

Artigo científico

Visão geral sobre o tratamento da pancreatite aguda: uma revisão integrativa da literatura.

Overview of the treatment of acute pancreatitis: an integrative literature review.

Visión general del tratamiento de la pancreatitis aguda: una revisión bibliográfica integradora

Leticia Gabrielli Almeida¹, Bárbara Crithina Barato², Nathalia Cappelletto Foresti³, Maria Helena Bongiovani⁴, Victoria Gabriela Nehls⁵, Eduarda Consoli⁶, Jordana Pacheco Grime⁷ e Bianca Coroleski⁸

¹Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0002-2212-9588. E-mail: letiigabrielle@hotmail.com;

²Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0006-5048-0243. E-mail: baratobarbara@gmail.com;

³Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0003-1010-5340. E-mail: nathaliaforesti2001@hotmail.com;

⁴Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0007-0192-1222. E-mail: mariahelenanb@hotmail.com;

⁵Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0004-4291-7711. E-mail: nehls victoria05@gmail.com;

⁶Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0008-8528-8977. E-mail: eduardads@outlook.com.br;

⁷Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0000-0002-3960-8844. E-mail: jordana_0503@hotmail.com;

⁸Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco, Paraná. ORCID: 0009-0000-1688-8591. E-mail: biancacoroleski@hotmail.com.

Resumo - Objetivos: Compreender as particularidades do tratamento da pancreatite aguda, abordando terapias nutricionais, tratamento farmacológico, medidas de suporte e indicações de intervenção cirúrgica. Métodos: Consiste em uma revisão integrativa da literatura com seleção final de 17 artigos, compreendendo de janeiro de 2015 a março de 2023. Resultados: A pancreatite é uma doença inflamatória frequentemente desencadeada por litíase biliar e alcoolismo, gerando quadros de dor abdominal. O tratamento envolve garantia da estabilidade hemodinâmica através da analgesia multimodal, administração intravenosa de fluidos e terapia nutricional, com nutrição oral precoce conforme tolerado, e se houver impossibilidade de utilizá-la, a via enteral e parenteral estão indicadas. O uso profilático de antibioticoterapia não é recomendado, apenas em casos de infecção confirmada. As principais abordagens cirúrgicas são a CPRE e a colecistectomia. Conclusão: A abordagem atualizada e personalizada do tratamento da pancreatite é indicada para todos os pacientes, visando melhorar os desfechos clínicos e reduzir as complicações.

Palavras-Chave: Pancreatite; Tratamento; Antibioticoterapia; Nutrição; Fluidos; Colecistectomia.

Abstract – Objectives: Understand the specificities of acute pancreatitis treatment, addressing nutritional therapies, pharmacological treatment, supportive measures, and indications for surgical intervention. Methods: This consists of an integrative literature review with a final selection of 17 articles, covering the period from January 2015 to March 2023. Results: Pancreatitis is an inflammatory disease often triggered by gallstones and alcoholism, leading to episodes of abdominal pain. Treatment involves ensuring hemodynamic stability through multimodal analgesia, intravenous fluid administration, and nutritional therapy, with early oral nutrition as tolerated, and if not feasible, enteral and parenteral routes are indicated. Prophylactic use of antibiotic therapy is not recommended, only in cases of confirmed infection. The main surgical approaches are ERCP and cholecystectomy. Conclusion: An updated and personalized approach to pancreatitis treatment is indicated for all patients, aiming to improve clinical outcomes and reduce complications.

Key words: Pancreatitis; Treatment; Antibiotic therapy; Nutrition; Fluids; Cholecystectomy.

Resumen - Objetivos: Conocer las particularidades del tratamiento de la pancreatitis aguda, abordando terapias nutricionales, tratamiento farmacológico, medidas de soporte e indicaciones de intervención quirúrgica. Métodos: Se trata de una revisión bibliográfica integradora con una selección final de 17 artículos desde enero de 2015 hasta marzo de 2023.



Resultados: La pancreatitis es una enfermedad inflamatoria a menudo desencadenada por cálculos biliares y alcoholismo, causando dolor abdominal. El tratamiento consiste en asegurar la estabilidad hemodinámica mediante analgesia multimodal, administración intravenosa de fluidos y terapia nutricional, con nutrición oral precoz según tolerancia, y si es imposible utilizarla, están indicadas las vías enteral y parenteral. No se recomienda el uso profiláctico de antibioterapia, sólo en casos de infección confirmada. Los principales abordajes quirúrgicos son la CPRE y la colecistectomía. Conclusión: Un enfoque actualizado y personalizado del tratamiento de la pancreatitis está indicado para todos los pacientes, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones.

Palabras-clave: Pancreatitis; Tratamiento; Antibioticoterapia; Nutrición; Líquidos; Colecistectomía.

1. INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é uma doença inflamatória que acomete o pâncreas e apresenta um curso clínico variável. Ela está entre as maiores causas de admissão hospitalar por disfunção gastrointestinal no mundo. No Brasil, a incidência varia geograficamente, no entanto, a média para cada 100.000 habitantes é de que 19 deles desenvolvem o quadro da PA, segundo dados do Datasus e IBGE de 2015 (Souza, 2016).

Essa inflamação pancreática é desencadeada por diferentes fatores, sendo os principais a litíase biliar, onde ocorre a migração do cálculo biliar para o ducto pancreático, e o alcoolismo (Victor, 2020). Ademais, acredita-se que a ativação precoce de enzimas pancreáticas desempenha um papel crucial na patogênese (Renato, 2015).

Diante disso, o quadro clínico é bastante característico e o principal sintoma é a dor abdominal em “faixa”, intensa e persistente, localizada no quadrante superior do abdome. A dor pode irradiar para o tórax, dorso e flancos, e apresentar sintomas associados como náuseas e vômitos (Dony, 2015). Logo, por ser um sintoma predominante, a dor pode levar a uma instabilidade hemodinâmica, em que, o ideal é a realização da analgesia nas primeiras 24 horas de internação, utilizando uma abordagem multimodal ou analgesia peridural, caso as medidas iniciais não forem suficientes (Boermeester, 2023).

Assim, o diagnóstico da PA é realizado por meio da combinação de avaliação clínica, exames laboratoriais e de imagem. De acordo com a Classificação Revisada de Atlanta, o paciente deve apresentar pelo menos dois dos três critérios: dor abdominal típica, aumento da amilase ou lipase três vezes o limite máximo normal e/ou achados nos exames de imagem (Lucia, 2023).

Nesse sentido, uma vez diagnosticada a PA, a alimentação desempenha um papel importante para o manejo dos pacientes. Segundo a diretriz da American Gastroenterological Association (AGA), recomenda-se alimentação oral precoce (em 24 horas), ao invés de manter o paciente em jejum, e nutrição enteral para aqueles incapazes de tolerar dieta via oral (Crockett, 2018).

Além da nutrição, outras medidas são amplamente utilizadas para a resolução aguda do quadro, como a antibioticoterapia e a reposição de fluidos. A abordagem cirúrgica na PA é reservada para casos específicos em que há complicações graves, e geralmente é indicada quando a causa é biliar. Os principais métodos de intervenção cirúrgica são a colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE) e a colecistectomia (Renato, 2015).

Portanto, convém ressaltar, ainda, que o manejo de cada

paciente deve ser individualizado. Devido à alta incidência de admissão hospitalar em virtude da PA, faz-se necessário uma revisão da literatura atual com o objetivo de esclarecer e sistematizar uma abordagem clínica eficiente ao paciente.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

O presente estudo tem como objetivo entender as particularidades do tratamento da pancreatite aguda, explorando as terapias nutricionais, o tratamento farmacológico, as medidas de suporte e as indicações de intervenção cirúrgica, através de uma revisão da literatura.

2.2. Específicos

1. Realizar uma revisão sobre etiologia, fisiopatologia, fatores de risco, quadro clínico e diagnóstico da pancreatite aguda.
2. Compreender o tratamento geral dos quadros agudizados da PA.
3. Demonstrar as indicações e formas de nutrição.
4. Entender quando a antibioticoterapia é indicada.
5. Analisar qual a melhor opção para o combate da dor através da analgesia.
6. Citar as indicações para realização da reposição de fluidos.
7. Conhecer os principais métodos cirúrgicos e endoscópicos disponíveis e quais as suas indicações.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura. Os critérios utilizados foram a biblioteca apresentada em cada plataforma, o ano de publicação e o idioma. Logo, as principais plataformas utilizadas foram Scielo, PEBMED e DynaMed. Os filtros de inclusão utilizados foram a data de publicação, compreendendo uma faixa de janeiro de 2015 a março de 2023, e o idioma, utilizando artigos em inglês, espanhol e português. Diante disso, foram encontrados 43 resultados na primeira busca, e a partir da leitura dos resumos e avaliação da data de publicação dos artigos, foram excluídos 12. Esses retirados não entravam na faixa de tempo que foi selecionada para a revisão de literatura. Dos 31 que restaram, após a leitura do texto completo, foram retirados outros 14, pois não abordaram de maneira clara as informações que estão sendo buscadas sobre os tópicos do tratamento da pancreatite aguda. Por fim, com a seleção de 17 artigos, foi realizada a revisão da literatura integrativa.



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. PANCREATITE AGUDA

4.1.1. Definição e quadro clínico

A pancreatite aguda (PA) consiste em uma doença inflamatória do pâncreas por autodigestão enzimática que pode ocasionar necrose ou mesmo falência múltipla de órgãos (9). O início da doença é definido como o momento do início da dor abdominal (10), que é o principal sintoma e que costuma ser de forte intensidade, embora varie muito. É comumente contínua e mais frequente no epigástrico, com irradiação para a região dorsal, ou em “faixa”. Náuseas e vômitos acompanham frequentemente a dor abdominal. Em 60% dos casos, o paciente relata parada de eliminação de fezes e gases e, ocasionalmente, dispnéia (Renato, 2015).

