

CONDUTA NA PANCREATITE AGUDA

Procedures in the acute pancreatitis treatment

Valter Nilton Felix *
 Carlos Alberto C. Santiago **
 Renato Ayroza Cury ***
 Ricardo Gomes de Lemos ***

RESUMO: Os autores analisam de forma esquemática os procedimentos clínicos e cirúrgicos no tratamento da pancreatite aguda e de suas complicações.
UNITERMOS: pancreatite aguda, exame diagnóstico, prognóstico precoce, tratamento clínico, cirurgia.

SUMMARY: The authors analyse by schematic form the clinical and surgical procedures in the acute pancreatitis treatment and its complications.
KEY WORDS: acute pancreatitis, diagnosis examination, early prognosis, clinical treatments, surgery.

A pancreatite é doença de tão graves conseqüências e de tal importância em termos de mortalidade que há preocupação acerca de traçar o prognóstico do paciente o mais precocemente possível (Quadro 1).

QUADRO 1

SINAIS PROGNÓSTICOS PRECOSES DE MÁ-EVOLUÇÃO EM PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA (RANSON e col., 1974 — 450 CASOS).

— na admissão
 idade acima de 55 anos
 leucocitose acima de 16000/mm³
 glicemia acima de 200 mg/100 ml
 desidrogenase láctica sérica acima de 350VI/l
 transaminase glutâmico oxalacética sérica acima de 250 unidades Sigma Frankel %

— durante as 48 hs. iniciais
 queda do hematócrito maior que 10% aumento de mais de 5 mg/100 ml de nitrogênio ureico/sanguíneo
 nível sérico de cálcio abaixo de 8 mg/100 ml
 pO₂ arterial abaixo de 60 mmHg
 sequestração de fluido estimada maior que 6000 ml

Estudando 450 pacientes, RANSON e col. (1974) demonstrou que a associação de 7 a 8 sinais conduz a taxa de mortalidade de 100% (Quadro 2).

QUADRO 2

NÚMERO DE SINAIS PROGNÓSTICOS PRECOSES POSITIVOS CORRELACIONADOS COM MORBIDADE E MORTALIDADE EM 450 PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA (RANSON E col., 1974).

Número de sinais prognósticos positivos

	0 — 2	3 — 4	5 — 6	7 — 8
Número de pacientes	347	67	30	6
Número de óbitos (%)	3 (0,9)	11 (16)	12 (40)	6 (100)
Sobrevida após mais de 7 dias de terapia intensiva (%)	10 (2,9)	16 (24)	16 (53)	—
Número de óbitos ou aqueles que necessitaram mais que 7 dias de terapia intensiva (%)	13 (3,7)	27 (40)	28 (93)	6 (100)

Mesmo com todos os exames sofisticados disponíveis na atualidade, tais como ultrassonografia, tomografia computadorizada e angiografias, ainda as radiografias simples de tórax e abdômen são muito úteis na detecção de pancreatite aguda no momento da admissão do paciente (Quadro 3)

QUADRO 3

PORCENTAGEM DE INCIDÊNCIA DE SINAIS RADIOGRÁFICOS SUGESTIVOS DE PANCREATITE AGUDA NAS RADIOGRAFIAS SIMPLES DE TÓRAX E ABDÔMEN EM 73 PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA (RANSON, 1970).

SINAL RADIOGRÁFICO	PORCENTAGEM DE INCIDÊNCIA
Sinal da "alça sentinela"	41
Dilatação de colon	22
Apagamento das margens dos psoas	19
Diminuição da transparência dos tecidos moles epigástricos	19
Distorção da grande curvatura gástrica	15
Derrame pleural	11
Calcificação pancreática	4

De qualquer forma, deve-se ter em mente que a maioria dos casos de pancreatite aguda se situam na faixa dos que têm regressão do quadro com a instituição de medidas clínicas bem conduzidas.

Os princípios desse tratamento clínico, bem como suas bases são expostos nos Quadros 4 e 5.

