Pancreatite Aguda

Quadro clínico: dor abdominal súbita epigástrica irradiando para dorso, acompanhada de náusea e vômitos.

Amilase ≥ 3 nl e US abdome e Rx abd agudo

Avaliar gravidade

Internar se:

- Dor severa ou persistente, vômitos incoercíveis, desidratação, ou sinais de pancreatite aguda grave.
- Parâmetros clínicos como sede, oligúria, taquicardia, taquipnéia, hipóxia, agitação, confusão e falta de melhora clínica em 48h são sinais de pior prognóstico.

Internar em UTI se sinais de gravidadde

- **Critérios Ranson** ≥ 3 dos seguintes presentes
  - Idade>55 anos
  - Leucócitos >16.000 cel/ml
  - Glicose >200mg/dl
  - HDL >350U/l
  - TgO >250 U/l
- **Apache II ≥ 8** e Obesidade (IMC>30) + 2 pontos no Apache II
- **HT >44** na admissão ou aumento nas primeiras 24hs
- **SIRS**= FC>100, FR>20, T° retal<36 ou >38, leuc.<4.000ou >12.000 (2ou+)
- **Disfunção orgânica**= PS<90mmhg, PaO2 ≤60 mmhg, Cr>2,0 (após hidratar) ou sangramento GI >500 ml/24 h
- **Presença necrose**, abscesso ou pseudocisto na TC abdome(pedir após 48-72h)
- PCR > 150 mg/L em 48-72hs da admissão é sugestivo de necrose.

Etiologia

- Biliar
- Alcoólica
- Hipertrigliceridemia
- Hipercalcemia
- PO de cirurgias abdominais
- Fármaco induzido
- Trauma abdominal
- CPRE
- Obstrução ductal (pâncreas divisum,anular ou câncer)

Se internar solicitar

- Hemograma
- Uréia,Creatinina
- Cálcio, ,Sódio,Potássio
- Gasometria arterial

Diagnóstico diferencial

Doença ulcerosa péptica
Doenças vias biliares
Isquemia mesentérica
Obstrução intestinal aguda
IAM inferior
Dissecção aórtica aguda
Gravidez ectópica

Tratamento

- **Reposição volêmica** vigorosa: SF 0,9% ou Ringer Lactato, correção de eletrólitos.
- Suplementação de oxigênio (O2≥95%)
- **Analgesia**: opióides (meperidina)
- **Prevenção de hemorragia digestiva** alta com ranitidina
- SNG aberta: somente se vômitos incoercíveis ou distensão abdominal
- **Dieta**: zero VO, pode-se iniciar dieta enteral ou parenteral. Retornar dieta VO quando ausência dor abdominal ,presença de fome e RHA presentes
- **Antibioticoprofilático**: **controverso**. Usar somente se presença de necrose infectada:
  - Ciprofloxacina 400mg ev 12/12 + metronidazol 1g ev 12/12hs
  - Imipenem 500 mg 6/6 h

Critérios de alta

Dor abdominal controlada com analgésicos orais; Paciente apto a comer e beber
Ausência de sinais de gravidade ou complicações orgânicas sistêmicas

Processo autodigestivo do pâncreas a qual ocorre devido à ativação prematura de tripsina no interior de células acinares causando liberação de várias enzimas pancreáticas amplificando o fenômeno digestivo.

Tipos

- Pancreatite leve ou intersticial
- Pancreatite grave ou necrotizante

Quadro clínico habitual

- Dor abdominal: início súbito, em faixa no andar superior do abdome, com irradiação para o dorso; náuseas e vômitos

Exame físico

- Irritação peritoneal
- derrame pleural (freqüentemente a esquerda)
- febre , taquicardia
- desidratação, hipotensão, choque (por seqüestro de líquido para terceiro espaço)
- Sangramento retroperitonial:
  Sinal Grey-Turner: equimose em flanco
  Sinal Cullen: necrose gordura subcutânea
  Sinal Fox: equimose base do pênis

Etiológico

- Biliar e alcoólica correspondem a 80% dos casos
- Hipertrigliceridemia, Hipercalcemia
- Pós-operatório (cirurgias abdominais e com circulação extracorpórea)
- Pós –CPRE
- Fármaco induzido (terapias AIDS, SMX+TMP, Metronidazol, Hidroclorotiazida, furosemida, sulfassalazina, azatioprina, clonidina, metildopa,salicilatos).
- Trauma abdominal
- Hereditária, Fibrose cística
- Vascular/Isquêmica
- Obstrução ductal (pâncreas divisum,anular ou tumor)
- Idiopática= 10%

