

## **Pancreatite aguda - revisão literária**

### **Acute pancreatitis - literary review**

## **Pancreatitis aguda - revisión literaria**

DOI:10.34119/bjhrv7n3-005

Submitted: April 01<sup>st</sup>, 2024

Approved: April 22<sup>nd</sup>, 2024

#### **Luiza Mattos Silvestri**

Graduanda em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC - SP)

Endereço: Sorocaba, São Paulo, Brasil

E-mail: luizasilvestri99@gmail.com

#### **Gabriela Neves de Souza**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS - JF)

Endereço: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

E-mail: gabrielaneves07@yahoo.com.br

#### **Marina Nascimento Gomes**

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU - UFJF)

Endereço: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

E-mail: marinagomes436@gmail.com

#### **Natacha Luiza Pizzinatto**

Graduada em Medicina

Instituição: Universidad Privada del Este

Endereço: Pdte. Franco, Paraguay

E-mail: natacha\_pizzi@hotmail.com

#### **João Pedro de Almeida Araújo**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Instituição: Centro de Saúde Otaviano de Oliveira

Endereço: Itambé do Mato Dentro, Minas Gerais, Brasil

E-mail: jpaa2701@gmail.com

#### **Julia Schreiber Melo de Oliveira**

Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

Instituição: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Copacabana

Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: jschreibermoliveira@gmail.com

**Maria Regina Marques Magalhães**

Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)  
Instituição: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Araruama  
Endereço: Araruama, Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: mmagalhaesmaria@hotmail.com

**Rafael de Moraes Venâncio**

Graduando em Medicina  
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS - JF)  
Endereço: Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: rafaelvenancio@msn.com

**Renata Costa Café de Castro**

Graduanda em Medicina  
Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)  
Endereço: Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
E-mail: renatinhacafe@gmail.com

**Junio Alves Rocha**

Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)  
Instituição: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Tramandaí  
Endereço: Tramandaí, Rio Grande do Sul, Brasil  
E-mail: junioar@outlook.com

**RESUMO**

A pancreatite aguda (PA) é uma condição caracterizada por um processo inflamatório agudo no pâncreas, muitas vezes desencadeado pela ativação anormal de enzimas pancreáticas. Esse distúrbio pode evoluir para uma resposta inflamatória sistêmica, resultando em uma ampla gama de sintomas e complicações, variando em gravidade. As causas da PA incluem litíase biliar, consumo excessivo de álcool, trauma abdominal, uso de medicamentos, infecções e outros fatores. A incidência global da doença tem aumentado, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde, com taxas de mortalidade elevadas em casos graves. Ademais, os pacientes com PA podem apresentar desde sintomas leves e autolimitados até quadros de falência orgânica, o que pode resultar em morbidade e mortalidade significativas. O diagnóstico é geralmente feito com base em elevações nos níveis séricos de lipase e dor abdominal característica, embora exames de imagem como a tomografia computadorizada possam ser utilizados em casos de dúvida diagnóstica. O tratamento inicial da PA consiste em medidas de suporte, incluindo oxigênio, ressuscitação volêmica, analgesia e nutrição adequada. Em casos graves, cuidados intensivos e suporte ventilatório podem ser necessários. O manejo cirúrgico pode ser indicado em casos de complicações como infecção, necrose pancreática ou falência de órgãos, com diferentes abordagens disponíveis, desde drenagem percutânea até necrosectomia pancreática aberta. As complicações da PA podem ser locais, como necrose pancreática e coleções líquidas, ou sistêmicas, incluindo disfunção de múltiplos órgãos e sepse. O tratamento depende da gravidade e das complicações específicas de cada caso, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à doença. Em resumo, a PA é uma condição inflamatória aguda do pâncreas com diversas causas e manifestações clínicas. Seu manejo envolve uma abordagem multidisciplinar, com foco na identificação precoce, tratamento adequado das complicações e suporte ao paciente para uma recuperação bem-sucedida.

