Pancreatite aguda leve e moderada

Maria da Penha Zago-Gomes

INTRODUÇÃO

Pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória do pâncreas e a mais frequente causa gastrointestinal de admissão hospitalar. É causa de dor abdominal aguda e inicialmente é conduzida por profissionais que atuam em serviços de pronto atendimento¹. A incidência anual de PA varia de 13 a 45 casos/100.000 habitantes nos Estados Unidos e no Canadá¹.

Muitos episódios de PA são leves e autolimitados, necessitando somente de breve hospitalização. PA leve é definida como ausência de falência de órgãos e/ou necrose pancreática. Esses pacientes tipicamente melhoram substancialmente e começam a realimentação. Pacientes com disfunção de órgãos podem apresentar reversão do quadro em 48 horas, principalmente quando são adequadamente reidratados – esses casos atualmente são classificados como PA moderadamente grave. Em relação aos pacientes com doença grave, em 15 a 20% dos pacientes são reconhecidas duas fases de PA: precoce (na primeira semana) e tardia. As complicações locais incluem coleções de líquidos peripancreáticos e necrose pancreática e peripancreática (estéril ou infectada)².

A definição da gravidade de PA, segundo a revisão de Atlanta 2013, ficou estabelecida como apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 Critérios para diagnóstico de gravidade de pancreatite aguda (PA)

PA leve	Ausência de complicações locais	Ausência de falência de órgãos
PA moderadamente grave	Complicações locais transitórias (48 horas)	Falência orgânica transitória (48 horas)
PA grave	Falência orgânica após 48 horas	

Fonte: American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis, 2013.

DIAGNÓSTICO DE PANCREATITE AGUDA

O diagnóstico de PA é estabelecido quando dois dos seguintes critérios estão presentes:

- Dor abdominal alta ou em hipocôndrio esquerdo, de forte intensidade.
- Amilase e/ou lipase elevada em três vezes o valor de referência.
- Achados característicos de PA em exames de imagem.

Todo paciente que apresenta dor abdominal alta necessita realizar a dosagem de amilase e lipase e, se os resultados mostrarem elevação em três vezes o valor normal, o diagnóstico de PA já está estabelecido¹. Neste momento é necessário realizar a estratificação de gravidade de PA.

ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA PANCREATITE AGUDA

Após diagnóstico de PA é importante estabelecer se há falência de outros órgãos. Falha orgânica é definida como choque (pressão arterial sistólica < 90 mmHg), insuficiência pulmonar (PaO_2 < 60 mmHg), insuficiência renal (creatinina > 2 mg/dL após a reidratação) e/ou sangramento gastrointestinal (mais do que 500 mL de perda de sangue/24 h).

Alguns dados podem prever qual paciente terá maior risco de PA grave: pacientes com mais de 55 anos, obesos ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$), alteração do estado mental, presença de comorbidades (diabetes, pneumopatia, coronariopatia), presença de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS), presença de mais de dois dos seguintes critérios: pulso > 90 batimentos/min, respiração > 20/min ou $\text{PaCO}_2 > 32 \text{ mmHg}$; temperatura > 38°C ou < 36°C; contagem de leucócitos totais > 12.000 ou < 4.000 células/mm³ ou > 10% de neutrófilos imaturos. Também são importantes: BUN > 20 mg/dL; hematócrito > 44%; creatinina elevada, presença de derrames pleurais, infiltrados pulmonares e coleções necróticas extrapancreáticas.

RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA NA PANCREATITE AGUDA

Após realizar o diagnóstico de PA, mesmo antes de avaliar os exames e estratificar o risco, deve-se iniciar hidratação venosa agressiva, com uso de Ringer lactato 250 a 500 mL/hora, nas primeiras 12 a 24 horas, ou diurese de 0,5 mL/kg/hora. A solução de cristaloides deve ser fornecida a todos os pacientes, a menos que doenças cardiovasculares, renais ou outras comórbidas sejam impeditivas. A melhor resposta terapêutica ocorre quando a ressuscitação volêmica é realizada nas primeiras 12 horas da doença, porém pode ser instituída mesmo após esse período, embora tenha menor benefício. Em pacientes com depleção de volume grave, a hidratação pode ser ainda maior. O objetivo da hidratação agressiva deve ser diminuir a retenção nitrogenada e diminuir a hemoconcentração, objetivando baixar o hematócrito nas primeiras 24 horas de internação^{2,3}.

O racional para o uso de hidratação venosa agressiva (ressuscitação volêmica) baseia-se na observação clínica de desidratação ocorrendo na PA. A hipovolemia da PA decorre de múltiplos fatores, incluindo vômitos, perda de líquidos para o terceiro espaçamento, perdas respiratórias, hiporexia com menor ingestão de líquidos e diaforese. Além disso, no pâncreas inflamado ocorrem edema e fenômenos microangiopáticos, que diminuem o fluxo sanguíneo, levando a maior morte celular, necrose e liberação contínua de enzimas pancreáticas, ativando numerosas cascatas de citocinas. A inflamação também aumenta a permeabilidade vascular, levando a perdas de líquido e perpetuando o sofrimento celular^{2,3}.

TRATAMENTO DA PANCREATITE AGUDA LEVE E MODERADAMENTE GRAVE

Após a estratificação de risco, os pacientes diagnosticados com PA leve devem permanecer em observação clínica. Os pacientes com falência orgânica e/ou lesões extrapancreáticas devem preferencialmente ser mantidos em unidades de tratamento intensivo.

Analgesia

Dor é o sintoma cardinal da PA e requer prioridade clínica. Na literatura existem poucos estudos bem conduzidos com diferentes analgésicos. Stigliano et al.⁴, em 2017, analisaram esses estudos e observaram que tinham desenhos muito diferentes, porém, nos artigos com placebo há resultado positivo de quem usou droga analgésica. Não há evidência de que morfina seja mais eficaz

que outros analgésicos. Pacientes com dor intensa podem requerer medicação parenteral. Pode ser considerada a analgesia retal ou transdérmica.

Dieta

Na PA leve e nos pacientes que reverteram as alterações de falência orgânica após hidratação vigorosa, deve-se iniciar alimentação oral assim que retornar a peristalse, com alimentos sem gordura, independentemente da consistência².

A necessidade de colocar o pâncreas em repouso até a resolução completa da PA não é imperativa. Estudos mostraram que o resíduo intestinal está associado à atrofia da mucosa intestinal e ao aumento das complicações infecciosas, em decorrência da translocação bacteriana intestinal. Múltiplos estudos mostraram que os pacientes que recebem alimentação oral no início da PA apresentam internação hospitalar mais curta, com diminuição das complicações infecciosas, diminuição da morbidade e diminuição da mortalidade⁵. Além disso, uma dieta sólida com baixo teor de gordura mostrou-se segura em comparação com líquidos claros, proporcionando mais calorias.

Trabalhos avaliando a nutrição enteral com fórmulas de efeito imunomediadas comparadas à alimentação enteral padrão mostraram que não houve benefício na mortalidade e no tempo de permanência com as fórmulas imunomediadas⁶.

Uso de antibiótico

Não se recomenda mais antibiótico profilático em PA. O uso de antibiótico está indicado apenas em infecção de necrose pancreática, que somente ocorre após 7 a 10 dias de início da doença, ou em infecções extrapancreáticas^{2,3}.

Cirurgia na PA

Em pacientes com PA leve que apresentam cálculos biliares na vesícula biliar, cirurgia de colecistectomia deve ser realizada antes da alta, para prevenir recorrência da pancreatite. Em paciente com PA biliar necrotizante, para prevenir a infecção, a colecistectomia deve ser adiada até que a inflamação ativa desapareça e as coleções líquidas se resolvam ou se estabilizem².

