

Pancreatite: uma revisão literária do disponível acerca de sua incidência, etiologia, manifestação clínica, diagnóstico, tratamento da patologia ou suas formas de apresentação

Pancreatitis: a literary review of what is available about its incidence, etiology, clinical manifestation, diagnosis, treatment of pathology or its forms of presentation

DOI:10.34119/bjhrv3n4-028

Recebimento dos originais: 15/06/2020

Aceitação para publicação: 07/07/2020

Lara Maria Souza Marcondes Colognesi

Discente de medicina

Amanda Oliva Spaziani

Médica, residente de ortopedia e traumatologia

Cleber José de Freitas

Discente de medicina

Marcelo Vargas de Matos

Discente de medicina

Karinne Silva e Souza

discente de medicina

Adonai Patrick de Oliveira Gabriel

Discente de medicina

Aline Ribeiro Cunha

Médica, residente de cirurgia geral

Camila da Silva Pissolato

Médica, residente de cirurgia geral

Omar Batista Nunez

Médico, residente de cirurgia geral

Carlo Costantini Mesquita

Médico, residente de cirurgia geral

Pedro Gomes Barbosa Junior

Médico, cirurgião geral

RESUMO

A pancreatite aguda é uma doença que tem como substrato um processo inflamatório da glândula pancreática, decorrente da ação de enzimas inadequadamente ativadas. Considerando a importância do tema, esse estudo visa revisar o disponível na literatura acerca dessa patologia. A metodologia aplicada nesse trabalho foi a pesquisa bibliográfica. Foram selecionados 10 artigos. O tratamento inicial da pancreatite aguda é clínico, devendo ser realizado em unidades de terapia intensiva, na dependência de sua gravidade. As medidas iniciais são jejum oral, hidratação parenteral, nutrição parenteral e analgesia sistêmica. Ainda hoje discute-se o valor da utilização rotineira de sonda nasogástrica, bloqueadores da secreção gástrica, bloqueadores da secreção pancreática, análogos da somatostatina e antibióticos.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is a disease that has as its substrate an inflammatory process of the pancreatic gland, due to the action of enzymes inadequately activated. Considering the importance of the theme, this study aims to review what is available in the literature about this pathology. The methodology applied in this work was bibliographic research. 10 articles were selected. The initial treatment for acute pancreatitis is clinical and should be carried out in intensive care units, depending on its severity. The initial measures are oral fasting, parenteral hydration, parenteral nutrition and systemic analgesia. Even today, the value of routine use of nasogastric tube, gastric secretion blockers, pancreatic secretion blockers, somatostatin analogs and antibiotics is still being discussed.

1 INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é uma doença que tem como substrato um processo inflamatório da glândula pancreática, decorrente da ação de enzimas inadequadamente ativadas (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002). Os mecanismos moleculares envolvidos na patogênese da pancreatite aguda apontam o passo central para a conversão do tripsinogênio em tripsina dentro das células acinares pancreáticas, em quantidade suficiente para ultrapassar os normais mecanismos de defesa. É esta conversão que desencadeia o processo de auto-digestão pancreática e inflamação local. Se traduz por edema, hemorragia e até necrose pancreática e peripancreática, acompanhado de repercussão sistêmica que vai da hipovolemia ao comprometimento de múltiplos órgãos e sistemas e, óbito. A pancreatite necrotizante é uma complicação extrema da pancreatite aguda.

É reconhecido apenas a primeira fase da pancreatite aguda severa que é a SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica) durante a qual ocorre a falência múltipla de órgãos e a morte (ROCKENBARCH; RUSSI; BECKER, 2006). A má evolução do paciente na segunda fase da doença, caracterizada por complicações locais, tais como necrose pancreática infectada, abscesso e pseudocisto, pode ser minimizada pelo uso de antimicrobianos profiláticos e/ou cirurgia.

A pancreatite crônica é uma doença inflamatória crônica progressiva, caracterizada por fibrose e destruição do parênquima, tanto exócrino quanto endócrino. Nas primeiras fases de sua evolução, costuma expressar-se clinicamente por episódios recorrentes de dor abdominal, que pode ser o único

sintoma clínico. Em geral, após alguns anos, surge a insuficiência pancreática exócrina e/ou endócrina podendo, às vezes, desaparecer a dor. Na maioria dos casos, o diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, história clínica e exames de imagem típicos. Sob a denominação de pancreatite crônica são englobadas entidades distintas do ponto de vista etiopatogênico, mas que apresentam lesões anatômicas de caráter irreversível e muitas vezes progressivas, mesmo quando a sua causa aparente é afastada (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002. ROCKENBARCH; RUSSI; BECKER, 2006).