**Palavras-chave:** pancreatite, fatores de risco, tratamento, complicações, intervenção cirúrgica.

## ABSTRACT

Acute pancreatitis (AP) is a condition characterized by an acute inflammatory process in the pancreas, often triggered by the abnormal activation of pancreatic enzymes. This disorder can evolve into a systemic inflammatory response, resulting in a wide range of symptoms and complications, varying in severity. The causes of AP include gallstone disease, excessive alcohol consumption, abdominal trauma, medication use, infections and other factors. The global incidence of the disease has increased, representing a significant challenge for healthcare systems, with high mortality rates in severe cases. Furthermore, patients with AP can present anything from mild, self-limited symptoms to organ failure, which can result in significant morbidity and mortality. The diagnosis is generally made based on elevations in serum lipase levels and characteristic abdominal pain, although imaging tests such as computed tomography can be used in cases of diagnostic doubt. Initial treatment of AP consists of supportive measures, including oxygen, fluid resuscitation, analgesia, and adequate nutrition. In severe cases, intensive care and ventilatory support may be necessary. Surgical management may be indicated in cases of complications such as infection, pancreatic necrosis or organ failure, with different approaches available, from percutaneous drainage to open pancreatic necrosectomy. Complications of PA can be local, such as pancreatic necrosis and fluid collections, or systemic, including multiple organ dysfunction and sepsis. Treatment depends on the severity and specific complications of each case, with the aim of reducing morbidity and mortality associated with the disease. In summary, acute pancreatitis is an acute inflammatory condition of the pancreas with diverse causes and clinical manifestations. Its management involves a multidisciplinary approach, focusing on early identification, adequate treatment of complications and patient support for a successful recovery.

**Keywords:** pancreatitis, risk factors, treatment, complications, surgical intervention.

## RESUMEN

La pancreatitis aguda (PA) es una afección caracterizada por un proceso inflamatorio agudo en el páncreas, a menudo desencadenado por la activación anormal de las enzimas pancreáticas. Este trastorno puede progresar a una respuesta inflamatoria sistémica, lo que resulta en una amplia gama de síntomas y complicaciones, que varían en gravedad. Las causas de la tensión arterial incluyen litiasis biliar, consumo excesivo de alcohol, traumatismo abdominal, consumo de drogas, infecciones y otros factores. La incidencia global de la enfermedad ha aumentado, lo que plantea un desafío importante para los sistemas de salud, con altas tasas de mortalidad en los casos graves. Además, los pacientes con PA pueden presentar desde síntomas leves autolimitados hasta insuficiencia orgánica, que puede causar morbilidad y mortalidad significativas. El diagnóstico suele basarse en las elevaciones de los niveles de lipasa sérica y el dolor abdominal característico, aunque en casos de duda diagnóstica pueden utilizarse pruebas de diagnóstico por la imagen como la tomografía computarizada. El tratamiento inicial de la tensión arterial consiste en medidas sintomáticas, como oxígeno, reposición hídrica, analgesia y nutrición adecuada. En los casos graves, puede ser necesaria la atención intensiva y el apoyo ventilatorio. El manejo quirúrgico puede estar indicado en casos de complicaciones como infección, necrosis pancreática o falla orgánica, con diferentes abordajes disponibles, desde el drenaje percutáneo hasta la necrosectomía pancreática abierta. Las complicaciones de la AP pueden ser locales, como necrosis pancreática y acumulación de líquido, o sistémicas, incluyendo disfunción orgánica múltiple y sepsis. El tratamiento depende de la severidad y de las complicaciones específicas de cada caso, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada a la enfermedad. En resumen, la AP es una afección inflamatoria aguda del páncreas con diversas causas y manifestaciones clínicas. Su manejo involucra un enfoque

multidisciplinario, enfocado en la identificación temprana, el tratamiento adecuado de las complicaciones y el apoyo del paciente para una recuperación exitosa.

