



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA
ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

ACUTE PANCREATITIS: A NARRATIVE REVIEW OF LITERATURE

PANCREATITIS AGUDA: UNA REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho¹, Cleber Queiroz Leite¹, Lucielly Brigida Matos de Carvalho¹, Iara Maria Rodrigues Couto¹, Ana Julia Gondim Bernardino¹, Karollyne Gonçalves da Silva Lima¹, Yanni Flores Alencar¹, Vanessa Duarte Cruz¹, Yara Rocha da Cruz e Silva¹, Bárbara Barbosa Pires¹, Maria Eduarda Brotto de Souza¹, Ana Carolina Diniz Mendes², Brian França dos Santos³

e26145

<https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i6.145>

PUBLICADO: 06/2022

RESUMO

Introdução: A pancreatite aguda é caracterizada por uma inflamação de variadas etiologias sendo as principais colelitíase e etilismo. A prevalência da inflamação, no Brasil, encontra-se por volta 15,9/100.000. Diante dessa situação o objetivo desse estudo é descrever a fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial, possíveis complicações sistêmicas e locais, bem como o tratamento da pancreatite aguda. **Metodologia:** Utilizou-se artigos com texto completo disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. **Resultados:** 19 artigos foram identificados no período de estudo, todos com publicação de 2012 a 2022. Contudo, notou-se que o consumo abusivo de álcool apresenta implicações importantes na saúde pública em nível nacional e mundial, sendo essa etiologia causadora de 30% das pancreatites agudas, atingindo, em sua maioria, homens jovens com histórico de etilismo abusivo. Dessa forma, uma estimativa em nível global evidenciou que cerca de 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres são afetados com enfermidades relacionados ao uso abusivo de álcool. **Conclusão:** O diagnóstico da Pancreatite aguda deve ser clínico-laboratorial, sendo que o manejo inicial do paciente visa tratamento dos sintomas e voltado ao suporte, visto que ainda não há relatos conclusivos voltados a cessar a progressão da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Pancreatite. Diagnóstico. Tratamento

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis is characterized by an inflammation of various etiologies being the main cholelithiasis and alcohol consumption. The prevalence of inflammation in Brazil is around 15.9/100,000. In view of this situation, the aim of this study is to describe the pathophysiology, clinical manifestations, laboratory diagnosis, possible systemic and local complications, as well as the treatment of acute pancreatitis. **Methodology:** Full-text articles available in the Google Academic databases, Virtual Health Library and PubMed were used. **Results:** 19 articles were identified in the study period, all published from 2012 to 2022. However, it was noted that alcohol abuse has important implications in public health at national and global level, being this etiology causing 30% of acute pancreatitis, reaching mostly young men with a history of abusive alcohol consumption. Thus, an estimate globally showed that about 237 million men and 46 million women are affected by alcohol-related illnesses. **Conclusion:** The diagnosis of acute pancreatitis should be clinical and laboratory, and the initial management of the patient aims at treatment of symptoms and focused on support, since there are still no conclusive reports aimed at ceasing the progression of the disease.

KEYWORDS: Pancreatitis. Diagnosis. Treatment

¹ Centro Universitário São Lucas - UNISL

² Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

³ Universidade Iguazu - UNIG



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielli Brigida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto, Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz, Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda se caracteriza por una inflamación de diversas etiologías siendo la principal colelitiasis y consumo de alcohol. La prevalencia de la inflamación en Brasil es de alrededor de 15,9/100.000. Ante esta situación, el objetivo de este estudio es describir la fisiopatología, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico de laboratorio, las posibles complicaciones sistémicas y locales, así como el tratamiento de la pancreatitis aguda. Metodología: Se utilizaron artículos de texto completo disponibles en las bases de datos de Google Academic, Biblioteca Virtual de Salud y PubMed. Resultados: Se identificaron 19 artículos en el período de estudio, todos publicados de 2012 a 2022. Sin embargo, se observó que el abuso de alcohol tiene implicaciones importantes en la salud pública a nivel nacional y mundial, siendo esta etiología causante del 30% de la pancreatitis aguda, llegando en su mayoría a hombres jóvenes con antecedentes de consumo abusivo de alcohol. Por lo tanto, una estimación a nivel mundial mostró que alrededor de 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres se ven afectados por enfermedades relacionadas con el alcohol. Conclusión: El diagnóstico de pancreatitis aguda debe ser clínico y de laboratorio, y el manejo inicial del paciente apunta al tratamiento de los síntomas y se centra en el apoyo, ya que aún no existen informes concluyentes dirigidos a cesar la progresión de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Pancreatitis. Diagnóstico. Tratamiento