Nos casos graves, os pacientes apresentam-se com intenso sofrimento, acompanhado de sudorese, icterícia e, às vezes, cianose. Com o passar dos dias, podem surgir manchas esverdeadas ou roxas nas regiões lombares (sinal de GreyTurner) ou na região periumbilical (sinal de Cullen), devido ao acúmulo de material hemorrágico na cavidade abdominal, infiltrando-se nas camadas parietais. Esses sinais clínicos podem estar presentes ao longo do tempo (Renato, 2015).

4.1.2. Etiologia

Determinar a etiologia da PA é essencial, pois muitas causas podem ser tratadas e eliminadas, evitando recorrências. A principal causa é a litíase biliar, em que ocorre a migração de um cálculo para a via biliar principal, resultando em impactação temporária ou prolongada na papila e conseqüentemente, refluxo da bile para os canais pancreáticos, ocasionando inflamação do pâncreas. A litíase biliar e o alcoolismo são responsáveis por cerca de 65 a 80% dos casos, sendo as causas mais comuns. Embora a maioria dos pacientes se recupere sem complicações, 15 a 30% apresentam evolução grave e necessitam de tratamentos intensivos (Renato, 2015).

4.1.3. Fisiopatologia

A fisiopatologia ainda é um assunto em constante discussão. Sabe-se que a ativação do tripsinogênio para tripsina é um passo inicial importante. As células acinares do pâncreas tentam se defender dessa ativação e eliminar a tripsina. O tripsinogênio é armazenado em grânulos, que também auxilia na proteção contra a ativação enzimática. A hipercalcemia intracelular parece desempenhar um papel crucial nesse processo, ativando o tripsinogênio e estabilizando a tripsina. Além disso, o tripsinogênio pode ser ativado por enzimas lisossômicas, como a catepsina B.

Após a lesão inicial das células acinares, ocorre a migração de células inflamatórias para o interstício do pâncreas e para a microcirculação. Essa migração é influenciada por uma variedade de mediadores químicos e alterações celulares no local da lesão tecidual. Essas alterações celulares parecem ter um papel fundamental na

resposta inflamatória, tanto localmente, quanto sistemicamente (Renato, 2015).

4.1.4. Classificação

A pancreatite aguda pode ser dividida em três grupos, dependendo da gravidade da doença: leve, moderadamente grave e grave. É definida como leve se não ocorrer falência de órgãos e complicações locais e sistêmicas. Em vez disso, falência temporária de órgãos, complicações locais ou agravamento de doenças concomitantes definem formas moderadamente graves. Finalmente, as formas graves são definidas por uma falência de órgãos de mais de 48 horas e têm sido associadas a uma taxa de mortalidade de 30 a 40%. A Pancreatite aguda leve é a forma mais frequente e apresenta curso autolimitado com mortalidade muito baixa, em cerca de 1% (Lucia, 2023).

4.1.5. Diagnóstico

A Classificação Revisada de Atlanta afirma que o diagnóstico de Pancreatite Aguda é confirmado com pelo menos dois dos três critérios a seguir: dor abdominal típica e/ou aumento da amilase ou lipase sérica acima de três vezes o limite superior do normal (LSN) e/ou achados de imagem abdominal específicos (Lucia, 2023).

Em uma porcentagem significativa de pacientes, o diagnóstico da pancreatite aguda é feito com base em avaliação clínica. No entanto, os métodos modernos de diagnóstico laboratorial e por imagem têm melhorado significativamente o diagnóstico clínico positivo da pancreatite aguda (Renato, 2015).

Os melhores exames complementares para o diagnóstico da pancreatite aguda incluem a medição de enzimas séricas e a análise de alterações anatômicas por métodos de imagem. A amilase é a enzima mais prática no diagnóstico da pancreatite aguda, apesar de suas limitações (elevação no soro de curta duração) ela continua sendo o principal marcador diagnóstico devido à sua simplicidade, ampla disponibilidade, baixo custo e reprodutibilidade (3).

A taxa de lipase sérica é mais específica como indicador de pancreatite aguda do que a amilase, pois não existem isoformas de lipase. Seus níveis podem permanecer elevados por mais dias do que a amilase, sendo útil em casos de pancreatite aguda diagnosticados tardiamente, quando os níveis de amilase já não estão elevados. Adotando-se um valor discriminatório acima de três vezes o valor de referência, a sensibilidade da lipase é de cerca de 90% (Renato, 2015).

