dias, com a média de 8,5 dias.

As complicações foram: infecção da ferida cirúrgica em 02 casos e 01 caso de fleo parafítico prolongado.

A antibioticoterapia profilática foi realizada em 82,3% dos casos, sendo as cefalosporina e ampicilina os antibióticos mais usados.

Os resultados histopatológicos só confirmaram o diagnóstico cirúrgico em 35,2%. Em 04 pacientes não foi feita biópsia da papila. Os outros dados histopatológicos podem ser vistos no quadro anexo.

QUADRO III

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL %
Papilite + colelitíase	5	29,4%
Papilite + colecistite aguda	4	23,5%
Papilite + pancreatite	3	17,6%
Papilite	3	17,6%
Papilite + coledocolitíase	2	11,6%

QUADRO IV

ACHADOS CIRÚRGICOS	PERCENTUAL %
Dilatação coledocociana	88,2%
Dilatação do canal cístico	41,1%
Estenose papilar	23,5%
Pancreatite	17,6%
Cálculo no coledoco	11,6%
Colecistite aguda	5,8%
Vesícula esclero-atrófica	5,8%
Fístula vesico-colonica	5,8%
Fístula do coto cístico	5,8%

QUADRO V

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS	Nº DE CASOS	PERCENTUAL %
Colecistite aguda	3	17,6%
Papilite crônica inespecífica	3	17,6%
Colecistite crônica inespecífica	2	11,6%
Colecistite crônica exsudativa	2	11,6%
Colecistite crônica moderada	1	5,8%
Papilite crônica fibrosante	2	11,6%
Não realizados	4	23,5%

### CONCLUSÃO

A papilite primária ou secundária constitui uma patologia de difícil diagnóstico clínico, sendo em geral suspeitada após insucesso clínico ou cirúrgico em tratar patologias que envolvem o complexo bilio-pancreático.

Os exames complementares usados pouco auxiliaram na comprovação do diagnóstico. Talvez com a colangiopancreatografia endoscópica retrograda o diagnóstico possa ser mais facilmente elaborado.

O tratamento cirúrgico parece ser a única saída, sendo a papilotomia o procedimento de escolha.

Os achados cirúrgicos de alterações concomitantes como, colecistites aguda e crônica, pancreatite, etc., parece uma regra comprovado em parte pelo histopatológico.



DESTINADO A INSTITUIÇÕES RELACIONADAS COM O ENSINO DE MEDICINA

solícite muita atenção para a assinatura desta revista - ver tabela

Nome da Instituição \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_