**Palabras clave:** pancreatitis, factores de riesgo, tratamiento, complicaciones, intervención quirúrgica.

## 1 INTRODUÇÃO

A PA (PA) é definida como um processo inflamatório agudo que primariamente atinge o pâncreas, através de uma ativação anormal de enzimas, com potencial evolução para uma resposta inflamatória sistêmica. A fisiopatologia envolvida pode gerar um quadro clínico heterogêneo em termos de gravidade. Além disso, estudos demonstram que a incidência global tem aumentado nos últimos anos. Esses fatores constituem-se como grandes desafios tanto para a prática clínica quanto para os sistemas de saúde (HECKLER et al., 2020; SZATMARY et al., 2022).

A maioria dos pacientes acometidos pela PA (cerca de 80%) desenvolve sintomas leves e autolimitados, que podem ser tratados apenas com abordagem de suporte, incluindo ressuscitação volêmica, manejo da dor e náusea e retomada da dieta, apresentando rápida melhora. Entretanto, demais casos podem desenvolver um quadro de falência orgânica, de forma transitória ou persistente, sendo principalmente esta uma condição importante de morbimortalidade nos pacientes (VAN DEN BERG; BOERMEESTER, 2023).

As causas da PA podem ser diversas, sendo as mais comuns devido à litíase biliar e ao consumo excessivo de álcool. Outros fatores incluídos são o trauma abdominal, uso de medicamentos, infecções, genética, doença autoimune, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, procedimentos cirúrgicos e neoplasias. O estudo da PA é fundamentalmente importante para que se possa compreender de forma mais fidedigna os mecanismos inflamatórios e suas repercussões, bem como para a realização de diagnóstico precoce, identificação de sinais de gravidade e tratamento eficaz, que podem impactar todo o curso do manejo da doença (HECKLER et al., 2020; ASHRAF et al., 2021).

## 2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à pancreatite aguda, sobretudo o estudo dos aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e perspectivas atuais de manejo envolvidos nesta patologia.

### 3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2019 e 2024. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *acute, pancreatitis, diagnosis and management*. Foram encontrados 256 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. *Papers* pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 9 artigos pertinentes à discussão.

### 4 EPIDEMIOLOGIA

Com incidência global anual de 30 a 40 novos casos para cada 100 mil habitantes e taxas de mortalidade de 35% em casos graves, a PA representa um grande desafio para os sistemas de saúde, desencadeando agravos sanitários, sofrimento psíquico e pressão financeira. Nos últimos 50 anos, a prevalência de PA tem aumentado consistentemente nos países do ocidente. Em contrapartida, estudos indicam que as taxas estejam, atualmente, mais estáveis na Ásia (SZATMARY et al., 2022; NASSER ALZERWI, 2023).

As principais causas continuam sendo decorrentes da formação de cálculos biliares e da ingestão abusiva de bebida alcoólica (80%). A PA ocasionada pela hipertrigliceridemia teve sua prevalência aumentada nos últimos anos, tornando-se a terceira causa mais comum (9%). Várias outras etiologias estão relacionadas à ocorrência de PA, incluindo pós colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), interações medicamentosas, imunológica, parasitária, genética e tipos específicos de neoplasias malignas pancreáticas, como sólidas e císticas (SZATMARY et al., 2022; NASSER ALZERWI, 2023).

### 5 FISIOPATOLOGIA

Há diversas etiologias de PA, onde cerca de 40% são causadas por cálculos biliares e 30% por álcool, correspondendo, portanto, às duas principais causas da patologia. Outras condições também são causas importantes, como medicamentosas, infecções, genéticas, mecânicas, com destaque para CPRE, e metabólicas. A fisiopatologia, quando a etiologia é litiásica, decorre da obstrução mecânica da ampola por um cálculo ou edema consequente à passagem do cálculo através do ducto, induzindo hipertensão ductal pancreática e lesão celular

acinar. O segundo agente etiológico mais comum, o álcool, atua na fisiopatologia da doença por meio de metabólitos tóxicos gerados por sua metabolização, aumentando, assim, o conteúdo enzimático e desestabilizando os grânulos lisossômicos e zimogênicos, com aumentos sustentados na sobrecarga de cálcio, e as células estreladas pancreáticas ativadas potencializam a autodigestão das células acinares e a morte celular (ASHRAF et al., 2021).

