



Manejo da pancreatite aguda: uma revisão de literatura

Maria Beatriz Grangeiro Matias¹, Jaqueline de Paulo Felix², Leonardo Cortes de Aguiar Franco³, Nicolás Fraga Pinheiro⁴, Lucas Costa Corgozinho⁵, Rafaela Briguenti Ramalho⁶, Lizandra Brandão Malheiros Almeida⁷, Vivi Dias de Sousa Baobá⁷, Gustavo Santana Sakamoto⁸, Jaqueline Giselle Farias Fernandes⁹, Sileno Melo dos Santos Neto¹⁰, Roberta Bonamim Fiorilli¹¹.

REVISÃO

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar os aspectos clínicos da insuficiência cardíaca realizada nos últimos cinco anos. Revisão integrativa no banco de dados da BVS, LILACS, SciELO, PubMed de trabalhos publicados entre 2020 e 2024, combinando os descritores "pancreatite aguda", "diagnóstico" e "tratamento" ao descritor booleano "AND". A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo decorrente da autodigestão do pâncreas causado pelas próprias enzimas pancreáticas, podendo ou não envolver subsequentemente outros tecidos regionais, órgãos ou tecidos a distância. Conclui-se que a presença de história clínica característica de pancreatite aguda associada ao aumento sérico das enzimas pancreáticas amilase e lipase confirmam o diagnóstico clínico-laboratorial. Os objetivos do tratamento da pancreatite aguda são o suporte clínico com reposição volêmica, analgesia, controle de náuseas/vômitos, realimentação precoce e fornecer suporte às complicações sistêmicas quando presentes.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda; Diagnóstico; Tratamento.

Management of acute pancreatitis: a literature review

ABSTRACT

This article aims to evaluate the clinical aspects of heart failure performed in the last five years. Integrative review in the BVS, LILACS, SciELO, PubMed database of works published between 2020 and 2024, combining the descriptors "acute pancreatitis", "diagnosis" and "treatment" with the Boolean descriptor "AND". Acute pancreatitis is an acute inflammatory process resulting from self-digestion of the pancreas caused by the pancreatic enzymes itself, which may or may not subsequently involve other regional tissues, organs or tissues at a distance. It is concluded that the presence of a characteristic clinical history of acute pancreatitis associated with an increase in serum levels of pancreatic enzymes amylase and lipase confirms the clinical-laboratory diagnosis. The objectives of treating acute pancreatitis are clinical support with volume replacement, analgesia, control of nausea/vomiting, early refeeding and providing support for systemic complications when present.

Keywords: Acute pancreatitis; Diagnosis; Treatment.

Instituição afiliada – ¹Faculdade Nova Esperança. ²Universidade Nove de Julho. ³Universidade Católica De Pernambuco (UNICAP). ⁴Centro Universitário Antônio Carlos (UNIPAC). ⁵Universidade de Franca (UNIFRAN). ⁶Faculdade de Medicina Faceres. ⁷UNINASSAU. ⁸Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). ⁹CESMAC. ¹⁰Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). ¹¹Centro Universitário de Votuporanga.

Dados da publicação: Artigo recebido em 14 de Junho e publicado em 04 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p493-503>

Autor correspondente: Maria Beatriz Grangeiro Matias - grangeirobia1@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é caracterizada por inflamação do pâncreas exócrino e está associada à lesão das células acinares e a uma resposta inflamatória local e sistêmica. Ela pode variar em gravidade, desde autolimitada, caracterizada por edema pancreático leve, até inflamação sistêmica grave com necrose pancreática, falência de órgãos e morte (GAPP; CHANDRA, 2022).

A incidência de pancreatite aguda no Reino Unido é estimada em 15–42 casos por 100 000 por ano e está aumentando 2,7% a cada ano. Ela tem uma taxa de mortalidade de 1%–7% que aumenta para cerca de 20% em pacientes com necrose pancreática (ZILIO *et al.*, 2019).