2 OBJETIVO

Considerando a importância do tema, esse estudo visa revisar o disponível na literatura acerca dessa patologia.

3 METODOLOGIA

A metodologia aplicada nesse trabalho foi a pesquisa bibliográfica, as bases de dados acessadas foram: biblioteca virtual Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED) e Google Acadêmico. A pesquisa foi realizada por meio do descritor pancreatite. Foram selecionados 10 artigos publicados período compreendido entre 2002 e 2020 no Brasil ou exterior que discorressem acerca da incidência, etiologia, manifestação clínica, diagnóstico, tratamento da patologia ou suas formas de apresentação. Tais artigos foram utilizados para discutir o tema.

4 RESULTADOS

Nos últimos anos, observa-se um aumento crescente na incidência da pancreatite aguda (PA), em muito justificada pela alta do consumo de álcool, incremento nos casos de pancreatites biliares numa população cada vez mais obesa e idosa e pela melhora dos métodos diagnósticos (CHEBLI; FERREIRA; COELHO, 2014). Diversas outras causas são relacionadas com o surgimento de PA, dentre elas hipercalcemia, hipertrigliceridemia, póscolangiografia endoscópica retrógrada (CPRE), medicamentos e trauma

A incidência de pancreatite aguda varia geograficamente e depende, sobretudo, da causa, oscilando entre os indivíduos. Excluindo os países asiáticos, onde os parasitas da árvore biliar constituem causa importante, cerca de 80% dos pacientes de pancreatite têm como causa a litíase biliar e álcool, 10% resultam de causas variadas e cerca de 10% permanecem de causa desconhecida (ROCKENBARCH; RUSSI; BECKER, 2006). A pancreatite aguda ocorre em 6 a 8% dos portadores de colelitíase sintomática, sendo observada em até 20% daqueles com

microlitíase (ROCKENBARCH; RUSSI; BECKER, 2006). Estudos relataram que os homens foram mais acometidos que as mulheres, provavelmente pela incidência maior ter sido de pancreatite alcoólica, já que se sabe que a incidência de pancreatite biliar foi igual, e as idades variam entre 40 e 60 anos de idade (SEPULVEDA e GUERRERO-LOZANO, 2019).

A etiologia da pancreatite aguda permaneceu obscura por muito tempo. Em 1901, Opie relacionou a doença à obstrução litiásica da via biliar; em 1917, Symmers atribuiu à ingestão de álcool a gênese do processo. Seguiram-se inúmeras propostas etiológicas, tais como traumas cirúrgicos, infecciosas, parasitárias, por drogas e idiopáticas. Em 1974, Acosta & Ledesma e, em 1976, Kelly demonstraram, nas fezes de pacientes com pancreatite aguda, cálculos semelhantes aos encontrados na vesícula dos mesmos por ocasião da colecistectomia, o que vinha sugerir sua migração, com obstrução transitória do confluente biliopancreático, na gênese da pancreatite. Era a confirmação da teoria de Opie e a definição da litíase biliar como uma das mais importantes causas de pancreatite aguda (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002) e (LEAL e ALMEIDA, 2019).

O advento de novos métodos de imagem, notadamente a ultra-sonografia, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica e a tomografia computadorizada, contribuiu não só para o diagnóstico, mas, principalmente, para definir as causas da doença e sua evolução (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002). Com base em evidências epidemiológicas, admite-se, na atualidade, que aproximadamente 80% das pancreatites agudas estão relacionadas à doença biliar litiásica ou ao álcool (RIO-TINTO e DEVIERE, 2019).

Os sintomas da pancreatite aguda podem englobar, dor abdominal intensa, quase sempre de início abrupto, na região superior do abdômen, que se irradia em faixa para as costas. Além de náuseas, vômito e icterícia são encontrados também. Na pancreatite crônica, ocorrem dor, diarreia e diabetes, porque o pâncreas vai perdendo suas funções exócrinas e endócrinas. A dor aparece nas fases de agudização da doença e tem as mesmas características daquela provocada pela pancreatite aguda (FAGUNDES; GRADELHA, 2014).

A dor abdominal é o sintoma clínico predominante, e também a indicação mais comum para intervenção cirúrgica em pacientes. A dor leva à diminuição do apetite, contribuindo para a desnutrição e perda de peso. Geralmente, é de localização epigástrica e pode ser irradiada para o dorso. Pode ser atenuada na posição sentada, com o tronco curvado para a frente ou com a posição de cócoras, e pode ser agravada no período pós-prandial. A dor pode ser recorrente ou contínua. A maioria dos pacientes pode ter alívio ou resolução da dor abdominal com o passar do tempo. O alívio da dor pode coincidir com o início da insuficiência pancreática exócrina (FAGUNDES; GRADELHA, 2014) e (SEPULVEDA e GUERRERO-LOZANO, 2019).