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória desencadeada por ativação intracelular e disseminação de enzimas proteases que destroem o pâncreas e os tecidos peripancreáticos, podendo afetar órgãos a distância (OKABAYASHI *et al.*, 2020). Sendo assim, a pancreatite aguda corresponde a uma das patologias mais comuns que acometem o trato gastrointestinal, gerando um grande impacto emocional, físico e financeiro (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Essa patologia tem como principais etiologias a litíase biliar, o álcool e a hipertrigliceridemia. Entretanto, pode ser causada também, com menor incidência, pela hipercalemia e pelo uso irracional de medicamentos (GOMES *et al.*, 2020). No Brasil, o álcool e a litíase biliar são responsáveis por 80% dos casos que desencadeiam a pancreatite aguda, contudo a doença calculosa das vias biliares é a causa principal (OKABAYASHI *et al.*, 2020). Epidemiologicamente, para cada grupo de cem mil indivíduos, este quadro patológico tem incidência de, aproximadamente, 13-45 casos ao ano, com existência de variações geográficas (MALTONI *et al.*, 2018).

No Brasil, cerca de 17,9% da população adulta faz uso abusivo de bebida alcoólica, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (GOMES *et al.*, 2020). Dessa forma, é necessário considerar que o álcool é causador de 30% das pancreatites agudas, atingindo, em sua maioria, homens jovens com histórico de etilismo abusivo (YI *et al.*, 2021).

Nesse contexto, esse consumo expressivo apresenta implicações importantes na saúde pública a nível nacional e mundial. Uma estimativa, a nível global, evidenciou que cerca de 237 milhões de homens e 46 milhões de mulheres são afetados com enfermidades relacionados ao uso abusivo de álcool, com predominância na população Europeia (14,8% nos homens, 3,5% nas mulheres) e Americana (11,5% nos homens e 5,1% nas mulheres) (MAIA *et al.*, 2019).



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielly Brigida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto, Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz, Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

Desse modo, o presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a pancreatite aguda, descrevendo a sua fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial, possíveis complicações sistêmicas e locais, bem como o seu tratamento.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura a partir das bases de dados do Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed, utilizando as palavras-chaves: “Pancreatite”, “Diagnóstico” e “Tratamento”, tendo a busca de dados ocorridos no período do mês de abril e maio de 2022.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completo disponível, nos idiomas português, inglês e espanhol e que tivessem como assunto principal pancreatite aguda, possíveis complicações sistêmicas e locais, bem como o seu tratamento entre o período de 2012 a 2022. Como critérios de exclusão, adotou-se não analisar artigos fora da data estabelecida e nem aqueles que fogem ao tema. Sendo assim, foram selecionados 19 artigos para a produção deste estudo.

FISIOPATOLOGIA

Acredita-se que a Pancreatite Aguda (PA) ocorra em decorrência da obstrução do ducto pancreático devido a cálculos biliares, ao trauma e à ingestão de álcool (GOMES *et al.*, 2020). Há a ativação de uma enzima chamada tripsinogênio em tripsina que por sua vez ativa uma cascata. Esta cascata gera sinais flogísticos e até mesmo necrose pancreática (MALTONI *et al.*, 2018). Além disso, há liberação de toxinas do pâncreas que agem localmente na cavidade peritoneal causando irritação e sistematicamente causando complicações nos pulmões, rins e cérebro. (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Quando a PA é decorrente de uma litíase biliar, haverá ativação da secreção pancreática fora do duodeno, devido à interrupção do fluxo pancreático (MAIA *et al.*, 2019). Dessa forma, quando o bolo alimentar chegar no duodeno, o pâncreas será forçado a produzir sua secreção que ficará então represada fora do duodeno, criando as condições para a ativação da cascata digestiva no próprio pâncreas e lesando as células por processos trombóticos e inflamatórios (FERREIRA, 2017).