A taxa de mortalidade é influenciada pela gravidade da doença, com vários fatores prognósticos descritos. A presença de falência orgânica persistente está associada à maior mortalidade, chegando a 60% em algumas séries. A pancreatite biliar é mais comum em mulheres com mais de 60 anos, especialmente entre aquelas com microlitíase, enquanto a pancreatite alcoólica é mais frequente em homens (DA COSTA FERREIRA *et al.*, 2021).

Vários fatores etiológicos foram descritos para pancreatite aguda, embora em até 30% dos casos não seja possível identificar um fator etiológico (denominado pancreatite idiopática). A presença de microlitíase é responsável por 80% da pancreatite idiopática. No Reino Unido, cálculos biliares seguidos de álcool são responsáveis por 75% dos casos de PA. A causa mais comum no mundo é o consumo de álcool (VON RUDEN; SLUSARENKO; WEBSTER, 2022).

O evento inicial na pancreatite aguda é devido à lesão das células acinares e secreção prejudicada de grânulos de zimogênio e envolve mecanismos neurais e vasculares extracelulares. Bem como mecanismos intracelulares (como ativação de enzimas intracelulares, acúmulo de cálcio e ativação de proteínas de choque térmico). O aumento dos transientes de cálcio potencializa a co-localização de zimogênio e grânulos de lisossomo e, por fim, a conversão prematura de tripsinogênio em tripsina.

Os medicamentos que podem causar PA por lesão de células acinares incluem azatioprina, corticosteróides e diuréticos tiazídicos. A pancreatite induzida por etanol tem diferentes mecanismos fisiopatológicos (MACIEL *et al.*, 2021).

O etanol é diretamente tóxico para a célula acinar, levando à inflamação e destruição da membrana. Há também evidências de que o etanol aumenta a pressão ductal pancreática favorecendo o fluxo retrógrado e a ativação enzimática intrapancreática (HUANG; DILHANA BADURDEEN, 2023).

Alterações microvasculares podem levar ao aumento da permeabilidade vascular pancreática, edema, hemorragia e necrose pancreática. Essas hipóteses levaram à detecção de novos alvos terapêuticos moleculares, como fator de necrose tumoral α e interleucina-6, ambos importantes ativadores da resposta inflamatória na pancreatite aguda (MOHY-UD-DIN; MORRISSEY, 2023).

O objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados BVS, LILACS, SciELO e PubMed, aprofundar o conhecimento acerca da pancreatite aguda sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

Como objetivos específicos, tem-se: avaliar os aspectos clínicos dos cuidados pós-operatórios realizada nos últimos anos, levando em conta a prevalência, classificação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM *et al.*, 2015).

Para responder à questão norteadora “*O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito do manejo da pancreatite aguda?*” foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO), na Cochrane e na USA National Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 30 de julho de 2024, utilizaram-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: “pancreatite aguda”, “diagnóstico” e “tratamento”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos sobre o manejo da pancreatite aguda, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicada nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, tese ou dissertação, relato de experiência e artigo que, embora trate sobre pancreatite aguda, não tratasse de situações específicas relacionadas ao manejo nesses casos.

Inicialmente, foram encontradas 41 produções científicas com os descritores “pancreatite aguda”, “diagnóstico” e “tratamento”. Dos citados, foram selecionadas 40 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que, apenas 38 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 38 produções selecionadas, 36 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 36 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratavam de patologias específicas, encontrando-se ilustrado na figura 1.