Independente das etiologias acima citadas, a PA é decorrente da ruptura das células acinares e da liberação enzimática, levando à ativação do zimogênio intra-acinar e à autodigestão celular. As enzimas efetoras tripsina, quimotripsina, elastase, fosfolipase A2 e lipase quebram as membranas dos tecidos, gerando apoptose, necrose, edema, dano vascular, hemorragia e uma subsequente resposta inflamatória localizada e sistêmica (ASHRAF et al., 2021).

## 6 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da PA, incluem, majoritariamente, dor epigástrica intensa e aguda, em cólica ou lancinante, persistente em quadrante superior direito abdominal, com ou sem irradiação para a região dorsal. Diferencia-se da pancreatite crônica, que apresenta sintomatologia mais ampla, cursando com dor abdominal somada a sinais e sintomas de insuficiência pancreática exócrina e endócrina (ASHRAF et al., 2021).

Os sinais e sintomas presentes podem ser febre, taquicardia, hipotensão arterial, desidratação, náuseas, vômitos e hiporexia. Em escala álgica, apresenta como sintomatologia dor à palpação abdominal até irritação peritoneal. Em estágio mais grave da patologia, a pancreatite necro-hemorrágica, pode cursar com equimose periumbilical (sinal de Cullen) e/ou em região de flancos abdominais (sinal de Grey-Turner). Como complicações sistêmicas, pode evoluir para choque séptico e insuficiência de órgãos. E como complicações locais pode apresentar trombose de veia esplênica e acúmulo de líquido pancreático e peripancreático (LEPPÄNIEMI et al., 2019; BEYER et al., 2022).

## 7 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito quando se tem elevados níveis séricos de lipase, em pelo menos 3 vezes o limite superior de normalidade, e dor abdominal, que pode irradiar para as costas. A prática clínica atualmente inclui, muitas vezes, o exame de Tomografia Computadorizada (TC) para o diagnóstico, no entanto, as diretrizes nacionais e internacionais contraindicam e não

recomendam a TC com tal finalidade diagnóstica em pacientes com uma apresentação clínica típica. Tal exame de imagem é reservado apenas em casos de dúvida diagnóstica, suspeita de perfuração de órgão ou sangramento intra-abdominal agudo (SZATMARY et al., 2022).

Exames laboratoriais de rotina como o hemograma, a dosagem lipase, de proteína C reativa, da glicemia, do cálcio e de enzimas hepáticas e colestáticas e ultrassonografia transabdominal compõem análises básicas e podem auxiliar na identificação dos fatores desencadeantes para a PA, principalmente em se tratando de pacientes com cálculos biliares, colecistite aguda e colestase intra ou extra-hepática (SZATMARY et al., 2022).

## 8 PROGNÓSTICO

O prognóstico da pancreatite depende da gravidade do quadro clínico e das comorbidades do paciente. São exemplos relevantes a idade maior de 60 anos, uso crônico de bebidas alcoólicas e hipovolemia aparente em exames laboratoriais. Existem classificações como de Balthazar, APACHE II, Glasgow e critérios de Ranson que reúnem essas comorbidades e critérios que juntos permitem estimar o prognóstico do paciente. Além desses sistemas citados, o BISAP um score recentemente criado informa o grau de severidade da pancreatite de forma mais rápida. O critério de Ranson usualmente utilizado possui duas divisões, uma para pancreatite alcoólica e outra para pancreatite biliar (Ranson modificado). Ele utiliza dados como LDH, idade e glicose sérica como parâmetros. Em um estudo em 2021 foram comparados os sistemas utilizados para prognóstico e foi concluída uma limitação do Ranson em comparação com o APACHE II que é mais sensível e BISAP que é mais específico (ASHRAF et al., 2021; BEYER et al., 2022).

Dessa forma, é possível entender que existem diversas classificações que auxiliam na conclusão de um prognóstico do paciente com pancreatite. É necessário saber utilizá-las e estar atento em novos sistemas que possam colaborar em um melhor seguimento no tratamento e cuidado para que seja possível diminuir a mortalidade do paciente (ASHRAF et al., 2021).