Má Absorção Intestina é o resultado da insuficiência pancreática exócrina (IPE). Esteatorréia e perda de peso são as características mais importantes. Esteatorréia é um sintoma de doença avançada e não ocorre até que a secreção de lipase pancreática esteja reduzida para menos de 10% do normal. Má absorção de lipídios ocorre mais precocemente do que a de outros nutrientes (proteínas e carboidratos), já que a secreção de lipase diminui mais rapidamente do que a secreção de protease e amilase (FAGUNDES; GRADELHA, 2014) e (LEAL e ALMEIDA, 2019) e (LOSADA et. al, 2017).

São importantes, pela frequência, a dor abdominal, intensa, inicialmente epigástrica e irradiada para o dorso, em faixa ou para todo o abdome, além de náuseas e vômitos, acompanhada de parada de eliminação de gases e fezes. A dosagem da lipase sérica, também útil no diagnóstico da pancreatite aguda, tem os seus níveis elevados mais tardiamente do que a da amilase. Outros exames laboratoriais, tais como o leucograma, transaminases, desidrogenase láctica, cálcio sérico, glicemia, gasometria e creatinina, são particularmente úteis na caracterização da gravidade da doença, o mesmo acontecendo com a dosagem da proteína C reativa e, mais recentemente, da interleucina 6. A grande revolução no diagnóstico e no estadiamento da pancreatite aguda deve-se, no entanto, aos métodos de imagem (RIO-TINTO e DEVIERE, 2019).

A investigação anátomo-patológica (FAGUNDES; GRADELHA, 2014), de material obtido por biópsia, constitui-se no padrão-ouro diagnóstico da doença em seu estágio inicial. As lesões iniciais são geralmente focais, o que pode levar a resultados falso-negativos. A tríade de doença estável, na visão histológica, é a perda acinar, infiltração de células mononucleares e fibrose, independentemente da causa ou local. Cada processo inflamatório causa necrose focal de gordura, o que pode levar a formação de pseudocistos ou fibrose (SILVA, ROCHA e PINTO-DE-SOUSA, 2017).

Enzimas séricas (FAGUNDES; GRADELHA, 2014.), nos pacientes com dor típica, os níveis das enzimas pancreáticas, principalmente a lipase, devem ser solicitados pois suas elevações identificam um episódio agudo da doença. Por outro lado, na ausência de quadro agudo, podem ser encontrados níveis séricos de lipase e/ou amilase reduzidos. Porém, a sensibilidade destes testes é baixa, e nenhum deles, isoladamente, são úteis para se estabelecer o diagnóstico definitivo (SEPULVEDA e GUERRERO-LOZANO, 2019) e (LOSADA et. al, 2017).

Testes da função pancreática (FAGUNDES; GRADELHA, 2014.). As principais indicações para a realização dos testes da função pancreática são: diarreia crônica, esteatorréia, dor abdominal, ganho de peso insuficiente e/ou perda de peso. A função pancreática exócrina pode ser avaliada por testes diretos ou indiretos. Os testes indiretos são usados rotineiramente na prática clínica, pois são

simples, não invasivos, mais rápidos e menos dispendiosos do que os testes diretos (SILVA, ROCHA e PINTO-DE-SOUSA, 2017).

O tratamento inicial da pancreatite aguda é clínico, devendo ser realizado em unidades de terapia intensiva, na dependência de sua gravidade. As medidas iniciais não sofreram grandes modificações nas últimas décadas, sendo caracterizadas por: jejum oral, hidratação parenteral, nutrição parenteral e analgesia sistêmica. Ainda hoje discute-se o valor da utilização rotineira de sonda nasogástrica, bloqueadores da secreção gástrica, bloqueadores da secreção pancreática, análogos da somatostatina e antibióticos (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002.) e (LEAL e ALMEIDA, 2019).

O tratamento cirúrgico das formas graves da pancreatite aguda foi o que mais mudou nos últimos 20 anos. Até o início dos anos 80, a intervenção precoce sobre a necrose pancreática era a conduta preconizada, sendo seguida de índices de mortalidade que oscilavam entre 30 e 70%. Inúmeros estudos clínicos ensinaram que a intervenção retardada era mais efetiva, estando a necrose bem delimitada, e seguindo-se índices de mortalidade bem inferiores. A intervenção precoce ficou, então, reservada para os casos de infecção da necrose pancreática, diagnosticada por tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética e, principalmente, por punção com agulha fina. Também se reserva a intervenção precoce aos pacientes graves, com insuficiência de múltiplos órgãos, que não apresentaram melhora após 72 horas de cuidados intensivos. Quanto à intervenção sobre a necrose não infectada, esta deve ser postergada ao máximo, se possível após a terceira semana, e para sua abordagem diversas modalidades cirúrgicas. Atualmente, os resultados do tratamento da pancreatite aguda leve são excelentes, com mortalidade inferior a 1% (CUNHA; ROCHA; PEREIRA, 2014).