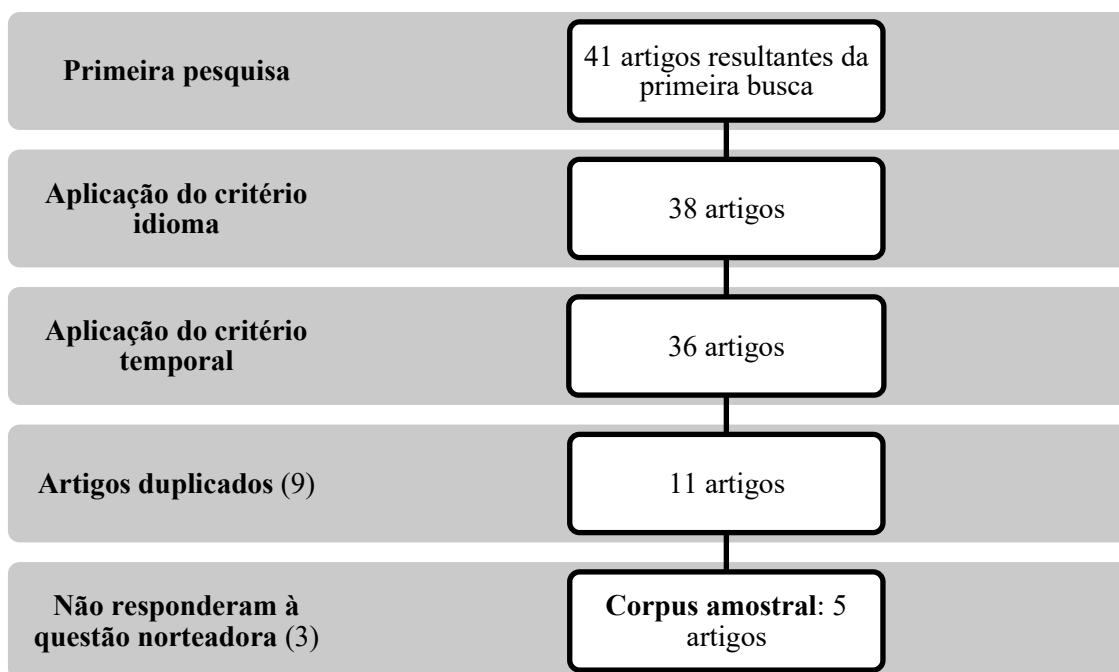


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

REVISÃO DE LITERATURA

O diagnóstico de PA deve ser considerado em qualquer paciente que apresente dor abdominal. A história e o exame podem ser indicativos de PA; no entanto, dois dos três critérios a seguir devem ser atendidos para o diagnóstico: história típica; amilase ou lipase sérica elevada (>3 ULN); exames de imagem (TC, RM ou ultrassonografia) consistentes com pancreatite aguda (ENVER ZEREM *et al.*, 2023).

Uma história completa é necessária para determinar a natureza da dor abdominal presente e para a presença de fatores de risco para doença pancreática. Idade e sexo são dados demográficos importantes porque as duas causas mais comuns de PA diferem (YANG; MCNABB-BALTAR, 2020).

A pancreatite por cálculos biliares é observada mais comumente em pacientes com doença da vesícula biliar, geralmente mulheres com mais de 60 anos, enquanto a pancreatite alcoólica é observada com mais frequência em homens e geralmente em uma idade mais jovem do que aqueles com pancreatite por cálculos biliares (MUKHERJEE *et al.*, 2019).

Metabólica, medicamentosa e processual etiologias devem ser consideradas. Um histórico de pancreatite anterior deve ser documentado. A história familiar é

importante para excluir pancreatite hereditária e síndromes de câncer familiar. Todos os medicamentos, e em particular os novos medicamentos, devem ser revistos (SILVA; FONSECA NETO, 2023).

O padrão de apresentação mais comum de dor é a dor epigástrica severa que irradia para as costas, é exacerbada pelo movimento e é aliviada pela inclinação para a frente. Os pacientes podem parecer agitados, confusos e angustiados. Eles podem apresentar uma história de anorexia, náuseas, vômitos e ingestão oral reduzida. Deve-se buscar uma história de sintomas compatíveis com colangite associada (LEPPÄNIEMI *et al.*, 2019).

Os pacientes geralmente apresentam sinais de hipovolemia e podem apresentar sudorese, taquicardia e taquipnéia. A febre pode ocorrer devido à liberação de citocinas como parte da resposta inflamatória normal ou pode representar pancreatite complicada, por exemplo, necrose pancreática com ou sem infecção (SINONQUEL; LALEMAN; WILMER, 2021).