## 9 TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento inicial da PA consiste em 4 pilares: oxigênio, ressuscitação volêmica, analgesia e nutrição. O uso profilático de antibióticos e a analgesia precoce feita com opioides foram invalidados em ensaios randomizados. Em casos graves, cuidados intensivos para suporte ventilatório podem ser necessários desde o início do quadro. Ademais, a reposição precoce de



fluidos na PA (dentro de 24h do início do quadro) é muito importante pois reduz o risco de surgimento de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) e insuficiência orgânica, ou seja, reduz risco de evoluir para um quadro de sepse. A dose recomendada é de 5 a 10 ml/kg/h. Atualmente, o ringer lactato é a solução de escolha para ressuscitação de fluidos na doença (SZATMARY et al., 2022).

Outrossim, a analgesia é um pilar essencial no tratamento da PA já que a dor abdominal pode se instalar com forte intensidade. Nesse sentido, os anti inflamatórios (AINEs) são uma opção interessante para evitar o uso de opioides em quadros não complicados, entretanto, possuem risco de lesão renal em doenças mais graves. Além disso, a nutrição por via oral precoce deve ser estimulada quando tolerada pelo paciente. A mesma está associada a menores respostas pró-inflamatórias e diminui o risco de complicações como translocação bacteriana. A sonda nasoenteral fica restrita aos pacientes hemodinamicamente instáveis, que possuem intolerância gastrointestinal ou interrupções frequentes para intervenções/investigações (SZATMARY et al., 2022).

A abordagem de nutrição oral precoce aumenta a motilidade intestinal e diminui o risco de falência de órgãos, infecção, tempo de internação e mortalidade. O uso rotineiro de antibióticos no curso inicial da PA grave atualmente não está associado a uma diminuição significativa na mortalidade ou morbidade. Mas existem casos, como suspeita de colangite, em que os antibióticos intravenosos são recomendados. O tratamento final consiste na prevenção da recorrência. Colecistectomia, cessação do alcoolismo e/ou tabagismo, tratamento de hipertrigliceridemia com dieta, omega 3, fibrato e outras drogas são alguns componentes favoráveis a fim de reduzir a recorrência da doença (SZATMARY et al., 2022; STRUM; BOLAND, 2023).

## 10 MANEJO CIRÚRGICO

### 10.1 INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

A presença de infecção é o motivo mais comum para intervenção cirúrgica em casos de PA, sendo frequentemente necessária para remover a necrose após síndrome compartimental abdominal (SCA) e/ou isquemia intestinal. Para pacientes com infecções, como primeira linha de tratamento, devem ser usados antibióticos e drenagem endoscópica percutânea ou guiada por imagem minimamente invasiva, que fornecem controle adequado da necrose na maioria dos indivíduos. O tratamento cirúrgico deve ser considerado quando os menos invasivos falham,



pois a necrose do pâncreas pode causar disfunção de múltiplos órgãos. Nesses casos, utiliza-se desbridamento ou necrosectomia, lavagem peritoneal, drenagem ou técnica “step-up” (NASSER ALZERWI, 2023).

A necrose peripancreática e a pancreática geralmente necessitam de tratamento quando infectadas, enquanto a presença de necrose estéril não obstrutiva pode ser apenas observada. É habitual adiar a intervenção até que a necrose tenha desaparecido, o que acontece em aproximadamente 4 semanas desde o início dos sintomas, porém isso não deve ser feito se houver deterioração clínica. Além das infecções, a cirurgia pode ser necessária em casos de sangramento agudo contínuo em que a abordagem endovascular não teve sucesso. Complicações intestinais, como fístula intestinal estendendo-se para uma coleção peripancreática, e outras complicações extra pancreáticas são relativamente raras, mas podem exigir intervenções cirúrgicas (LEPPÄNIEMI et al., 2019; HECKLER et al., 2020).