São muito importantes também os exames radiológicos sem preparo prévio. A radiografia de tórax em posteroanterior e lateral pode demonstrar pequenos derrames, zonas de infarto pulmonar ou atelectasias pulmonares, que são achados muito frequentes. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada (TC) consistem em verdadeiro avanço, tanto para o diagnóstico da PA quanto para o seu acompanhamento e manejo das complicações. A ultrassonografia é particularmente útil no diagnóstico de pseudocistos pancreáticos e da litíase biliar (Renato, 2015).

4.1.6. Prognóstico

A PA é uma doença com curso variável. Alguns casos são leves ou moderados e se recuperam rapidamente em 5 a 7 dias, enquanto outros apresentam gravidade extrema desde o início, resultando em pancreatite aguda fulminante e levando à morte apesar dos esforços de tratamento. Existem diferentes sistemas de pontuação para ajudar a identificar pacientes em risco de desenvolver uma forma grave de PA, a fim de orientar o tratamento e melhorar os resultados (Lucia, 2023).

O índice de gravidade à beira do leito na pancreatite aguda (BISAP) é considerado um dos sistemas de pontuação mais viáveis na prática clínica diária, pois leva em consideração dados clínicos durante o período de 24 horas a partir da admissão. O score BISAP leva em consideração cinco variáveis: nível de nitrogênio ureico no sangue > 25 mg/dL, estado mental prejudicado, ocorrência de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), idade superior a 60 anos e existência de derrame pleural. Cada um dos critérios marca um ponto. Indivíduos que apresentam score BISAP igual ou superior a 3 apresentam maior risco de mortalidade (Lucia, 2023).

Diferentes critérios prognósticos foram desenvolvidos, sendo os mais usados os critérios de Ranson, Glasgow e APACHE II. Esses critérios, baseados em diversos parâmetros clínicos e laboratoriais, fornecem informações sobre a gravidade da doença. Os critérios de Ranson são amplamente utilizados e apresentam sensibilidade de 75% e especificidade de 77%. Os critérios de Glasgow são baseados em oito parâmetros e uma pontuação acima de dois indica pancreatite grave, com sensibilidade de 68% e especificidade de 84%. O sistema APACHE II, que é mais prático, engloba 12 variáveis e possui sensibilidade de 65% e especificidade de 76%. Uma pontuação igual ou superior a 10 indica um prognóstico reservado. Além disso, o APACHE III e a determinação da PCR são métodos adicionais que podem auxiliar na avaliação da gravidade da pancreatite aguda (Renato, 2015).

4.2. ANALGESIA

Em geral, o que leva os pacientes com pancreatite aguda a procurarem atendimento médico é a dor abdominal intensa e constante. Devido a intensidade da dor e pelo elevado risco de o paciente evoluir para uma instabilidade hemodinâmica, é de suma importância o controle do sintoma ainda no atendimento de emergência, sendo o ideal que a analgesia seja realizada nas primeiras 24 horas da internação, de preferência por via endovenosa (Dony, 2015).

Até então, a analgesia era limitada ao uso dos opiáceos, porém, hoje é comumente utilizada uma abordagem multimodal, com paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), metamizol, opiáceos, cetamina e, quando essas opções forem insuficientes, a analgesia peridural é uma alternativa (Boermeester, 2023).

Algumas meta-análises indicam que os opiáceos e AINEs apresentam a mesma eficácia, embora haja uma carência substancial de dados para confirmar tal hipótese.

Apesar da base em evidências de baixa qualidade, pelo fato de o manejo da dor aguda ser pouco estudada, o recomendado é utilizar uma abordagem que inclua paracetamol, metamizol e opiáceos simples. Exceto em pacientes com lesão renal aguda, nos quais os AINEs são contraindicados, devido ao alto risco dessa classe medicamentosa cursar com vasoconstrição e isquemia renal (Boermeester, 2023).

Em relação aos opiáceos intravenosos, pode-se utilizar meperidina, morfina e fentanil. Alguns estudos recomendam a meperidina como primeira escolha, visto que a morfina poderia elevar a pressão do esfíncter de Oddi. O Guideline de 2019, publicado no “World Journal of Emergency Surgery”, sugere que a hidromorfona é preferível ao uso da morfina ou fentanil, porém, não há contraindicação absoluta a nenhum dos outros opiáceos (Leppäniemi, 2023).

4.3. REPOSIÇÃO DE FLUÍDOS

Na pancreatite aguda, a reposição de fluidos é uma parte fundamental do tratamento, pois ajuda a corrigir a desidratação, manter a pressão arterial adequada e prevenir complicações relacionadas à baixa perfusão dos órgãos. A reposição de fluidos é recomendada para a maioria dos pacientes com PA, especialmente aqueles com sintomas graves ou complicações associadas (Boermeester, 2023).

