

Relato de Caso

Pancreatite Aguda Simulando Perfuração Após Polipectomia Duodenal Não Ampular

Chidera Onwuzo ^{1,*}, Dayana Nasr ¹, Huda Jaffar ¹, FNU Alvina ¹, Noam Peleg ¹

¹ Department of Internal Medicine, SUNY Upstate Medical University Hospital, Syracuse, New York, USA.

* Correspondência: chionwuzo@gmail.com.

Resumo: A pancreatite pós-procedimento após ressecção duodenal não ampular é incomum. Descrevemos um homem de 73 anos com doença do refluxo gastroesofágico que foi submetido à esofagogastroduodenoscopia (EDA) por dor em quadrante superior esquerdo em um serviço externo, onde um pólipó sésil de 1 cm na segunda porção do duodeno, com biópsia compatível com adenoma, foi removido em fragmentos com alça quente utilizando um endoscópio de visão lateral. Duas horas depois, desenvolveu dor epigástrica intensa e apresentou-se no dia seguinte com leucocitose e lipase de 9.000 U/L. A tomografia computadorizada (TC) mostrou edema difuso do mesentério e omento, especialmente no espaço pararenal anterior, sugestivo de pancreatite aguda. Diante da recente ressecção duodenal e da intensidade da dor, suspeitou-se clinicamente de perfuração duodenal, motivando transferência. Na admissão, nova avaliação por imagem seccional, revisada em conjunto com a cirurgia, demonstrou pancreatite aguda relacionada ao procedimento, com edema do sulco pancreaticoduodenal, provavelmente secundária à polipectomia recente, sem evidência de perfuração, sendo mantido tratamento conservador. O paciente apresentou melhora clínica com medidas de suporte e recebeu alta no 7º dia.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda; Polipectomia Duodenal Não Ampular; Pancreatite Pós-Procedimento; Adenoma Duodenal.

Citation: Onwuzo C, Nasr D, Jaffar H, Alvina FNU, Peleg N. Pancreatite Aguda Simulando Perfuração Após Polipectomia Duodenal Não Ampular. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 JanDec;06(1):bjcr193.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr193>

Received: 8 Maio 2026

Accepted: 27 Maio 2026

Published: 29 Maio 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

A pancreatite aguda após polipectomia duodenal não ampular representa um fenômeno raro e interessante, com poucos casos relatados. Os pólipos duodenais são identificados em aproximadamente 1,5%–5% das endoscopias digestivas altas e frequentemente são achados incidentais [1,2]. Em uma coorte prospectiva de 584 esofagogastroduodenoscopias (EDAs), pólipos duodenais foram encontrados em 4,6%; a maioria era pequena, sésil e não neoplásica no bulbo duodenal, enquanto adenomas eram incomuns (~7% dos pólipos duodenais; 0,4% de todas as EDAs) e ocorriam predominantemente na segunda porção do duodeno, onde a ressecção endoscópica é tecnicamente mais complexa [3].