Ruídos respiratórios reduzidos e percussão torácica maçante pétreia sugerem derrame pleural, que raramente pode estar presente na apresentação inicial, embora comumente se desenvolva como uma complicação tardia. é um íleo associado. Os sinais clínicos de hipocalcemia são raros, mas podem ser evidentes (LEE; PAPACHRISTOU, 2019).

A pancreatite hemorrágica é muito rara e pode causar equimoses na pele periumbilical (sinal de Cullen), nos flancos (sinal de Grey-Turner) ou sobre o ligamento inguinal (sinal de Fox). Outros diferenciais importantes da hemorragia retroperitoneal incluem ruptura de aneurisma abdominal e gravidez ectópica rota (HECKLER *et al.*, 2020).

Devem ser obtidos exames de sangue de rotina, incluindo enzimas hepáticas, triglicerídeos e cálcio. Elevações de creatinina e ureia sugerem lesão renal aguda secundária à perda de líquido no terceiro espaço e depleção intravascular. A hemoconcentração está associada a um risco aumentado de desenvolver necrose pancreática (CHATILA; BILAL; GUTURU, 2019).

Na ausência de coledocolitíase, os testes de função hepática geralmente são relativamente normais. Uma elevada alanina aminotransferase (ALT) na apresentação

sugere uma provável origem biliar. Uma metanálise descobriu que uma concentração sérica elevada de ALT de 150 UI/L ou mais dentro de 48 horas do início dos sintomas teve um valor preditivo positivo de 85% na previsão de uma etiologia de cálculo biliar em pacientes com pancreatite aguda (WORKING GROUP IAP/APA ACUTE PANCREATITIS GUIDELINES, 2013).

Níveis elevados de amilase sérica ou lipase (>3 ULN) suportam, mas não são patognomônicos para o diagnóstico. Por outro lado, a amilase e a lipase podem não atingir o limiar diagnóstico em casos de pancreatite aguda; portanto, é necessário ter um limiar baixo para tratar pacientes quando há um alto índice de suspeição (GARBER *et al.*, 2018).

A performance diagnóstica desses testes diminui nas horas e dias após o início da pancreatite aguda, portanto investigações adicionais devem ser realizadas se houver suspeita estabelecida. Testes precoces e seriados de proteína C reativa são usados na pancreatite aguda como um indicador de gravidade e progressão da inflamação. A oxigenação arterial deve ser monitorada de perto e a hipóxia tratada com oxigênio suplementar. A amostragem de gasometria arterial deve ser considerada para avaliar a oxigenação e o estado ácido-básico (BOXHOORN *et al.*, 2020).

O principal objetivo do tratamento inicial é aliviar os sintomas e prevenir complicações, reduzindo os estímulos secretores pancreáticos e corrigindo as anormalidades hidroeletrolíticas. Inicialmente, os pacientes devem ser ressuscitados com fluidos e mantidos nulos por via oral com repouso intestinal quando houver náusea, vômito ou dor abdominal. Os cuidados de suporte continuam até que a dor seja resolvida e a dieta reiniciada. A maioria dos pacientes melhora dentro de 3 a 7 dias de tratamento conservador. Pacientes com falência de órgãos ou sinais de mau prognóstico (SIRS persistente, escore de Glasgow >3 , escore APACHE >8 e escore de Ranson >3) devem ser avaliados para admissão em uma unidade de alta dependência (SZATMARY *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a presença de história clínica característica de pancreatite aguda associada ao aumento sérico das enzimas pancreáticas amilase e lipase confirmam o

diagnóstico clínico-laboratorial. Sinais inflamatórios como leucocitose, aumento de proteína C reativa e procalcitonina podem estar presentes. A tomografia computadorizada ou a ressonância magnética abdominal podem ser utilizadas para confirmar o diagnóstico, determinar se há complicações presentes, avaliar a evolução da doença e auxiliar no diagnóstico diferencial. Os objetivos do tratamento da pancreatite aguda são o suporte clínico com reposição volêmica (hidratação), analgesia, controle de náuseas/vômitos, realimentação precoce e fornecer suporte às complicações sistêmicas quando presentes (infecção, insuficiência respiratória, insuficiência renal, hipotensão arterial, alterações metabólicas).