A administração dos fluidos nesses pacientes deve ser realizada por via intravenosa (IV) e sob cuidados de monitorização. A taxa e a quantidade de fluidos administrados devem ser ajustadas de acordo com a gravidade do quadro clínico, a resposta do paciente e o balanço hidroeletrólítico. Nos casos dessa patologia, a compressão volêmica pode ser realizada com soluções cristaloides, como o soro fisiológico ou o Ringer Lactato, administrados em uma taxa de infusão lenta (5).

Segundo Lee et al., o Ringer Lactato em comparação com a solução salina, teve uma melhor resolução no prognóstico dos pacientes, reduzindo o tempo de internação e as chances de necrose pancreática, sendo a escolha de preferência para o uso (11). Em casos mais graves, como em pacientes com choque séptico ou hipotensão grave, pode ser necessária a administração de soluções coloidais, como o plasma fresco congelado ou a albumina (Boermeester, 2019).

É importante ressaltar que a recuperação volêmica deve ser agressiva em casos de hipotensão ou choque, pois a manutenção de uma perfusão adequada dos órgãos é crucial para a sobrevivência do paciente. Em casos de choque séptico, por exemplo, é recomendado que sejam administrados 30 ml/kg de solução cristalóide nas primeiras 3 horas e, se necessário, soluções coloidais podem ser adicionadas (Cançado, 2022).

A monitorização constante dos sinais, como pressão arterial, frequência cardíaca e a diurese, são fundamentais para avaliar a resposta do paciente à recuperação volêmica e ajustar a administração dos fluidos. A contraindicação é voltada para pacientes que possuem doenças como insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar, insuficiência renal e pancreatite necrosante (Li,

2023).

4.4. NUTRIÇÃO

4.4.1. Desnutrição e formas de alimentação

A desnutrição é um estado clínico que se correlaciona com o aumento da incapacidade funcional, morbimortalidade e custos dos cuidados de saúde. É amplamente reconhecido que a desnutrição é um fator de risco significativo para complicações e infecções, internações hospitalares prolongadas e re-hospitalizações (Lucia, 2023). Sendo assim, estão disponíveis diversos tipos de estratégias nutricionais.

A nutrição enteral é uma forma de alimentação direta no trato digestivo, através da cavidade oral, que é administrada por sonda enteral ou estoma, preferível em pacientes com trato digestório funcional com limitação de alimentação por via oral, porém, está só deve ser preferência, se não houverem contraindicações (insuficiência intestinal, obstrução intestinal, íleo paralítico prolongado) (Lucia, 2023).

A nutrição parenteral (NP) é uma terapia nutricional administrada através de uma via intravenosa, evitando o sistema digestivo, e pode ser fornecida através de uma linha venosa central ou periférica. Ela está indicada na existência de condições que afetam a ingestão, digestão ou absorção de alimentos. Contudo, este tipo de nutrição apresenta diversas complicações, incluindo infecções associadas ao cateter venoso central, complicações metabólicas (hiperglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos) e propensão ao desenvolvimento de atrofia intestinal (Lucia, 2023).

4.4.2. Nutrição na pancreatite aguda

O protocolo tradicionalmente adotado para o tratamento da pancreatite aguda (PA) preconizava a implementação de um "repouso pancreático" com o intuito de minimizar a estimulação do pâncreas inflamado. Já que, a não ingesta alimentar, evitaria a secreção e atividade enzimática pancreática, reduzindo a sua atividade inflamatória (Lucia, 2023). Entretanto, a literatura atual demonstra evidências que corroboram com uma abordagem diametralmente oposta, ou seja, a nutrição oral precoce, conforme tolerado (<24h). Acredita-se que a manutenção da nutrição enteral seja capaz de proteger a integridade da barreira mucosa intestinal, além de reduzir a translocação bacteriana, resultando em menor incidência de complicações infecciosas, como a necrose peripancreática infectada, falência de múltiplos órgãos e pancreatite necrotizante (Moura, 2015).

Pacientes com pancreatite aguda leve, segundo De Lucia et al. (2023), que possuem sintomas leves, sem náuseas ou vômitos, após um pequeno período de jejum, geralmente podem iniciar uma dieta oral sólida precoce, podendo essa, ser reintroduzida como uma alternativa à abordagem comumente aceita de iniciar a nutrição com líquidos claros, seguido de progressão gradual para uma dieta sólida. O momento adequado para iniciar a alimentação

oral ainda é muito debatido, essa medida não deve ser superior a 72h após o início dos sintomas da pancreatite aguda, porém, quando não houver aceitação pela via mais fisiológica, deve-se trocar para alimentação enteral (preferência) ou parenteral, conforme tolerância.

Provou-se que introdução alimentar precoce está associada a diminuição do tempo de permanência hospitalar, por isso, a American Gastroenterological Association (AGA), através de sua diretriz, recomenda fortemente a alimentação precoce conforme tolerado, ao invés de manter o paciente em jejum.