Os pacientes com PA e colangite aguda concomitante devem ser submetidos a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com papilotomia endoscópica dentro das primeiras 24 horas de admissão. A CPRE não é necessária nesse período inicial na maioria dos pacientes com pancreatite de cálculos biliares que não possuem evidências laboratoriais ou clínicas de obs-

trução biliar em curso. Na ausência de colangite e/ou icterícia, para realização de diagnóstico de litíase biliar, colangiopancreatossintomática magnética ou ultrassom endoscópico devem ser preferidos em vez de CPRE, em decorrência do risco de complicações. Endopróteses do ducto pancreático e/ou os supositórios anti-inflamatórios não esteroides retais pós-CPRE devem ser utilizados para reduzir o risco de pancreatite².

RECORRÊNCIA DA PA

A taxa de recorrência da PA é de aproximadamente 25%, mas pode ser de até 50% em pacientes cujos fatores predisponentes não foram identificados ou abordados. Por isso, identificar e tratar etiologia subjacente é o passo mais importante na prevenção da recorrência. É necessário todo o esforço para identificar o fator etiológico da PA. É importante realizar investigação de microcálculos biliares, reavaliar dosagem de triglicérides quando o paciente retornar a seus hábitos alimentares, investigar uso de medicações e drogas ilícitas, em pacientes com mais de 40 anos é importante avaliar neoplasia de pâncreas e, nos jovens, realizar pesquisas genéticas, principalmente pesquisa de fibrose cística^{2,3}.

CONCLUSÃO

A partir de 2013, com a publicação da diretriz da American College of Gastroenterology², foi aceita no mundo científico a nova classificação da PA. Desde 1993, com os critérios de Atlanta, a PA se dividia em leve (sem falência de outros órgãos e sem complicações locais) e grave (com falência de outros órgãos). Na atual classificação, incorporou-se a classificação de PA moderadamente grave, que é definida como PA em que as complicações locais e/ou a falência de órgãos são reversíveis com 48 horas do início do quadro. O maior fator para promover essa modificação na classificação foi o conhecimento da fisiopatologia da PA, que permite grande melhora clínica com hidratação vigorosa, usando cristalóide nas 12 primeiras horas da doença. Ainda foram incorporados três critérios de diagnóstico de PA: dor abdominal típica, amilase e/ou lipase elevada(s) e alteração do pâncreas em exames de imagem (presença de dois dos três critérios). É importante o novo conceito de nutrição precoce, sendo que, na PA leve, a alimentação pode ser iniciada logo após o retorno da peristalse, com dieta sem gordura; enquanto na PA grave ou moderadamente grave deve ser iniciada nutrição enteral precoce, não há diferença entre fórmulas ou dieta padrão. Não há indicação de antibiótico profilático. O tratamento da dor deve ser realizado, porém não há trabalhos suficientes na literatura para

indicar qual o melhor esquema terapêutico. Por fim, o profissional de saúde deve sempre procurar identificar a etiologia da PA com a finalidade de evitar recorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ismail OZ, Bhayana V. Lipase or amylase for the diagnosis of acute pancreatitis? Clin Biochem. 2017;pii:S0009-9120(17)30356-9.
2. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS; American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;108(9):1400-15;1416. Erratum in: Am J Gastroenterol. 2014;109(2):302.
3. Janisch NH, Gardner TB. Advances in management of acute pancreatitis. gastroenterol. Clin North Am. 2016;45(1):1-8.
4. Stigliano S, Sternby H, de Madaria E, Capurso G, Petrov MS. Early management of acute pancreatitis: a review of the best evidence. Dig Liver Dis. 2017;49(6):585-94.
5. Reintam Blaser A, Starkopf J, Alhazzani W, Berger MM, Casaer MP, Deane AM, et al.; ESICM Working Group on Gastrointestinal Function. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. Intensive Care Med. 2017;43(3):380-8.
6. Krishnan K. Nutritional management of acute pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2017;33(2):102-6.