Partindo dessa premissa, a gravidade da pancreatite aguda (PA) relaciona-se aos fatores e a extensão da apoptose e da necrose (SCHILIOMA; JAYME, 2016). Enquanto a necrose se caracteriza por uma mudança fisiopatológica de autodestruição, no qual inclui processos de tumefação mitocondrial, ruptura da membrana plasmática e perda de processos celulares, a apoptose caracteriza-se pela morte celular programada envolvendo uma cascata de processos que levarão a remoção dos restos celulares (DAMASCENO *et al.*, 2016).



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA
Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielly Brígida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto,
Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz,
Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

Já o desenvolvimento da PA, no que tange o álcool, se deve a um efeito tóxico que age diretamente sobre as células pancreáticas e formam agregados proteicos que obstruem o canal pancreático, fazendo ulcerações, atrofiando as células acinares e chegando a causar fibrose (MAIA *et al.*, 2019). Além disso, o consumo do álcool aumenta a ativação das enzimas de tripsina e estas ativam uma cascata de citocinas que amplificam todo o processo inflamatório (PEIXOTO, 2019).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Geralmente, a sintomatologia das complicações da pancreatite aguda apresentam manifestações clínicas indistinguíveis da pancreatite aguda. O principal sintoma presente é a persistência ou recorrência da dor abdominal (OKABAYASHI *et al.*, 2020). Caracteristicamente, é de início súbito, constante, localizada na região epigástrica e/ou periumbilical com irradiação para o dorso, flanco e, eventualmente, para o ombro esquerdo (sinal de Kehr) (MAIA *et al.*, 2019).

Em contrapartida, seu alívio ocorre na posição genupeitoral, e o agravamento em posição supina, ao esforço e a ingestão de alimento com alto teor de lipídeos (FREITAS *et al.*, 2015). Em 90% dos casos, a dor é acompanhada de náuseas e vômitos devido a intensidade da dor ou inflamação da parede posterior do estômago (BANKS *et al.*, 2015; COURTNEY *et al.*, 2015).

Ao exame físico, pode ser identificada sensibilidade epigástrica com possível proteção e rigidez associada à distensão abdominal (DAMASCENO *et al.*, 2016). Em casos graves, notam-se sinais de toxemia, respiração superficial em virtude da irritação peritoneal, e, de forma rara, equimose do flanco e periumbilical (*Sinal de Gray Turner e de Cullen*, respectivamente) devido a sangramento retroperitoneal (MAIA *et al.*, 2019). Além disso, até 25% dos pacientes encontram-se icterícos por causa da litíase biliar ou edema de papila. (SCHILIOMA; JAYME, 2016). De forma mais específica, algumas complicações locais da pancreatite aguda podem apresentar uma manifestação clínica mais típica (FERREIRA, 2017).

Pacientes com pseudocistos demonstram, principalmente, queixas relacionadas com o efeito de massa local, sendo as mais comuns, dor persistente e saciedade inicial (DAMASCENO *et al.*, 2016). Sintomas menos frequentes incluem icterícia, perda de peso por compressão gástrica ou duodenal, hemorragia intracística e febre por infecção. Ao exame físico, eventualmente, uma massa abdominal pode ser palpada correspondendo ao pseudocisto (UMAPATHY *et al.*, 2020; WINDSOR; LOVEDAY, 2013).