Nos casos de pancreatite aguda grave, o AGA recomenda a nutrição enteral, ao invés da parenteral, pois o risco avaliado em revisões técnicas, comprovam que a nutrição enteral reduz o risco de complicações infecciosas (Crockett, 2018). O manejo com nutrição enteral mostrou-se com desfechos positivos, promovendo estímulos peristálticos e evitando a translocação bacteriana.

Pacientes que não tolerarem alimentação por via oral e necessitarem de nutrição enteral através de sonda, é indicado a nasoenteral (duodenal ou jejunal) ou a nasogástrica, sendo que ambas possuem os mesmos benefícios (16). Os estudos não apresentaram um benefício quanto a mortalidade utilizando esses métodos, e o AGA reconhece o risco e preocupação dos profissionais quanto aos quadros aspiração, sendo necessário individualizar cada caso (Lucia, 2023).

Portanto, a nutrição por via oral ou através de sondas (aos que não toleram via oral), são benéficas para o paciente, pois são métodos acessíveis, que reduzem o tempo de hospitalização e riscos de complicações. Evidências provam que a nutrição adequada é a chave para um bom prognóstico da PA.

4.5. ANTIBIOTICOTERAPIA

O uso profilático e empírico de antibióticos de amplo espectro ao longo do curso da pancreatite aguda é feito em grande parte dos serviços, muitas vezes sem cultura ou sítio infeccioso comprovado em exames de imagem (5). Porém, atualmente, esse tema vem sendo discutido na comunidade científica e os estudos feitos mostram que o uso de antibióticos na ausência de infecção clínica confirmada para prevenir a infecção pancreática, não reduz significativamente a morbimortalidade, infecções e internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) dos pacientes (Lucia, 2023). Sendo assim, as diretrizes atuais não recomendam mais o uso de antibioticoprofilaxia sem confirmação de infecção (Leppäniemi, 2019).

Por outro lado, no tratamento de pancreatite aguda comprovadamente infectada, o uso de antibióticos é sempre recomendado. Entretanto, há dificuldades no diagnóstico correto da infecção pancreática, uma vez que, não é mais indicada rotineiramente a realização de punção aspirativa com agulha fina (PAAF) guiada por TC para coloração de Gram e cultura, devido às altas taxas de resultados falso negativos, e porque o quadro clínico não pode ser diferenciado de outras complicações infecciosas ou do estado inflamatório causado pela pancreatite aguda. Além disso, o tempo de infecção na necrose pancreática é variável,

imprevisível e os sinais clínicos podem ser muito sensíveis, mas não suficientemente (Leppäniemi, 2019).

Novos estudos promissores (Boermeester, 2023) mostram a procalcitonina (PCT), como um ótimo biomarcador para diferenciar infecções bacterianas da inflamação natural da PA, uma vez que a PCT está consideravelmente elevada em complicações infecciosas. Sendo assim, esse marcador provavelmente será implementado no tratamento global da pancreatite, com objetivo principal de limitar o uso indevido de antibióticos.

Inclusive, o manejo conservador, apenas com antibioticoterapia, da pancreatite necrosante infectada, vem mostrando melhores resultados do que a drenagem de abscessos ou cirurgias invasivas. Em relação à escolha ideal e a duração dos antibióticos no tratamento conservador, ainda faltam informações esclarecedoras. Porém, os antibióticos mais indicados são os carbapenêmicos, quinolonas e o metronidazol, uma vez que, apresentam melhor penetração no tecido pancreático e maior espectro de ação diante de bactérias gram-negativas, as quais são as mais comuns nos casos de pancreatite aguda infectada (Leppäniemi, 2019).

4.6. ABORDAGENS CIRÚRGICAS

A maioria dos pacientes com pancreatite aguda apresentam a forma leve da doença, sem necessidade de intervenção cirúrgica, porém, alguns casos específicos podem desenvolver formas graves, que estão associadas principalmente a quadros de necrose pancreática ou casos refratários, que não apresentam melhora dentro de 48 horas após a instituição do tratamento conservador (Leppäniemi, 2019).

Vale ressaltar que, as abordagens cirúrgicas dentro da PA geralmente são indicadas quando a causa é biliar. Diante disso, há indicação de dois principais métodos para intervenção cirúrgica, a colangiografia retrógrada endoscópica (CPRE), que além de ser um método diagnóstico também serve como abordagem terapêutica, e a colecistectomia que é preferencialmente realizada por via laparoscópica (Renato, 2015).

4.6.1. Colangiografia retrógrada endoscópica

A CPRE é um procedimento endoscópico pouco invasivo, cujo principal objetivo é desobstruir a via biliar, geralmente nas primeiras 24 a 72 horas da admissão hospitalar. É realizada com o duodenoscópio, após sedação anestésica. Inicialmente, ocorre a passagem do duodenoscópio que é posicionado na segunda porção duodenal. Nessa porção é realizada a cateterização da papila e, simultaneamente, a irrigação e injeção de contraste através da scopia. Desta forma, é possível identificar o trajeto da via biliar e do ducto pancreático. Em casos de falha no trajeto após administração do contraste, deve-se considerar obstruções por cálculos ou estenose (Tavares, 2021).