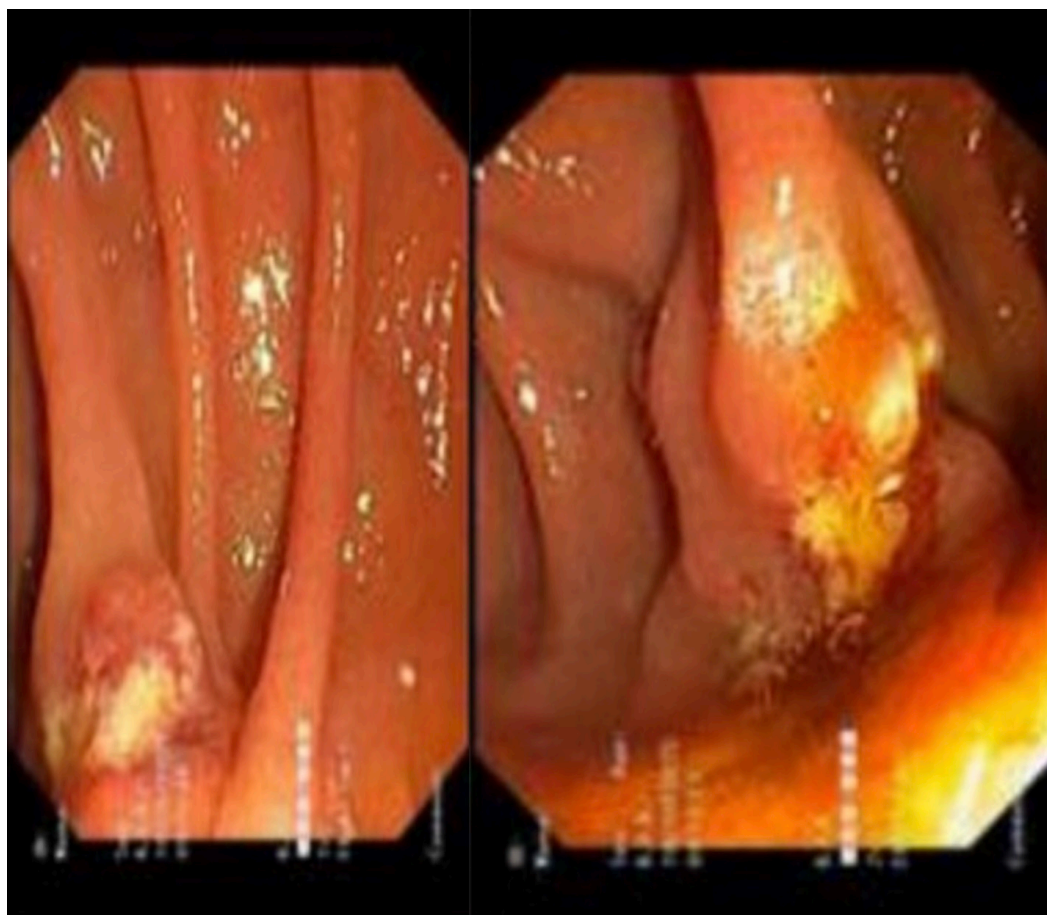
A pancreatite aguda após ressecção de lesões duodenais não ampulares tem sido descrita predominantemente em relatos de caso isolados após polipectomia com alça quente ou mucosectomia endoscópica (EMR) [4,5]. Em contraste, a pancreatite aguda é uma complicação bem reconhecida após ressecção ampular com papilectomia endoscópica (EP), ocorrendo em aproximadamente 10%–15% dos casos [6]. Esses dados destacam que, embora a pancreatite seja esperada e ativamente prevenida na EP, sua ocorrência após polipectomia duodenal não ampular permanece incomum e merece documentação cuidadosa e consideração mecânica.

2. Relato de caso

Um homem de 73 anos com doença do refluxo gastroesofágico e hipertensão foi submetido à endoscopia digestiva alta em um serviço externo devido a uma história de 2–3 meses de dor no quadrante superior esquerdo. Um pólipó duodenal sésil de 1 cm na segunda porção do duodeno teve biópsia compatível com adenoma, e ele retornou várias semanas depois ao mesmo serviço para polipectomia, realizada em fragmentos utilizando alça quente por meio de um endoscópio de visão lateral após tentativas iniciais com gastroscópio (Figura 1); a lesão foi completamente recuperada, e foi planejada vigilância em 6 meses.

Duas horas depois, desenvolveu dor epigástrica abrupta de intensidade 10/10, perda de apetite, e apresentou-se no dia seguinte a um hospital externo. Negava febre, hematêmese e sangramento retal, mas relatava calafrios. Os exames laboratoriais mostraram leucócitos de $16,5 \times 10^9/L$, lipase de 9.000 U/L, bilirrubina total de 1,8 mg/dL, AST/ALT normais, perfil lipídico sem alterações significativas e cálcio de 9,1 mg/dL. A tomografia computadorizada de abdome/pelve mostrou edema peripancreático difuso compatível com pancreatite aguda. A preocupação com possível perfuração duodenal motivou a transferência para um centro de maior complexidade.

Figura 1. Pólipo (1 cm) na segunda porção do duodeno.



Na admissão, o paciente foi avaliado e permaneceu hemodinamicamente estável; entretanto, relatava dor abdominal, e a repetição dos exames laboratoriais foi compatível com pancreatite aguda. Foram instituídas medidas de suporte, e antibióticos de amplo espectro foram mantidos. A EDA foi adiada devido à suspeita clínica de perfuração duodenal. As imagens externas estavam disponíveis apenas na forma de laudo, com acesso

limitado ao conjunto completo de imagens, o que restringiu a revisão multidisciplinar em nosso centro; assim, uma nova TC foi obtida para avaliar presença de ar livre, extravasamento ou coleção drenável.

A TC de repetição demonstrou edema do sulco pancreaticoduodenal e densificação da gordura peripancreática com discreta quantidade de líquido adjacente e leve proeminência do ducto pancreático, sem ar livre ou coleção drenável, provavelmente secundários à polipectomia recente (Figura 2). Observou-se realce nodular próximo à ampola. A revisão pela equipe cirúrgica não identificou evidências de perfuração, e optou-se por manejo não operatório.