QUADRO 4 PANCREATITE AGUDA. PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO CLÍNICO

- A — combate à dor.
- B — manter repouso glandular (↓ produção enzimática)
- C — manter equilíbrio hidro-eletrolítico
- D — prevenir e tratar o estado de choque
- E — prevenir e tratar a infecção.
- F — tratar as complicações

* Médico Assistente do Departamento de Cirurgia do HCFMUSP

** Médico Residente do Departamento de Cirurgia do HCFMUSP

*** Acadêmicos da FMUSP

QUADRO 5 PANCREATITE AGUDA TRATAMENTO CLÍNICO

A — combate à dor:
— Novocaína 2 a 4 g em 1000 ml SF 12/12 hs IV
— derivados da Meperidina 100 mg 4/4 hs IM
— anestesia epidural por catéter: Xilocaína ou Novocaína em pequenas doses.

B — redução da produção enzimática:
— jejum absoluto
— aspiração gástrica frequente
— anticolinérgicos: Atropina 0,5 mg 12/12 hs IM
— Glucagon: 1 mg em SF — 50 ml, IV, 4/4 hs

C — manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico:
— sangue
— plasma
— albumina
— cristalóides
— expansores plasmáticos
— reposição de Na,K,Ca,Mg, de acordo com dosagens laboratoriais seriadas

D — prevenção e tratamento do estado de choque
— reposição volêmica
— vasoconstritores
— diuréticos

E — prevenção e tratamento da infecção
— antibioticoterapia de largo espectro

F — tratamento das complicações
— assistência respiratória
— heparinização
— digitalização
— diálise.

Os pacientes que não apresentam regressão do quadro agudo com a instituição do tratamento clínico certamente se enquadram em uma das indicações do tratamento cirúrgico (Quadro 6)

QUADRO 6 PANCREATITE AGUDA INDICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

A — obstrução papilar persistente
B — pancreatite necro-hemorrágica

C — pseudo cisto hipertensivo
D — abscessos
E — fístula digestiva
F — hemorragia pancreática (grandes vasos)
G — secção do ducto pancreático principal por trauma
H — lesões traumáticas intensamente hemorrágicas

Esse tratamento cirúrgico é muito variado e são esquematizadas, no Quadro 7, as várias opções de que dispõe o cirurgião.

QUADRO 7 PANCREATITE AGUDA TRATAMENTO CIRÚRGICO

A — obstrução papilar persistente
— excisão de cálculo impactado
— Cirúrgica
— endoscópica
— retirada endoscópica de Ascaris
— papilotomia
— cirúrgica
— endoscópica

B — pancreatite necro-hemorrágica
— desbridamento e drenagem
— ressecções pancreáticas
— diálise peritoneal

C — pseudocisto hipertensivo
— drenagem externa

D — abscessos
— drenagem externa

E — fístulas digestivas
— suturas
— derivação externa

F — hemorragia pancreática (grandes vasos)
— hemostasia cirúrgica
— embolização

G — secção do ducto pancreático principal por trauma
— ressecções pancreáticas
— derivações pancreáticas

H — lesões traumáticas intensamente hemorrágicas
— sutura pancreática

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BETTARELLO, A.; MOTT, C. B. — "Pancreatites", S. Paulo, Editora Sarvier, 1978.
FELIX, V. N.; CECCONELLO, I.; REINA, J. H., NETO; ALMEIDA, J. L. M.; CHAIB, S.A. — Sangramento digestivo de origem pancreática. Relatório de um caso. *An. Paul. Med. Cir.* 190: 71, 1982.
FINCH, W. T.; SAWYERS, J. L.; SCHENKER, S. — A prospective study to determine the efficacy of antibiotics in acute pancreatitis *Ann Surg.* 183: 667, 1976.
PINOTTI, H. W. & FELIX, V. N. — Lesões traumáticas do pâncreas. *Rev. Goiana Med.* 23: 129, 1977.
RANSON, J. H. C. — Acute pancreatitis *Curr. Probl. Surg.* 16, 1970.
RANSON, J. H. C. — Surgical treatment of acute pancreatitis *Dig. Dia. Sci.* 25: 453, 1980.
RANSON, J. H. C.; RIFKINO, K. M.; ROSES, D. F. — Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg. Gynec. Obst.* 139: 69, 1974.
RANSON, J. H. C.; RIFKINO, K. M.; TURNER, J. W. — Prognostic and non-operative peritoneal lavage in acute pancreatitis. *Surg. Gynec. Obst.* 143: 209, 1976.
SARLES, H. Pancreatitis. In: SARLES, H.: *Symposium of Marseille*, Basel, Karger, 1970.