Diagnóstico

- **Exames laboratoriais gerais** :
  - hiperglicemia, leucocitose, aumento TGP;
- **Exames laboratoriais específicos**:
  - Elevação Amilase e/ou Lípase (3x o valor normal). A amilase retorna a valores normais entre 3-5 dias e a lipase entre 7-10 dias.
  - Amilasemia acima de 1000U/dl é sugestivo de causa biliar.
  - Os valores das enzimas **Não** tem relação com a gravidade da doença ou resolução do quadro.
  - Diagnóstico diferencial de hiperamilasemia: úlcera perfurada,isquemia mesentérica.
- **Exames de imagem**:
  - USG de abdome (etiologia biliar),
  - TC abdome, RNM abdome são úteis para confirmar o diagnóstico ou excluir outras patologias abdominais, assim como complicações

pancreáticas. A TC abdome também pode ser útil para determinar a presença de necrose infectada através de punção guiada por agulha fina colhendo material para pesquisa bacteriológica.

- **Exame padrão-ouro é a TC com contraste oral e venoso.**
  - Quando se suspeita de quadro de pancreatite aguda leve não há necessidade de se solicitar tal exame

Diagnóstico diferencial: doença ulcerosa péptica, doenças vias biliares, isquemia mesentérica, obstrução intestinal aguda, IAM inferior, dissecção aórtica aguda, gravidez ectópica.

Complicações

- Coleções líquidas com crescimento que causem dor tornam-se infectadas (febre, leucocitose, presença de ar nas coleções), compressão órgãos adjacentes.
- Coleções fluídas com níveis elevados de enzimas pancreáticas são geralmente associados com rompimento do ducto pancreático ou com formação de pseudocisto, ascite e derrame pleural.
- Necrose pancreática

Prognóstico

- **Falência de múltiplos órgãos persistente ou progressiva são mais estreitamente preditivo de mortalidade e são os mais confiáveis marcadores de doença grave**
- **Fatores de risco para doença grave**
  - Idade>55 anos
  - obesidade (IMC>30)
  - derrame pleural
  - hematócrito ≥44 na admissão ou aumento do hematócrito nas primeiras 24hs **(melhor preditor de necrose pancreática**)
  - complicações locais(pseudocisto pancreático,necrose, abscesso).
  - **APACHE II** é preferível para avaliar prognóstico (valor preditivo negativo de 86% na primeiras 24 hs e aumenta com 48 hs), utilizando um corte de 8.
  - **Escore de Ranson** (valor preditivo negativo de 93% nas primeiras 48 hs) utilizando um corte de 3.
    - Idade >55
    - Leucócitos > 16.000 cel/ml
    - DHL >350U/l
    - Glicose >200mg/dl
    - TgO >250 U/l
      - **Forma Leve** : Ranson < 3 ou Apache II < 8
      - **Forma Grave** : Ranson ≥ 3 ou Apache ≥ 8 ou presença de complicações orgânicas sistêmicas
- **Aqueles com critérios de mau prognóstico ou que apresentam comorbidades deve ser triado para uma unidade de terapia intensiva.**
- **TC com contraste endovenoso deve ser realizada após 48-72 horas** de doença a fim de avaliar o grau de necrose pancreática em pacientes com doença grave (APACHE II ≥ 8) e também naquelas com falência de órgãos

- **Proteína C Reativa** >150 mg/L nas primeiras 72 hs correlaciona com a presença de necrose com uma sensibilidade e especificidade >80%.

Tratamento

- **Internar se:** dor severa ou persistente, vômitos incoercíveis, desidratação, ou sinais de pancreatite aguda grave
  - **Reposição volêmica** – de acordo com necessidade e gravidade (choque),correção de distúrbios hidroeletrolíticos,
  - **Analgesia**: deve ser feita com opiáceos (meperidina/ fentanil). Deve-se evitar a morfina
  - **Cateter Nasogástrico** se houver distensão abdominal (íleo paralítico) ou vômitos incoercíveis.
  - **Prevenção de hemorragia GI** alta com ranitidina.
  - **Dieta zero via oral**. Pode ser introduzida dieta via enteral ou parenteral, dando preferência à primeira devido a menor número de complicações. Se apresentar ílio paralítico por mais de 5 dias entrar com dieta parenteral. Alimentação oral pode ser iniciada quando há melhora do quadro doloroso e o paciente apresentar fome e ruídos hidroaéreos presentes.
  - **Antibioticoterapia: Não** há indicação nos casos leves. É feita de forma profilática em casos graves, geralmente associados à presença de necrose infectada pancreática, **mas existe controvérsias sobre a indicação**
    - Ciprofloxacina + metronidazol
    - Imipenem 500 mg 6/6 hs.
  - **Indicação *de CPRE*:** em pacientes com pancreatite grave com evidências de obstrução biliar, colangite e elevação de bilirrubinas >5mg/dl deve ser feita a colangiografia endoscópica retrógrada com papilotomia e remoção do cálculo do colédoco nas primeiras 24-72 hs .
  - **Indicação de cirurgia**: necrose infectada exige tratamento cirúrgico. Mais eficaz tardiamente (após 10-14 dias.) **Abscesso pancreático**, pseudocisto persistente por mais de 12 semanas ou complicações locais (infecção,hemorragia, perfuração com sinais de peritonite).