A classificação de Atlanta para pancreatite aguda foi proposta em 1992 (ROCKENBARCH; RUSSI; BECKER, 2006), e consistiu em uma tentativa de padronizar a classificação da gravidade da pancreatite aguda e de suas complicações. Recentemente, o Acute Pancreatitis Classification Working Group (APCWG) revisou esta classificação e estabeleceu novos conceitos relativos ao diagnóstico, fases de evolução da doença, e à luz desta nova abordagem redefiniu a classificação radiológica, introduzindo novos conceitos referentes às complicações locais da pancreatite aguda (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002.) e (RIO-TINTO e DEVIERE, 2019).

1- Pancreatite aguda. 2- Pancreatite crônica: a) com necrose focal b) com fibrose difusa ou segmentar c) com cálculo d) sem cálculo. 3 – pancreatite crônica obstrutiva apesar de aceita pela maioria, a diversidade na caracterização e na denominação dos fenômenos locais que acompanham a doença

levou a um novo simpósio, em Atlanta, em 1992, com o objetivo de estabelecer uma classificação simples, objetiva, precisa e não invasiva, além de definir melhor a terminologia frequentemente utilizada de forma conflitante. A classificação, então proposta, pode ser expressa como segue: 1) pancreatite aguda 2) pancreatite aguda grave 3) pancreatite aguda leve 4) coleção líquida aguda peripancreática 5) necrose pancreática 6) pseudocisto agudo 7) abscesso pancreático. (TRIVIÑO; TORREZ; LOPES, 2002).

REFERÊNCIA

TRIVIÑO, Tracisio; TORREZ Franz Roberto; LOPES Gaspar. Pancreatite aguda: o que mudou?. Researchgate2002. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/profile/Gaspar_Lopes_Filho/publication/286558349_Acute_pancreatitis_What_has_changed/links/5679cc3408ae40c0e27de186.pdf> Assunto >. Acesso em: 20 de ago. de 2019.

CHEBLI, Júlio; FERREIRA Gabriela; COELHO André. Abordagem moderna da pancreatite aguda. Acervo Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/artigo_055.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2019.

ROCKENBARCH Renata; RUSSI Ricardo; BECKER Aline. Perfil de pacientes internados com pancreatite aguda nos hospitais de gastroenterologia clínica e cirurgia geral do Hospital Santa Clara, do complexo hospitalar Santa Clara, RS no período de 2000 a 2004. Arquivo Catarinense de Medicina, 2006. Disponível em: <<http://acm.org.br/revista/pdf/artigos/393.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. de 2019.

FAGUNDES, Ulysses; GADELHA Ana Carolina. Pancreatite Crônica: diagnóstico e tratamento. Igastroped, 2014. Disponível em: <<https://www.igastroped.com.br/pancreatite-cronica-diagnostico-e-tratamento/>>. Acesso em: 20 de ago. de 2019.

CUNHA, Elen; ROCHA, Manoel; PEREIRA, Fábio. Necrose pancreática delimitada e outros conceitos atuais na avaliação radiológica da pancreatite aguda. Radiol Bras, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rb/v47n3/0100-3984-rb-47y-03-0165.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2019

SEPULVEDA, Eileen Viviana Fonseca; GUERRERO-LOZANO, Rafael. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 95, n. 6, p. 713-719, Dec. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572019000700713&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May 2020. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.06.011>.

LEAL, Carina; ALMEIDA, Nuno. Predicting Severity in Acute Pancreatitis: A Never-Ending Quest... GE Port J Gastroenterol, Lisboa, v. 26, n. 4, p. 232-234, ago. 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2341-45452019000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1159/000499680>

RIO-TINTO, Ricardo; DEVIERE, Jacques. Prophylaxis of Post-ERCP Pancreatitis: The Gap between Evidence-Based Guidelines and Clinical Practice. *GE Port J Gastroenterol*, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 3-4, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2341-45452019000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1159/000487821>.

SILVA, Sílvia da; ROCHA, Mónica; PINTO-DE-SOUSA, João. Acute Pancreatitis Etiology Investigation: A Workup Algorithm Proposal. *GE Port J Gastroenterol*, Lisboa, v. 24, n. 3, p. 129-136, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2341-45452017000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2020. <http://dx.doi.org/10.1159/000452692>.

LOSADA, Hector et al. GASTRIC PERFORATION ASSOCIATED WITH ACUTE PANCREATITIS: CASE REPORT. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 162-163, June 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202017000200162&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201700020019>.