Em seguida, é realizada a papilotomia, através de cateteres com bisturis elétricos, que permitem que a via biliar seja drenada. A drenagem deve ser ampla, sendo necessária a vazão de todo conteúdo estático da bile, evitando complicações como a colangite. A próxima etapa é o "clareamento biliar", que consiste na retirada de cálculos

através de um balão extrator insuflado ou pela pinça Basket (Tavares, 2021).

As recomendações para realização desse procedimento são inconclusivas segundo as literaturas atuais, entretanto, alguns estudos relevantes mostram que, as duas principais indicações de CPRE em pacientes com PA, incluem aqueles que apresentam colangite e/ou obstrução do ducto biliar comum associados ao quadro. Em caso de pancreatite biliar aguda sem colangite concomitante, a CPRE de rotina não é indicada, visto que, quando comparados ao tratamento conservador, não houve impacto em desfechos críticos. Já pacientes com pancreatite aguda grave, sem associação de colangite e/ou obstrução do ducto biliar, as diretrizes ainda são controversas (Leppäniemi, 2019).

4.6.2. Colecistectomia:

A colecistectomia é outro método de intervenção cirúrgica e consiste na remoção da vesícula biliar. Duas técnicas são utilizadas, a aberta e a laparoscópica. A via laparoscópica é menos invasiva, apresenta menor taxa de complicações, tempo de hospitalização mais curto, além de oferecer um pós-operatório mais confortável para os pacientes, por conta disso, é a técnica de escolha na maioria dos casos. Esse procedimento ocorre através da inserção de 3 a 4 pequenas cânulas no abdômen por meio de pequenos orifícios mediante uma câmera interna. Alguns instrumentos cirúrgicos realizam o afastamento da vesícula de outros órgãos e tecidos e em seguida, promovem a sua retirada.

A colecistectomia por via laparoscópica deve ser realizada já durante a admissão hospitalar em portadores de PA biliar leve, pois está claramente associada à prevenção de episódios recorrentes. Essa recomendação também está relacionada ao objetivo de diminuir os custos gerais e o tempo de hospitalização. Portanto, a colecistectomia pode ser realizada já no segundo dia de internação, desde que o paciente esteja estável e apresentando melhora clínica contínua, visto que o principal pilar do tratamento é assegurar a estabilidade hemodinâmica (Leppäniemi, 2019).

Segundo o "American Gastroenterological Association Institute", uma evidência de qualidade moderada de um ensaio clínico randomizado controlado comprovou que a colecistectomia realizada durante a admissão inicial para pacientes com suspeita de pancreatite biliar foi associada a reduções substanciais em um desfecho composto de mortalidade e complicações relacionadas ao cálculo biliar, readmissão por pancreatite recorrente e complicações pancreatobiliares (Crockett, 2018).

É válido ressaltar que os enfermos que apresentarem as devidas indicações citadas acima para a realização da CPRE e forem submetidos a esse procedimento durante a admissão inicial, estão predispostos a uma menor incidência de pancreatite recorrente. Porém, a realização da colecistectomia na mesma internação continua sendo uma forte recomendação, pois a preservação da vesícula biliar permanece associada ao risco aumentado de futuras complicações biliares nesses pacientes, mesmo após a realização da CPRE inicial (Leppäniemi, 2019).

Portanto, conclui-se que a colecistectomia em pacientes

com pancreatite biliar aguda deve ser realizada na admissão inicial e não após a alta. A CPRE deve ser feita nas primeiras 24-72 horas, quando usada de forma terapêutica em pacientes com pancreatite biliar aguda associadas a colangite, tendo em vista o caráter emergencial do quadro.

5. CONCLUSÃO

O tratamento da pancreatite aguda envolve uma abordagem multidisciplinar que inclui terapias nutricionais, tratamento farmacológico, medidas de suporte e intervenções cirúrgicas quando indicadas. A dor abdominal é adequadamente controlada por meio de uma abordagem multimodal, enquanto a reposição de fluidos é essencial para corrigir a desidratação e manter a estabilidade hemodinâmica. Estratégias nutricionais adequadas, como a nutrição enteral precoce, desempenham um papel crucial na prevenção de complicações e no melhor prognóstico do paciente.

Quanto às intervenções cirúrgicas, a CPRE é recomendada para desobstruir via biliar em casos de colangite, enquanto a colecistectomia laparoscópica beneficia pacientes com pancreatite biliar leve, reduzindo a recorrência de episódios pancreáticos e complicações relacionadas a cálculos biliares. A decisão de realizar intervenções cirúrgicas deve ser individualizada, considerando a gravidade da doença, presença de complicações e estabilidade do paciente.

