PSEUDOCISTO ABDOMINAL APÓS DERIVAÇÃO VENTRÍCULO PERITONEAL: COMO MANEJAR?

Pietra Sardinha Silvestre Mousinho[1], Julia Surrage da Matta[1], Ana Carolina Coutinho Engelhardt Bravin[1], Bárbara Guimarães Oliveira[1], Júlia Brandão de Carvalho[1], Paulo de Melo Jacques[2], Lucas Loss Possatti[2]

[1] Curso de Medicina, Universidade Vila Velha, Vila Velha-ES, Brasil. E-mail para correspondência: pietrasardinhauvv@gmail.com.
[2] Neurocirurgião do Instituto Neurológico do Espírito Santo, Vitória – ES

Introdução: A derivação do líquido cefalorraquidiano constitui o método padrão-ouro para o tratamento de hidrocefalia. Dentre alguns locais de implantação do cateter distal, a região abdominal se tornou a mais comum. Dessa forma, são relatadas algumas complicações relacionadas ao procedimento. Dentre elas, o pseudocisto abdominal, que apesar de não ser tão comum, corresponde à principal complicação a longo prazo com uma média de formação de 11,6 anos, podendo ocorrer ainda na idade pediátrica e adulta. Por ser uma complicação rara, poucos são os trabalhos que estipulem um manejo conciso, sendo mais frequentes a descrição de abordagens realizadas em relatos de casos. **Objetivos**: O objetivo deste trabalho é compreender o manejo do pseudocisto abdominal por meio de uma revisão sistemática da literatura, apontando os principais métodos de tratamento e abordagens. **Métodos**: Realizado levantamento bibliográfico dos últimos 10 anos em base de dados Medline, sendo encontrados 63 artigos por meio dos descritores “Ventriculoperitoneal Shunt”,” Abdominal Pseudocyst” e “Treatment”. Desses, 21 artigos foram excluídos, logo, 42 artigos foram analisados. **Resultados**: O pseudocisto abdominal é caracterizado pela ausência de mesotélio e pode ocorrer por meio de uma reação inflamatória de corpo estranho, devido à fibrose no espaço peritoneal, podendo estar associado a infecção ou não. O quadro clínico em crianças pode ser de dor, aumento do volume abdominal, aumento da pressão intracraniana, vômitos, cefaleia ou alterações neurológicas. Nos adultos os principais sintomas são dor abdominal, distensão abdominal ou íleo paralítico. Após a suspeição diagnóstica do pseudocisto abdominal, deve ser confirmada inicialmente com estudo de imagem. O exame padrão-ouro para visualização do cateter distal e do pseudocisto é a tomografia computadorizada, porém a visualização também é possível pela ultrassonografia. Concomitante a isso, deve ser feito rastreio infeccioso, com exames laboratoriais. Caso o paciente apresente infecção associada, antes de outras abordagens, é indicado o tratamento desta por meio de antibioticoterapia por 10 dias. Em continuidade, há duas opções para o tratamento. A drenagem cirúrgica laparoscopica ou laparotomia exploradora em que é realizada a remoção do pseudocisto e reinserção de um cateter distal em mesmo sítio ou em um novo sítio, podendo ser em outro quadrante abdominal ou órgão, como por exemplo o átrio. Esta abordagem será preferencialmente indicada em pacientes que apresentem sinais clínicos de peritonite ou exames laboratoriais com marcadores inflamatórios alterados ou que já foram submetidos a repetidas drenagens percutâneas, mas com recidiva do pseudocisto. Outra abordagem seria a drenagem percutânea guiada por ultrassom, que em alguns estudos, demonstraram maior risco de recorrência do pseudocisto. Contudo pode preceder a laparotomia exploradora para alívio dos sintomas ou ser uma solução inicial para pacientes com aderências abdominais. **Conclusão**: O psedudocisto abdominal apesar de raro é uma complicação relevante pela necessidade de intervenção para tratamento. Apesar de poucos estudos sobre o tema, conclui-se que a drenagem cirúrgica por meio da laparoscopia ou laparotomia exploradora se mostrou superior a drenagem percutânea guiada por ultrassom, em relação a maior chance de recidiva.