

# EVOLUÇÃO NO ESTUDO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS DO PÂNCREAS

---

O pâncreas foi o último órgão da cavidade abdominal a prender a atenção dos investigadores e dos clínicos.

Conhecido desde há centenas de anos, talvez antes de Cristo, foi encarado até ao século XVII e dentro da teoria mecanicista, como ligado ao fígado, protector dos grandes vasos e da parede posterior do estômago. Em 1642, Wirsung descobre o canal pancreático e, desde então, a investigação é dirigida para o conhecimento do que seria segregado pelo pâncreas e transportado através daquele canal. Porém, o estudo da fisiologia pancreática só no século XIX atinge grande desenvolvimento com a demonstração de vários enzimas pancreáticos que actuam sobre os componentes dos alimentos. Dão-se, então, os primeiros passos na compreensão dos mecanismos fisiológicos que regem a sua secreção. É, no entanto, no século XX, sobretudo na segunda metade deste século, que os novos métodos de estudo, morfológicos e funcionais, vão permitir aos investigadores um grande avanço no conhecimento. Demonstrou-se, então, que o pequeno órgão que é o pâncreas, com menos de 15 cm de comprimento e com peso que não excede os 110 gramas, é o órgão que mais substâncias proteicas segrega.

Oitenta por cento da sua massa destina-se à secreção exócrina e apenas 2% à secreção endócrina.

As células dos tubos segregam, sobretudo, água e bicarbonatos e, com menor importância, iões como sódio, potássio e cloro. Cada célula acinar pode segregar mais do que um tipo de enzima, ao passo que cada célula endócrina só segrega um tipo de hormonas. Actualmente conhecem-se treze diferentes tipos de enzimas: 5 enzimas proteolíticas, 1 amilolítica, 3 lipolíticas, 2 nucleases, 1 procolipase e 1 inibidor da tripsina. As hormonas segregadas são quatro: insulina, glucagina, polipeptideo pancreático e somatostatina.

Os mecanismos que regulam a secreção e a acção destes enzimas e hormonas são complexos e sofreram grande desenvolvimento com a identificação, nas diversas células pancreáticas, de receptores para numerosos agentes, nomeadamente hormonas. Por outro lado, a imunocitoquímica torna-se valioso método na identificação intracelular das diversas substâncias segregadas. Desejamos, ainda, chamar a atenção para a microcirculação tipo porta que se estabelece entre os ilheus e os ácinos e que permite a actuação local das próprias hormonas.

Para os clínicos, a grande evolução fez-se sentir, sobretudo, nos meios de observação do pâncreas que deixou de ser um órgão de muito difícil estudo para se tornar acessível, permitindo o estudo da sua função e da sua morfologia.

Relativamente ao estudo da função pancreática, o facto de existirem mais de 15 testes é demonstração de que não temos nenhum teste que, só por si, nos

ilucide capazmente. Os testes da função pancreática podem dividir-se em testes directos (utilizando a secretina e colecistoquinina como estimulantes da secreção) e em testes indirectos. Os testes directos foram considerados testes padrão; porém, a dificuldade na sua execução e na respectiva análise laboratorial faz com que sejam cada vez menos utilizados. Os testes indirectos podem ser divididos em dois grupos: os que necessitam e os que não necessitam de intubação duodenal. Os primeiros, entre os quais se conta o clássico teste de Lundh, vêm sendo menos usados não só pelo incómodo mas também pela falta de rigor. Os testes que não exigem intubação duodenal são os mais usados pela sua comodidade embora sejam pouco sensíveis. De facto, é necessário forte redução da função pancreática para que os resultados dos testes se alterem. Destes, os que mais vezes utilizamos são: PABA, Pancreolauril, doseamento da quimitripsina fecal e doseamento da gordura fecal. A utilização de marcadores séricos tumorais rodeia-se, ainda, de francas limitações.

Porém, a evolução mais sensível deu-se nos métodos de imagem os quais nos proporcionam grande especificidade e sensibilidade de diagnóstico. Os mais utilizados são os não invasivos. Entre estes, por ser mais barato e por não utilizar radiações, a ultrassonografia tem a prioridade. Em alguns casos o estudo morfológico do pâncreas exige a tomografia computadorizada. Para estudo de tumores do parenquima pancreáticos ou endócrinos, poderá estar indicada a ressonância magnética. Em casos de dúvida ou para completar o estudo, é-se, por vezes, obrigado a utilizar métodos de imagem invasivos, e, nomeadamente, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica que nos pode fornecer preciosas informações sobre a papila de Vater, e o desenho e conteúdo quer dos canais pancreáticos quer das vias biliares. A ultrassonografia endoscópica, que requer aparelhagem cara, é de difícil execução e interpretação. Em certos casos de tumores e executados por técnicos experientes pode ser útil.

A terapêutica continua a rodear-se de grandes limitações. Neste campo, a cirurgia tem apresentado progressos quer no tratamento das neoplasias quer no transplante.

No campo médico, os avanços terapêuticos deram-se, sobretudo, na utilização de métodos endoscópicos: papilotomia, colocação de próteses, extração de cálculos.

Também o uso da litotricia pode auxiliar no tratamento de cálculos pancreáticos.

Em conclusão, o pâncreas deixou de ser um órgão enigmático e esquecido para se tornar um órgão sobre o qual muito se avançou sobretudo no conhecimento da sua morfologia, fisiologia e diagnóstico clínico.

TOMÉ RIBEIRO