Portanto, conclui-se que a literatura está em constante progresso, com a revisão dos artigos selecionados é perceptível que diversas mudanças e recomendações têm surgido, principalmente em relação às indicações cirúrgicas e as formas de terapia nutricional. Logo, a abordagem inclusiva, atualizada e personalizada do tratamento da pancreatite aguda é indicada para todos os pacientes, visando melhorar o desfecho clínico e reduzir o risco de complicações futuras.

REFERÊNCIAS

AZIZ, M. et al. **Lactated Ringer's vs normal saline for acute pancreatitis: An updated systematic review and metaanalysis. Pancreatology [Internet].** 2021 Oct 1 [cited 2023 May 16];21(7):1217–23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34172360/> . Acesso em 01 de setembro de 2024.

BOERMEESTER, M. A. **Update on the management of acute pancreatitis.** Curr Opin Crit Care [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2023 May 16];29(2):145. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39994841/> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

CANÇADO, G. G. **Ressuscitação volêmica na pancreatite aguda - PEBMED. In: PEBMED [Internet].** 2022 [cited 2023 May 16]. Disponível em: <https://pubmed.com.br/ressuscitacao-volemica-na-pancreatite-aguda/> . Acesso em 03 de setembro de 2024.

CEDERHOLM, T. et al. **ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition.** Clin Nutr [Internet].

2017 [cited 2023 May 16];36(1):49–64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27642056/> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

CROCKETT, S. D. et al. **American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis.** Gastroenterology. 2018 Mar 1;154(4):1096–101. LEPPÄNIEMI, A. et al. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg [Internet]. 2019 Jun 13 [cited 2023 May 16];14(1). Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210778/> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

DONY, C. C. **Saiba como confirmar diagnóstico de pancreatite aguda na emergência - PEBMED. In: PebMed [Internet].** 2019 [cited 2023 May 18]. Disponível em:

<https://pubmed.com.br/saiba-como-confirmar-diagnostico-de-pancreatite-aguda-na-emergencia/> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

DYNAMED. **Acute Pancreatitis in Adults. In: Dynamed [Internet].** [cited 2023 May 16]. Disponível em:

<https://www.dynamed.com/condition/acute-pancreatitis-inadults#GUID-F858D5B2-E1DF-4470-BF4A-8D2E053F5394> . Acesso em 01 de setembro de 2024.

FILHO, C.H.M. **Clinical and therapeutic correlations in patients with slight acute pancreatitis.** ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [Internet]. 2015 [cited 2023 May 16];28(1):24–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/abcd/a/ZfbYzTwzZS9VfB5JwmpFQL/?lang=en> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

LI, X. W. et al. **Comparison of clinical outcomes between aggressive and non-aggressive intravenous hydration for acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis.** Crit Care [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2023 May 16];27(1):122. Disponível em:

<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-023-04401-0> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

LUCIA, S.S de. et al. **Nutrition in Acute Pancreatitis: From the Old Paradigm to the New Evidence.** Nutrients [Internet]. 2023 Apr 18 [cited 2023 May 16];15(8):1939. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/410144915/> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

MOURA, E. **Pancreatite Aguda: quando e como começar a nutrir? - PEBMED. In: Pebmed [Internet].** 2015 [cited 2023 May 16]. Disponível em: <https://pubmed.com.br/pancreatite-aguda-quando-e-como-comecar-nutrir/> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

RENATO, D. et al. **Gastroenterologia Essencial, 4a edição [Internet].** 4º. GEN Grupo, editor. São Paulo; 2015 [cited 2023 May 17]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-1970-4/pageid/0> . Acesso em 04 de setembro de 2024.

SÁNCHEZ, A. et al. **GASTRIC AND ORAL FEEDING IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS.** Arq Gastroenterol [Internet]. 2021 Oct 22 [cited 2023 May 16];58(3):402–4. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ag/a/PYq3pKLKsjdMS3HhpXhMsNB/?lang=en> . Acesso em 02 de setembro de 2024.

SOUZA, G.D de. et al. **UNDERSTANDING THE INTERNATIONAL CONSENSUS FOR ACUTE**



PANCREATITIS: CLASSIFICATION OF ATLANTA 2012. Arq Bras Cir Dig. 2016 Jul 1;29(3):206–10. . Acesso em 05 de setembro de 2024.

TAVARES, M. F. **O que é e qual a finalidade da Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE)?** - PEBMED. In 2021 [cited 2023 May 16]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/o-que-e-e-qual-a-finalidade-da-colangiopancreatografiaretrograda-endoscopica-cpre/>. Acesso em 02 de setembro de 2024.

VICTER, F. **Como realizar o manejo da Pancreatite Aguda Grave?** - PEBMED. In: Pebmed [Internet]. 2020 [cited 2023 May 16]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/comorealizar-o-manejo-da-pancreatite-aguda-grave/>. Acesso em 03 de setembro de 2024.