REFERÊNCIAS

- BOXHOORN, L. et al. Acute pancreatitis. **The Lancet**, v. 396, n. 10252, p. 726–734, set. 2020.
- BRUM, C.N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.
- CHATILA, A. T.; BILAL, M.; GUTURU, P. Evaluation and management of acute pancreatitis. **World Journal of Clinical Cases**, v. 7, n. 9, p. 1006–1020, 6 maio 2019.
- DA COSTA FERREIRA, C. P. et al. Acute pancreatitis in a COVID-19 patient in Brazil: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 15, n. 1, p. 541, 26 out. 2021.
- ENVER ZEREM et al. Current trends in acute pancreatitis: Diagnostic and therapeutic challenges. **World Journal of Gastroenterology**, v. 29, n. 18, p. 2747–2763, 14 maio 2023.
- GAPP, J.; CHANDRA, S. **Acute Pancreatitis**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29494075/>>.
- GARBER, A. et al. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis. **Gastroenterology Research and Practice**, v. 2018, p. 1–8, 2018.
- HECKLER, M. et al. Severe Acute pancreatitis: Surgical Indications and Treatment. **Langenbeck's Archives of Surgery**, v. 406, n. 3, 10 set. 2020.
- HUANG, Y.; DILHANA BADURDEEN. Acute Pancreatitis Review. **PubMed**, v. 34, n. 8, p. 795–801, 2 ago. 2023.
- LEE, P. J.; PAPACHRISTOU, G. I. New insights into acute pancreatitis. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v. 16, n. 8, p. 479–496, 28 maio 2019.

- LEPPÄNIEMI, A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. **World Journal of Emergency Surgery**, v. 14, n. 1, 13 jun. 2019.
- MACIEL, L. G. et al. Acute pancreatitis associated with multibacillary polychemotherapy for leprosy. **Revista Do Instituto De Medicina Tropical De Sao Paulo**, v. 63, p. e73, 2021.
- MUKHERJEE, R. et al. Precision medicine for acute pancreatitis: current status and future opportunities. **Precision Clinical Medicine**, v. 2, n. 2, p. 81–86, 1 jun. 2019.
- SILVA, J. T. C.; FONSECA NETO, O. C. L. D. Acute pancreatitis and COVID-19: an integrative review of the literature. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 50, p. e20233559, 10 jul. 2023.
- SINONQUEL, P.; LALEMAN, W.; WILMER, A. Advances in acute pancreatitis. **Current Opinion in Critical Care**, v. 27, n. 2, p. 193–200, 13 jan. 2021.
- SZATMARY, P. et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. **Drugs**, v. 82, n. 12, p. 1251–1276, 2022.
- MOHY-UD-DIN, N.; MORRISSEY, S. **Pancreatitis**. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538337/>>.
- VON RUDEN, S.; SLUSARENKO, N.; WEBSTER, D. A Case Report of Hypertriglyceridemia-Associated Acute Pancreatitis Following Use of Brazil Nut Weight-Loss Supplement. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 35, n. 6, p. 1049–1053, 1 dez. 2022.
- WORKING GROUP IAP/APA ACUTE PANCREATITIS GUIDELINES. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. **Pancreatology**, v. 13, n. 4, p. e1–e15, jul. 2013.
- YANG, A.; MCNABB-BALTAR, J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis. **Pancreatology**, v. 20, n. 5, p. 795–800, 1 jul. 2020.
- ZILIO, M. B. et al. A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. **HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association**, v. 21, n. 3, p. 259–267, 1 mar. 2019.