Figura 2. Edema pancreático com densificação/líquido da gordura peripancreática, espessamento da fásia renal anterior e ducto pancreático principal proeminente.



Apesar da ausência de perfuração, necrose, colangite ou coleção infectada, os antibióticos foram mantidos pela equipe assistente diante de leucitose persistente, piora da dor abdominal e incerteza diagnóstica inicial. Hemoculturas não apresentaram crescimento, e nenhuma fonte infecciosa foi identificada. À medida que a suspeita de perfuração ou infecção diminuiu, os antibióticos foram descalonados. Posteriormente, o paciente tolerou dieta líquida, evoluiu para dieta oral branda e recebeu alta no 7º dia. Foi orientado seguimento ambulatorial com sua equipe de gastroenterologia, com planejamento de repetição da imagem abdominal em 4–6 semanas. O exame histopatológico do espécime da polipectomia foi compatível com adenoma.

3. Discussão e Conclusão

A pancreatite pós-procedimento após mucosectomia endoscópica (EMR) ou polipectomia duodenal não ampular parece rara, mas vem sendo cada vez mais reconhecida. Casos semelhantes foram relatados após polipectomia ou biópsia duodenal. Mirchev et al. descreveram pancreatite edematosa leve algumas horas após EMR de um pequeno pólipó

duodenal hiperplásico, com recuperação completa apenas com medidas de suporte [4]. Alper et al. relataram dois casos de pancreatite aguda leve após polipectomia com alça e eletrocoagulação de adenomas pós-bulbares, provavelmente decorrente de lesão térmica local ou edema próximo à cabeça do pâncreas [7]. Modi et al. relataram pancreatite oito horas após repetição de EDA com EMR subaquática para três pólipos duodenais não ampulares, com melhora mediante tratamento conservador [8]. Kwak et al. relataram pancreatite necrosante com falência de múltiplos órgãos após ressecção de um pólipo duodenal displásico de 5 mm [9].

Chen et al. descreveram um hematoma intramural duodenal difuso após biópsia em um paciente imunocomprometido, que obstruiu o fluxo pancreático, evoluindo para pancreatite necrosante fatal com síndrome do desconforto respiratório agudo e choque séptico, culminando em óbito duas semanas depois [10]. Esses casos fatais destacam que dor persistente ou progressiva, resposta inflamatória sistêmica, disfunção orgânica, elevação do lactato, aumento da necessidade de oxigênio, incapacidade de tolerar dieta, hematoma ou obstrução duodenal, necrose ou coleções em evolução devem motivar reavaliação urgente, e não apenas cuidados de suporte rotineiros. Em conjunto, esses relatos sugerem que a pancreatite pós-polipectomia ou pós-biópsia é incomum, frequentemente autolimitada, mas ocasionalmente fatal.

O mecanismo é plausível. O complexo ampular localiza-se na segunda porção do duodeno; a lesão eletrocirúrgica pode causar dano térmico ou edema na papila menor ou maior adjacente, produzindo obstrução transitória do ducto pancreático. Irritação mecânica papilar decorrente da manipulação do endoscópio de visão lateral é outro fator plausível, embora não comprovado, já que a literatura sobre pancreatite pós-CPRE sustenta trauma papilar e edema como causas de obstrução transitória do fluxo pancreático [11]. Menos frequentemente, barotrauma ou dissecação gasosa podem se estender para os tecidos peripancreáticos [12,13]. O padrão de imagem em nosso paciente é melhor interpretado como alteração inflamatória aguda pós-procedimento centrada próxima ao sulco pancreaticoduodenal, em vez de pancreatite do sulco clássica.

A escolha da técnica influencia tanto a eficácia quanto o risco. A polipectomia com alça fria deve ser considerada como estratégia preventiva para lesões duodenais não ampulares pequenas e selecionadas, pois evita eletrocautério e, portanto, elimina a lesão térmica relacionada à cauterização como mecanismo. Recomendações recentes de especialistas apoiam considerar ressecção fragmentada com alça fria para adenomas duodenais planos, não volumosos e <20 mm, enquanto diretrizes da ESGE apoiam polipectomia com alça fria para pequenos adenomas duodenais, particularmente quando tecnicamente viável [14,15]. A EMR convencional permanece o padrão-ouro para ressecção de neoplasias superficiais e alcança alta taxa de sucesso técnico, mas sangramento é mais frequente do que com polipectomia padrão com alça, e ressecção fragmentada é frequentemente necessária para lesões planas ou maiores [16]. A mucosetomia endoscópica subaquática (UEMR) pode facilitar a captura de lesões de crescimento lateral sem injeção submucosa e demonstrou alta taxa de ressecção completa em coortes terciárias; sangramento tardio é o principal efeito adverso, e raros eventos de intoxicação hídrica foram descritos [17].