No caso da necrose pancreática, pode-se ter sintomatologia em até 50% dos casos, como dor abdominal persistente, anorexia, mal-estar, intolerância alimentar ou perda de peso (MAIA *et al.*, 2019). Em apresentações graves, pode ocorrer: obstrução do trato gastrointestinal, diminuindo dos ruídos hidroaéreos; fistulização para estruturas anatômicas adjacentes; compressão ou erodição de vasos sanguíneos ou ducto biliar, o que pode levar a isquemia ou hemorragia (equimose em flanco e periumbilical) (MALTONI *et al.*, 2018). Cerca de um terço dos pacientes, pode ocorrer infecção, com



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielly Brigida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto, Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz, Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

manifestação de febre prolongada e deterioração clínica progressiva. (COURTNEY *et al.*, 2015; UMAPATHY *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a pancreatite aguda pode estar associada a manifestações generalizadas (GOMES *et al.*, 2020). Neste caso, percebe-se a síndrome de resposta inflamatória sistêmica, marcada por um estado pró-inflamatório, com taquicardia, taquipneia ou hiperpneia, hipotensão, hipoperfusão, oligúria, leucocitose ou leucopenia, piroxia ou hipotermia e a necessidade de infusão de volume, mas sem danos nos órgãos, bacteremia ou necessidade de suporte farmacológico (FERREIRA, 2017). Destes pacientes, alguns podem evoluir para síndrome de disfunção múltipla de órgãos. (WINDSOR; LOVEDAY, 2013).

A síndrome da disfunção múltipla de órgãos apresenta uma sequência acometimento na pancreatite aguda. Inicia-se, frequentemente, com insuficiência pulmonar e comprometimento renal seguido por insuficiência circulatória, disfunção metabólica e insuficiência hepática (OKABAYASHI *et al.*, 2020).

O comprometimento pulmonar demonstra-se primeiro manifestações clínicas como taquipneia, alcalose respiratória leve, hipoxemia leve, e evolui para insuficiência respiratória eminente, a qual é sugerida quando PO₂ arterial permanece menos de 60mmHg (GOMES *et al.*, 2020).

Em contrapartida, a insuficiência renal se manifesta como oligúria (<30mL/h) ou anúria devido a hipovolemia (OKABAYASHI *et al.*, 2020). Sendo assim, com a falência cardiovascular, há o desenvolvimento de hipovolemia em virtude da perda de fluidos por vômitos, febre e para o terceiro espaço. Ademais, complicações metabólicas são apresentações raras, que demonstram, na primeira semana, hipocalcemia, o que pode ocasionar a tetania hipocalcêmica (FERREIRA, 2017).

Outra complicação pulmonar importante é o derrame pleural, quando ocorre a ativação da cascata inflamatória, as citocinas pró-inflamatórias induzem células de defesa que promovem a exacerbação da lesão pulmonar, causando necrose das células epiteliais e alveolares (MAIA *et al.*, 2019). Em consequência disso, a permeabilidade da membrana alvéolo-capilar aumenta e ocorre um infiltrado exsudativo que compromete a função pulmonar. (DAMASCENO *et al.*, 2016).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de pancreatite aguda precisa ocorrer dentro de 48 horas a partir do início dos sintomas, através de achados clínicos e aumento nos níveis das enzimas amilase e lipase séricas (FERREIRA, 2017). As alterações na lipase são consideradas mais confiáveis para a doença, e permanecem por mais tempo que as elevações na amilase (OKABAYASHI *et al.*, 2020). É importante a associação com a apresentação clínica, pois os valores de lipase podem estar aumentados em muitas doenças, como nefropatias, apendicite, parotidite e colecistite (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

A amilase dos pacientes acometidos geralmente aumenta dentro de algumas horas após o começo do quadro e volta ao valor padrão em até 5 dias (MAIA *et al.*, 2019). As concentrações



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA
Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielly Brígida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto,
Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz,
Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

séricas da enzima podem ser normais na pancreatite aguda induzida pelo álcool e na hipertrigliceridemia (OKABAYASHI *et al.*, 2020). Apesar das recomendações enfatizarem a vantagem da lipase sérica, problemas semelhantes com o valor preditivo permanecem em certas populações de pacientes, incluindo a existência de macrolipasemia (TENNER *et al.*, 2013).

Após o diagnóstico, é essencial avaliar a gravidade do episódio, a fim estabelecer a abordagem correta, exames laboratoriais como leucograma, glicemia, creatinina, proteína C reativa, podem ser úteis para determinar isso (DAMASCENO *et al.*, 2016). Um teste com tira reagente de urina para tripsinogênio-2 tem sensibilidade e especificidade acima de 90% para PA. Faz-se necessários também exames para verificar função hepática, cálcio e triglicérides (CARNEIRO *et al.*, 2021).

COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS E LOCAIS

É importante salientar que as complicações locais e sistêmicas relacionadas à pancreatite aguda irão ocorrer em uma pequena parcela dos indivíduos acometidos, sendo o risco aumentado em pacientes que manifestam a forma necrosante de extensão superior a 50% do parênquima pancreático (GOMES *et al.*, 2020). Em relação às complicações sistêmicas, essas irão ocorrer devido a patologias prévias que se agravam por conta de uma resposta inflamatória. (PEIXOTO, 2019).

A pancreatite necrosante é a complicação de pior prognóstico e consiste na necrose do tecido pancreático, causando prejuízo à perfusão do órgão (OKABAYASHI *et al.*, 2020). As coleções peripancreáticas agudas são complicações da pancreatite aguda e formam conjuntos de fluidos próximos ao pâncreas, reabsorvidas espontaneamente após a atividade inflamatória cessar (PEIXOTO, 2019). Os pseudocistos são coleções líquidas que sofrem ou não reabsorção e levam a complicações cirúrgicas (GOMES *et al.*, 2020).

Pacientes que apresentam hematócrito e ureia acima dos valores normais, no momento da internação, é preocupante, pois o hematócrito está relacionado aos motivos principais que podem desencadear complicações das manifestações sistêmicas e, assim, agravar o quadro do paciente com pancreatite aguda (MAIA *et al.*, 2019). Logo, valores elevados do hematócrito podem configurar risco de necrose do órgão e a ureia elevada pode evoluir para óbito (PEIXOTO, 2019).

A pancreatite aguda (PA) pode complicar para o derrame pleural por dois fatores: surgimento de bloqueio linfático trans diafragmático ou pela ruptura posterior do ducto pancreático, que resulta na formação de uma fístula pancreático-pleural causadora de derrame com valores elevados de amilase (GOMES *et al.*, 2020). O ducto pancreático também pode sofrer ruptura anterior desde que haja, associada à perfuração, um pseudocisto comunicante mediastinal (PIRES, 2020).

A PA pode ser fator desencadeante da necrose gástrica, ainda que apresente menor incidência, ocasionando aumento da coleção pancreático-peripancreática em contato com a parede gástrica posterior (FERREIRA, 2017). Uma pancreatite necrotizante aguda possibilita a extensão

RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA
Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielli Brígida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto,
Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz,
Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

desta complicação, provocando uma necrose gástrica, consequentemente uma perfuração entérica (PEIXOTO, 2019).

TRATAMENTO

De acordo com as diretrizes de tratamento da *International Association of Pancreatology* (IAP) e da *American Pancreatic Association* (APA) (2013) os tópicos recomendados para o manejo da Pancreatite aguda (PA) são: diagnóstico de PA e etiologia, prognóstico/predição da gravidade, imagiologia, fluidoterapia, manejo de terapia intensiva, prevenção de complicações infecciosas, suporte nutricional, manejo do trato biliar, indicações para intervenção em pancreatite necrosante, tempo de intervenção em pancreatite necrosante, estratégias de intervenção em pancreatite necrosante e tempo de colecistectomia (CARNEIRO *et al.*, 2021).

Como não há tratamento específico para o processo inflamatório que impeça a progressão da doença, o manejo na fase inicial deve ser clínico de suporte e sintomático, porém dependendo da gravidade seu manejo é na unidade de terapia intensiva (UTI), visando uma monitorização intensiva e suporte adequado (OKABAYASHI *et al.*, 2020).

A fluidoterapia tem como principal objetivo a prevenção da hipovolemia e da hipoperfusão de órgãos, levando em consideração a frequência cardíaca, pressão arterial média, pressão venosa central, débito urinário e outros parâmetros apresentados pelo paciente (BRAGA *et al.*, 2022). A diretriz IAP/APA propõe o uso de cristaloides na forma de Ringer lactato com uma infusão recomendada de 250 a 500 ml por hora, a menos que existam comorbidades cardiovasculares, renais ou outras condições relacionadas (DUARTE *et al.*, 2019).