## 10.2 PROCEDIMENTOS

A abordagem cirúrgica da PA é voltada, sobremaneira, às complicações decorrentes do quadro e, habitualmente, é considerada a partir de uma a duas semanas após estabelecido o diagnóstico. Esse prazo é o tempo médio para que se iniciem complicações locais como a formação de coleções líquidas, necrose pancreática e peripancreática e consequente infecção desses conteúdos. Há que se considerar também evoluções desfavoráveis como o desenvolvimento de hipertensão intra-abdominal e síndrome compartimental. O tratamento é orientado por progressão de intervenções, das menos invasivas até a necrosectomia por laparotomia, sendo essa sequência conhecida como “step up approach” (STRUM; BOLAND, 2023).

Quadros de necrose do pâncreas e adjacências associados à infecção são um dos principais mecanismos de morte da PA, evoluindo para sepse e disfunção multissistêmica. Dessa forma o tratamento se baseia em eliminar o tecido desvitalizado que se tornou fonte de infecção. De acordo com o “step up approach” inicialmente deve ser tentada a drenagem do conteúdo infectado por via percutânea ou endoscópica. Caso o paciente não apresente melhora clínica ou haja confirmação de expansão da necrose novo procedimento de drenagem poderá ser tentado ou, em pacientes com maior gravidade, adoção do próxima etapa que consiste em desbridamento retroperitoneal guiado por vídeo (VARD, do inglês video assisted retroperitoneal debridement) (GLIEM et al., 2020; HECKLER et al., 2020).

Nesse sentido, o VARD consiste em realizar inserção de drenos na fossa ilíaca esquerda e no retroperitônio seguida por acesso videolaparoscópico ao retroperitônio para remoção mecânica do tecido desvitalizado e posterior lavagem da cavidade criada. Outra abordagem possível às falhas de drenagem é a necrosectomia endoscópica onde um endoscópio é conduzido através do trato digestivo superior em busca de região com aparente compressão extrínseca, sendo essa a referência para o acesso ao conteúdo necrótico. Uma vez localizada tal referência é feita a perfuração da parede do órgão (estômago ou duodeno) para a passagem do fio-guia que dilata o trajeto até a massa necrótica e subsequente posicionamento de cateter através da parede visceral para remoção mecânica endoscópica do tecido desvitalizado e lavagem da cavidade obtida (GLIEM et al., 2020; HECKLER et al., 2020).

Outra opção possível, porém cada vez menos utilizada é a necrosectomia pancreática aberta. Esse procedimento tem caído em desuso devido a sua maior complexidade técnica e maior risco de complicações e óbito se comparado a medidas menos invasivas, contudo ainda possui relevância nas situações em que outras intervenções falham ou não se encontram disponíveis. A técnica utilizada consiste em incisão subcostal transversa até acessar a cavidade abdominal seguida por divulsão de parte do peritônio pericólico e secção do ligamento gastrocólico próximo à curvatura maior do estômago para se evitar lesões do cólon e mesentério. Após essa etapa é realizada a remoção mecânica do material necrótico encontrado seguida por abundante lavagem da cavidade criada com salina isotônica. Para finalizar o procedimento o cirurgião deverá optar por realizar novas laparotomias sequenciais para manter a cavidade criada limpa, sem nova deposição de material desvitalizado ou então manter a área sob drenagem ou lavagem contínua fechada. As duas últimas opções mostram-se superiores à reabordagem cirúrgica sequencial no que tange a mortalidade (GLIEM et al., 2020; BEYER et al., 2022).

Por fim, destaca-se que na vigência de hipertensão abdominal grave medidas clínicas devem ser adotadas e, em caso de falha ou evolução iminente para síndrome compartimental intra-abdominal o tratamento cirúrgico se faz necessário. O procedimento mais frequentemente realizado consiste em laparotomia xifo-púbica para descompressão da cavidade e avaliação direta de isquemia em alças intestinais (ASHRAF et al., 2021).