A dissecação endoscópica da submucosa (ESD) melhora as taxas de ressecção em bloco e curativa, mas, no duodeno, associa-se a procedimentos mais longos e risco substancialmente maior de perfuração (~20%–25% em séries de centros especializados), justificando uso seletivo em centros experientes [18–20]. Fundamentos eletrocirúrgicos são cruciais: a mesma corrente que incisa e coagula pode, se excessiva, conduzir-se à muscular própria ou serosa, produzindo uma “queimadura” térmica transmural sem perfuração evidente, um padrão de lesão que pode inflamar o pâncreas adjacente [12,21]. Como a polipectomia índice foi realizada em um serviço externo antes da transferência, vários detalhes técnicos não estavam disponíveis para revisão, incluindo configurações do gerador eletrocirúrgico, duração da aplicação de energia, uso ou ausência de injeção submucosa, justificativa para ressecção fragmentada em vez de em bloco e distância exata entre a lesão e a papila.

Esses detalhes ausentes limitam a atribuição definitiva da pancreatite a um único mecanismo e sustentam descrever lesão térmica, edema papilar e irritação mecânica relacionada ao endoscópio de visão lateral como contribuintes plausíveis, mas não comprovados.

A prática em concordância com diretrizes favorece a ressecção endoscópica de adenomas duodenais esporádicos não ampulares para mitigar progressão, embora as complicações sejam mais frequentes no duodeno. Dados prospectivos sugerem uma taxa global de eventos adversos próxima de 15%, impulsionada por sangramento e perfuração, além de um risco significativo de recorrência local após ressecção fragmentada; vigilância estruturada é, portanto, parte integrante do cuidado [1]. Por outro lado, lesões não ampulares não displásicas tipicamente não requerem ressecção, exceto quando sintomáticas ou hemorrágicas [1].

Diversas implicações práticas emergem deste caso. Para lesões próximas à papila, o mapeamento pré-ressecção para definir a proximidade papilar, o uso da menor energia efetiva possível (curtos disparos de coagulação, menor potência e evitar cauterização prolongada) e considerar alça fria para pequenas lesões ou UEMR para lesões extensas de crescimento lateral podem reduzir o risco [16,17]. Quando pancreatite pós-procedimento é suspeitada, medidas precoces de suporte e imagem seccional seletiva para excluir perfuração ou coleções geralmente são suficientes; o uso racional de antibióticos é apropriado quando não há evidência de infecção [4,8].

Este caso também reflete o desafio da tomada de decisão precoce no pós-procedimento, quando pancreatite e perfuração duodenal podem inicialmente apresentar manifestações sobrepostas. Os antibióticos foram mantidos pela equipe assistente durante a fase inicial do cuidado devido à leucocitose persistente, piora da dor abdominal e preocupação inicial com possível perfuração. Após revisão das imagens e avaliação cirúrgica excluirmos perfuração, necrose, colangite e coleção infectada, o curso clínico foi, em última análise, consistente com pancreatite intersticial edematosa estéril. Isso enfatiza a importância de reavaliar a necessidade de antibióticos à medida que a incerteza diagnóstica se resolve. Em geral, este caso destaca que, embora a pancreatite aguda após ressecção duodenal não ampular seja incomum, ela deve ser prontamente considerada em qualquer paciente que desenvolva dor epigástrica intensa logo após o procedimento, particularmente quando a intervenção envolve a segunda porção do duodeno.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O paciente incluído neste estudo concordou voluntariamente em participar deste relato. O termo de consentimento informado explicou as condições de anonimato e a confidencialidade de suas informações pessoais.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Bourke MJ, Lo SK, Buerlein RCD, et al. AGA Clinical Practice Update on Nonampullary Duodenal Lesions: Expert Review. *Gastroenterology*. 2025;168(1):169-175. doi:10.1053/j.gastro.2024.10.008.
2. Collins K, Ligato S. Duodenal Epithelial Polyps: A Clinicopathologic Review. *Arch Pathol Lab Med*. 2018;143(3):370-385. doi:10.5858/arpa.2018-0034-RA.
3. Jepsen JM, Persson M, Jakobsen NO, et al. Prospective study of prevalence and endoscopic and histopathologic characteristics of duodenal polyps in patients submitted to upper endoscopy. *Scand J Gastroenterol*. 1994;29(6):483-487. doi:10.3109/00365529409092458.
4. Mirchev M, Atanasova S, Gancheva D, et al. Acute pancreatitis after the removal of a hyperplastic duodenal polyp: a case report. *J Int Med Res*. 2020;48(12):0300060520977361. doi:10.1177/0300060520977361.
5. Gaddameedi SR, Rathod M, Ravilla J, et al. Acute Pancreatitis after EGD: Case Presentation and Literature Review of this Rare Post-Procedure Complication. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2024;11(8):004680. doi:10.12890/2024_004680