O controle da dor deve ser realizado ainda no atendimento de emergência, uma vez que a dor abdominal pode ser intensa (FREITAS *et al.*, 2015). Analgésicos comuns, como dipirona, podem ser eficazes para o controle da dor nas formas leves e moderadas, recomendando-se também o jejum oral até a melhora da dor abdominal (BRAGA *et al.*, 2022).

Uma das complicações mais letais da pancreatite aguda é a infecção secundária com necrose pancreática ou peripancreática. A profilaxia antibiótica não é recomendada, a menos que haja quadro infeccioso confirmado ou clinicamente suspeito (BRAGA *et al.*, 2022). Os carbapenêmicos são antibióticos de amplo espectro com boa penetração no tecido pancreático, sendo considerados como primeira escolha na linha do tratamento (CARNEIRO *et al.*, 2021).

Estudos revelam que a nutrição enteral precoce está relacionada com a proteção da barreira mucosa do intestino e redução da chance de translocação bacteriana, podendo reduzir, assim, o risco de desenvolvimento de necrose pancreática e peripancreática infectada (MAIA *et al.*, 2019). Em pacientes com pancreatite leve, a dieta oral normal pode ser retomada quando a dor é diminuída (DUARTE *et al.*, 2019).

A pancreatite aguda (PA) por cálculos biliares resulta da impactação dos cálculos biliares migratórios na ampola de Vater resultando em inflamação do pâncreas e dor abdominal (PEIXOTO,



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielli Brigida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto, Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz, Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

2019). A colecistectomia deve ser realizada, com objetivo na prevenção de episódios recorrentes de PA com etiologia por cálculos biliares (MAIA *et al.*, 2019). Já a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) de urgência é definida como uma abordagem cirúrgica que ocorre nas primeiras 72 horas, sendo recomendada na PA de etiologia biliar com presença de colangite aguda (BRAGA *et al.*, 2022)

Segundo diretriz IAP/APA, a PA requer uma intervenção (radiológica, endoscópica ou cirúrgica) em casos de suspeita clínica de pancreatite necrosante ou evidência comprovada de pancreatite necrosante infectada com piora clínica, principalmente em casos de necrose encapsulada. Determina-se, então, se o procedimento será minimamente invasivo ou através de cirurgia aberta (OKABAYASHI *et al.*, 2020).

Se necessária intervenção cirúrgica, esta deve ser realizada na fase tardia da doença, assim, a melhor recomendação são os métodos pouco invasivos, que têm tido melhores resultados, dentre eles: abordagem percutânea, endoscópica e laparoscópica (DUARTE *et al.*, 2019). A abordagem minimamente invasiva mais utilizada é o cateter retroperitoneal percutâneo ou a drenagem transluminal endoscópica, seguida, caso necessário, por necrosectomia endoscópica ou cirúrgica (BRAGA *et al.*, 2022). Esse tipo de abordagem mostrou um menor risco de *stress* peri-operatório, de disfunção multiorgânica de novo, e de complicações a longo prazo como fístulas, insuficiência pancreática endócrina e exócrina e hérnias incisionais. (OKABAYASHI *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pancreatite aguda ocorre devido a uma cascata de reações que culminam na ativação de glóbulos brancos, provocando manifestações clínicas como a dor abdominal de início súbito, constante, em região epigástrica e/ou periumbilical. Dessa forma, é de suma importância que o diagnóstico ocorra dentro de 48 horas do início dos sintomas para evitar complicações sistêmicas ou locais. Ademais, o tratamento destinado a Pancreatite aguda é voltado ao suporte e sintomáticos, podendo o paciente ser manejado na UTI.

REFERÊNCIAS

- BANKS, P. A. *et al.* Classification of acute pancreatite-2012: revisão da classificação e definições de Atlanta por consenso internacional. **Gut**, v. 62, p. 102-11, 2013.
- BRAGA, Williana Garcia *et al.* Pancreatite: fisiopatologia, diagnóstico e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 34311-34330, 2022.
- CARNEIRO, Rommel de Sousa *et al.* Protocolo para manejo clínico da pancreatite aguda em adultos Protocol for the clinical management of acute pancreatitis in adults. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 98841-98855, 2021.