## 11 COMPLICAÇÕES

A PA pode levar a diversas complicações que variam desde leves até potencialmente fatais. Estas podem resultar em falência de múltiplos órgãos, sendo a maioria das mortes na

primeira semana atribuídas a essa causa. Durante a segunda fase da doença, as mortes estão relacionadas a complicações locais da inflamação pancreática. Separa-se as complicações em locais e sistêmicas. As complicações locais incluem: necrose pancreática, que pode evoluir a coleções necróticas infectadas, fístulas pancreáticas, pseudocistos pancreáticos (ocorrem geralmente após 4 semanas da doença), coleções líquidas peripancreáticas e/ou pancreáticas agudas (ocorrem nas primeiras 4 semanas), trombose da veia porta ou veia esplênica (LEPPÄNIEMI et al., 2019; ASHRAF et al., 2021).

Já as complicações sistêmicas resultam principalmente do aumento da permeabilidade capilar e da liberação de citocinas, aumentando o risco de infecção e sepse, podendo levar à insuficiência de múltiplos órgãos. Inclui-se disfunções cardiovasculares, renais, pulmonares e neurológicas, dependendo da gravidade da pancreatite e das complicações secundárias. Cabe salientar que a falência persistente de órgãos (>48h) é um forte indicador de mau prognóstico. O tratamento depende da gravidade e das complicações específicas de cada caso, e pode incluir terapias conservadoras, intervenções cirúrgicas e tratamento de suporte para manter a função dos órgãos vitais. O manejo adequado das complicações é essencial para reduzir a morbimortalidade associada à PA (BEYER et al., 2022; VAN DEN BERG; BOERMEESTER, 2023).

## 12 CONCLUSÃO

A PA (PA) é uma condição inflamatória aguda do pâncreas, cuja fisiopatologia complexa e heterogênea pode resultar em uma ampla gama de manifestações clínicas, desde casos leves e autolimitados até situações graves de falência orgânica. O aumento global da incidência da PA nos últimos anos representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, exigindo uma compreensão aprofundada dos mecanismos inflamatórios subjacentes e um diagnóstico precoce para um tratamento eficaz. O prognóstico é influenciado pela gravidade do quadro clínico e por comorbidades associadas, sendo crucial uma abordagem terapêutica multidisciplinar que inclua suporte intensivo, controle da dor, ressuscitação volêmica e nutrição adequada. O tratamento cirúrgico pode ser necessário em casos de complicações graves, como infecção ou necrose pancreática, exigindo uma abordagem escalonada que priorize intervenções menos invasivas. O manejo adequado das complicações é essencial para reduzir a morbimortalidade associada à PA, destacando a importância de uma abordagem clínica abrangente e individualizada para cada paciente.

## REFERÊNCIAS

ASHRAF, H. et al. **A Clinical Overview of Acute and Chronic Pancreatitis: The Medical and Surgical Management.** *Cureus*, v. 13, n. 11, 20 nov. 2021.

BEYER, G. et al. **Clinical practice guideline: Acute and chronic pancreatitis.** *Deutsches Ärzteblatt international*, 25 jul. 2022.

GLIEM, N. et al. **Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update.** *Digestion*, v. 102, n. 4, p. 1–5, 18 maio 2020.

HECKLER, M. et al. **Severe Acute pancreatitis: Surgical Indications and Treatment.** *Langenbeck's Archives of Surgery*, v. 406, n. 3, 10 set. 2020.

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.

NASSER ALZERWI. **Surgical management of acute pancreatitis: Historical perspectives, challenges, and current management approaches.** v. 15, n. 3, p. 307–322, 27 mar. 2023.

STRUM, W. B.; BOLAND, C. R. **Advances in acute and chronic pancreatitis.** *World Journal of Gastroenterology*, v. 29, n. 7, p. 1194–1201, 21 fev. 2023.

SZATMARY, P. et al. **Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment.** *Drugs*, v. 82, n. 12, 2022.

VAN DEN BERG, F. F.; BOERMEESTER, M. A. **Update on the management of acute pancreatitis.** *Current Opinion in Critical Care*, v. Publish Ahead of Print, 24 jan. 2023.