6. Taglieri E, Micelli-Neto O, Bonin EA, et al. Analysis of risk factors associated with acute pancreatitis after endoscopic papillectomy. *Sci Rep*. 2020;10(1):4132. doi:10.1038/s41598-020-60941-3.
7. Alper EI, Foroozan P, Johnson RB, et al. Endoscopic polypectomy in the duodenum: Its complication by pancreatitis. *Gastrointest Endosc*. 1975;21(3):119-122. doi:10.1016/S0016-5107(75)73817-8.
8. Modi K, Knooihuizen S, Shah S. S3309 Acute Pancreatitis: A Rare Complication of Duodenal Polypectomy. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. 2023;118(10S):S2195. doi:10.14309/01.ajg.0000962876.47428.4f.
9. Kwak H, Darmas B, Nutt M. Duodenal Polypectomy is a Rare Cause of Acute Pancreatitis. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91(5):W7-W9. doi:10.1308/147870809X401029.
10. Chen PS, Cheng HC, Sheu BS. Diffuse intramural duodenal hematoma complicated by lethal necrotizing pancreatitis after endoscopic duodenal biopsy. *Endoscopy*. 2008;40 Suppl 2:E143. doi:10.1055/s-2007-995736.
11. Cahyadi O, Tehami N, de-Madaria E, et al. Post-ERCP Pancreatitis: Prevention, Diagnosis and Management. *Medicina (Mex)*. 2022;58(9):1261. doi:10.3390/medicina58091261.
12. Repici A, Tricerri R. Endoscopic polypectomy: techniques, complications and follow-up. *Tech Coloproctology*. 2004;8(2):s283-s290. doi:10.1007/s10151-004-0178-x.
13. Weigt J, Zimmermann LC, Mönkemüller K, et al. Acute pancreatitis after argon plasma coagulation of duodenal polyps in a patient with familial adenomatous polyposis. *Endoscopy*. 2007;39 Suppl 1:E278. doi:10.1055/s-2007-966664.
14. Vanbiervliet G, Moss A, Arvanitakis M, et al. Endoscopic management of superficial nonampullary duodenal tumors: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2021;53(05):522-534. doi:10.1055/a-1442-2395.
15. Nonampullary duodenal lesions. American Gastroenterological Association. Accessed May 22, 2026. <https://gastro.org/clinical-guidance/nonampullary-duodenal-lesions/>.
16. Ahmad NA, Kochman ML, Long WB, et al. Efficacy, safety, and clinical outcomes of endoscopic mucosal resection: a study of 101 cases. *Gastrointest Endosc*. 2002;55(3):390-396. doi:10.1067/mge.2002.121881.
17. Binmoeller KF, Shah JN, Bhat YM, et al. "Underwater" EMR of sporadic laterally spreading nonampullary duodenal adenomas (with video). *Gastrointest Endosc*. 2013;78(3):496-502. doi:10.1016/j.gie.2013.03.1330.
18. Marques J, Baldaque-Silva F, Pereira P, et al. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection in the treatment of sporadic nonampullary duodenal adenomatous polyps. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(7):720-727. doi:10.4253/wjge.v7.i7.720.
19. Matsumoto S, Yoshida Y. Selection of appropriate endoscopic therapies for duodenal tumors: an open-label study, single-center experience. *World J Gastroenterol*. 2014;20(26):8624-8630. doi:10.3748/wjg.v20.i26.8624.
20. Nonaka S, Oda I, Tada K, et al. Clinical outcome of endoscopic resection for nonampullary duodenal tumors. *Endoscopy*. 2015;47(2):129-135. doi:10.1055/s-0034-1390774.
21. Fyock CJ, Draganov PV. Colonoscopic polypectomy and associated techniques. *World J Gastroenterol*. 2010;16(29):3630-3637. doi:10.3748/wjg.v16.i29.3630.