Resposta terapêutica

- Pacientes podem receber alta hospitalar quando dor é controlada com analgésicos orais e estão aptos a comer e beber.
- Pode se necessária corrigir o fator causal antes da alta hospitalar: colecistectomia, suspensão álcool ou medicamentos, dieta adequada e investigação metabólica.

Escore APACHE II = a + b + c

a) ESCORE FISIOLÓGICO AGUDO

Variáveis fisiológicas	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura retal (C)	> 41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 29,9
Pressão arterial média mmHg	>160	139-159	110-129		70-109		50-69		< 40
Freqüência cardíaca bpm	> 180	140-179	110-139		70-109	55-69	40-54	< 39	
Freqüência respiratória irpm (ventilados ou não)	> 50	35-49	25-34	12-24	10-11	6-9		< 5	
Oxigenação A-aDO2									
a) FiO2 > 0,5 A-aDO2	>500	350-499	200-349		< 200				
b) FiO2< 0,5 PaO2					>70	61-70		55-60	< 55
pH Arterial	> 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/L)	> 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 110
Potássio sérico (mEq/L)	> 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina sérica (mg/dL) dobrar pontos se IRA	> 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	> 60		50-50,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Número de leucócitos	> 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1

B) PONTOS PARA A IDADE

Pontos	0	2	3	5	6
idade (anos)	< 44	45-54	55-64	65-74	> 75

C) PONTOS PARA DOENÇA CRÔNICA

Se o paciente tem uma história de insuficiência grave de órgãos ou é imunocomprometido; assinale pontos como se segue:

a) Para pacientes não-cirúrgicos ou pós-operatórios de emergência: 5 pontos

b) Para pacientes de pós-operatórios eletivos: 2 pontos

Definições: a insuficiência de órgão ou o estado de imunodepressão deve ser evidente antes da admissão hospitalar e deve obedecer o seguinte critério:

Fígado: Cirrose comprovada por biópsia, hipertensão portal documentada; episódios passados de hemorragia gastrintestinal atribuídos à hipertensão portal; episódios anteriores de insuficiência hepática, encefalopatia ou coma

Cardiovascular: New York Association classe IV

Respiratória: Doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em grave restrição ao exercício, isto é, incapaz de subir escadas ou fazer serviços domésticos; hipóxia crônica documentada, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave (> 40 mmHg); dependência de prótese ventilatória

Renal: Recebendo diálise cronicamente

Imunocomprometido: Paciente tem recebido terapia que suprime a resistência à infecção, isto é, imunossupressores, quimioterapia, radioterapia, corticóides cronicamente ou recente em altas doses; doença que é suficientemente avançada para suprimir a resistência à infecção, isto é, leucemia, linfoma, AIDS

Critério de Ranson (preditor da gravidade da pancreatite aguda)

Critérios avaliados na admissão

Idade acima de 55 anos
Leucometria acima de 16.000/mm^3
Glicose acima de 200 mg/dL
LDH (desidrogenase láctica) acima de 350 U/L
TGO acima de 250 U/L

Critérios avaliados 48 horas após a admissão

Redução ≥ 10% no hematócrito
Aumento ≥ 10,7 mg/dL na uréia sérica, apesar da reposição volêmica
Cálcio sérico < 8 mg/dL
PO_2 < 60 mmHg
Déficit de base > 4 meq/L
Seqüestro de líquidos > 6.000 ml

A mortalidade aumenta significativamente quando há presença de 3 ou mais critérios.

Critério de Balthazar

Achado Tomográfico	Pontos
Normal (A)	0
Aumento difuso ou local do pâncreas (B)	1
Inflamação peripancreática (C)	2
Coleção em 1 espaço (D)	3
Coleção em 2 ou mais espaços e/ou presença de gás (E)	4

Necrose	Pontos
Nenhuma	0
<33%	2
33-50%	4
>50%	6

Total **(0-10)**

Referências bibliográficas:

Acute Pancreatitis – New England Journal of Medicine May 18, 2006 Number 20 Volume 354: 2142-2150
Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancretitis - Cochrane Database Syst Rev. 2006; (4):CD002941
Practice Guidelines in Acute Pancreatitis - Am J Gastroenterol 2006; 2379-2400
Initial management of Acute Pancreatitis : Critical Issue During the First 72 hours - Am J Gastroenterol 2004 ; 99 ; 2489-2494
AGA Institute Medical Position Statement on Acute Pancreatitis - Gastroenterology 2007;132:2019–2021