RECISATEC – REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA

ISSN 2763-8405

PANCREATITE AGUDA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA
Pérola Fernandes Ribeiro de Carvalho, Cleber Queiroz Leite, Lucielly Brígida Matos de Carvalho, Iara Maria Rodrigues Couto,
Ana Julia Gondim Bernardino, Karollyne Gonçalves da Silva Lima, Yanni Flores Alencar, Vanessa Duarte Cruz,
Yara Rocha da Cruz e Silva, Bárbara Barbosa Pires, Maria Eduarda Brotto de Souza, Ana Carolina Diniz Mendes, Brian França dos Santos

- COURTNEY, M. T. *et al.* **Sabiston tratado de cirurgia**. Rio de Janeiro: Elsevier, ed. 19^a, 2015.
- DAMASCENO, S. R. B. *et al.* Fisiologia da Pancreatite aguda. In: ORIÁ, R. B.; BRITO, G. A. de C. (Org). **Sistema Digestório: Integração Básico-Clinica**. São Paulo: Editora Edgard Blucher Ltda, 2016, p. 751-762.
- DUARTE, A. S. *et al.* Fisiopatologia e tratamento da pancreatite aguda: revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, Pará-Belém, v. 3, n. 1, p. e06, 2019.
- FERREIRA, S. L. A. Pancreatites, In: ALVES, D. C. (Org). **Estudo Complementar em Gastroenterologia: Aspectos Anatômicos e Clínicos**. 2. ed. Belo Horizonte: UNIFENAS, 2017. p. 119-128.
- FREITAS, Pedro Jorge Furtado; DE LIMA STEVÃO, Gilson Davi; BERNARDO, Mônica Oliveira. Pancreatite necro-hemorrágica: utilização da tomografia computadorizada como método diagnóstico auxiliar. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 160-162, 2015.
- GOMES, Joyce de Paula *et al.* Pancreatite aguda em pacientes etilistas: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4223-e4223, 2020.
- MAIA, Priscila Masson *et al.* Pancreatite aguda grave: um relato de caso de complicações sistêmicas em um paciente previamente hígido. **Uningá Journal**, v. 56, n. 3, p. 160-169, 2019.
- MALTONI, Isabela Soucin *et al.* Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre diagnóstico e tratamento da pancreatite aguda. **Diagn tratamento**, v. 23, p. 160-9, 2018.
- OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka *et al.* Pancreatite aguda grave: diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17487-17506, 2020.
- PEIXOTO, A. I. L. G. **Abordagem às complicações locais da Pancreatite Aguda**. Orientador: Pedro Silva-Vaz. 2019. 46 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Portugal, Covilhã, 2019.
- SCHILIOMA Z.; JAYME, N. E. **Gastroenterologia Tratado de Gastroenterologia - Da Graduação à Pós-graduação**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.
- TEIXEIRA, M. L.; GERHARDT, S.; MONDARDO, H. A.; KUPSKI, C. **PANCREATITE AGUDA**. *Acta méd.*, Porto Alegre, v. 37, n. 6, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883023/08-pancreatite-aguda.pdf> Acesso em: 27 maio 2022.
- TENNER, S. *et al.* American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis, **American Journal of Gastroenterology**, Minnesota-USA, v. 108, Ed. 9, p. 1400-1415, set. 2013. DOI: 10.1038/ajg.2013.218.
- UMAPATHY, Chandraprakash *et al.* Pancreatic fluid collections: Clinical manifestations, diagnostic evaluation and management. **Disease-a-Month**, v. 66, n. 11, p. 100986, 2020.
- WINDSOR, J. A.; LOVEDAY, B. T. **Complications of Acute Pancreatitis (Including Pseudocysts): Operações Abdominais da Maingot**. 12. ed. New York: McGraw Hill, 2013.
- YI, Ke-Qian *et al.* Appraisal of the diagnostic procedures of acute pancreatitis in the guidelines. **Systematic Reviews**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2021.