

Classificação de gravidade na pancreatite aguda

Classification of severity of acute pancreatitis

TERCIO DE CAMPOS, TCBC-SP¹; JOSÉ GUSTAVO PARREIRA, TCBC-SP²; JOSÉ CESAR ASSEF, TCBC-SP³; SANDRO RIZOLI⁴; BARTO NASCIMENTO⁵; GUSTAVO PEREIRA FRAGA, TCBC-SP⁶

R E S U M O

De acordo com a Classificação de Atlanta a pancreatite aguda pode ser dividida, baseado em sua severidade, em uma forma leve ou grave. Uma série de aspectos têm sido discutidos nos últimos anos, tais como, quantas categorias de gravidade devem ser consideradas; se o doente com falência orgânica é igual ao doente com necrose infectada; qual o papel da falência orgânica transitória; e como avaliar a falência orgânica. A reunião de revista "Telemedicina Baseada em Evidência - Cirurgia do Trauma e Emergência" (TBE-CiTE) realizou uma avaliação crítica de artigos relacionados a este tema, considerando três artigos recentes que delinearão duas grandes revisões publicadas nos últimos meses. Estes artigos sugerem a classificação de gravidade em três ou quatro categorias, ao invés de pancreatite aguda leve ou grave, além de discutir qual o melhor escore para avaliar a falência orgânica. As seguintes recomendações foram propostas: (1) A pancreatite aguda deve ser classificada em quatro categorias: leve, moderada, grave e crítica, o que permite uma melhor determinação das características dos doentes; (2) Avaliação de falência orgânica com um escore de gravidade, preferencialmente algum que avalie diretamente cada falência orgânica, tais como o SOFA e o MODS (Marshall). O SOFA parece ter maior acurácia, mas o MODS tem melhor aplicabilidade devido à facilidade de uso.

Descritores: Pancreatite. Pancreatite/classificação. Pancreatite necrosante aguda. Doença aguda. Índice de gravidade de doença.

INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação de Atlanta que está completando 20 anos de sua publicação, a pancreatite aguda pode ser classificada em leve ou grave¹. Entretanto, uma série de aspectos têm sido discutidos nos últimos anos, tais como: quantas categorias de gravidade devem ser consideradas; se toda pancreatite grave segundo Atlanta é igualmente severa; se o doente com falência orgânica é igual ao doente com necrose infectada; qual o papel da falência orgânica transitória; e como avaliar a falência orgânica. Recentemente, dois artigos de impacto foram publicados a respeito das categorias de gravidade, sendo um deles a proposta da revisão da classificação de Atlanta^{2,3}.

O Clube de Revista "Telemedicina Baseada em Evidência - Cirurgia do Trauma e Emergência" (TBE-CiTE) realizou uma revisão de artigos de relevância a respeito da gravidade na pancreatite aguda e a respeito da revisão da

classificação de Atlanta. Três artigos foram selecionados com o objetivo de responder duas perguntas: quantas categorias de gravidade devem ser utilizadas e como avaliar a falência orgânica⁴⁻⁶.

O primeiro artigo discute a necessidade de inclusão do termo pancreatite aguda moderadamente grave⁴. O segundo artigo discute a necessidade de incluir quatro categorias de gravidade, incluindo o termo pancreatite aguda crítica⁵. O terceiro artigo discute maneiras de avaliar adequadamente a falência orgânica⁶. A partir dessas recentes publicações foi possível gerar recomendações a respeito do tema baseadas nessas evidências.

ESTUDO 1

"Baixa mortalidade e alta morbidade na pancreatite aguda grave sem falência orgânica: um ponto

Reunião de Revista TBE - CiTE em 5 de março de 2013, com a participação dos serviços: Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Programa de Trauma do Departamento de Cirurgia do Hospital Sunnybrook Health Sciences Centre da Universidade de Toronto, Toronto, Canadá; Disciplina de Cirurgia do Trauma do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil; Disciplina de Urgência e Trauma do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

1. FACS. Professor Adjunto da Santa Casa de São Paulo e Médico do LIM 62 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil; 2. Médico Assistente do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 3. Professor Doutor Coordenador do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 4. Sandro Rizoli, FRCSC, FACS. Professor Titular de Cirurgia Geral e Terapia Intensiva dos Departamentos de Cirurgia e Terapia Intensiva da Universidade de Toronto, Toronto, Canadá; 5. Professor Mestre Assistente de Cirurgia Geral do Departamento de Cirurgia da Universidade de Toronto, Toronto, Canadá; 6. FACS. Professor Doutor Coordenador da Disciplina de Cirurgia do Trauma do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brasil.

para ser revisto na Classificação de Atlanta e incluir o termo "Pancreatite aguda moderadamente grave"⁴.

Justificativa

Quando se analisam os doentes com pancreatite aguda grave (PAG) sem falência orgânica (FO), nota-se que, apesar da morbidade ser considerável, a mortalidade é baixa. Contudo, nos doentes com PAG e FO a mortalidade é alta. Não há informações se o tipo de falência orgânica tem relação com maior ou menor mortalidade nos doentes com PAG, mas sabe-se que os doentes com FO transitória, ou seja, que reverterem após 48 horas do início da doença, têm melhor prognóstico. Desta forma, a FO reversível tem sido denominada "transitória", enquanto FO que não reverte em 48 horas, "persistente".

Desta forma, surge a dúvida sobre a classificação dos doentes com complicações locais, mas que não têm FO persistente. A hipótese dos autores foi que esses doentes deveriam ser classificados como um novo subtipo: pancreatite aguda moderadamente grave.

Pergunta

Qual a evolução clínica dos doentes com PAG, comparando a mesma entre os doentes sem FO (SFO), com FO única (FOU) e naqueles com FO múltipla (FOM), além de determinar qual o papel de cada FO na mortalidade?

Achados principais

Na comparação entre os grupos, observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) no que diz respeito ao tempo de internação (SFO=28+3 dias; FOU=36+5 dias; FOM=55+4 dias), necessidade de terapia intensiva (SFO=50%; FOU=65%; FOM=90%), média de internação em terapia intensiva (SFO=5 dias; FOU=9 dias; FOM=34 dias) e mortalidade hospitalar (SFO=2%; FOU=18%; FOM=46%). Analisando as diversas falências orgânicas individualmente, notou-se que a chance de óbito foi maior nos doentes que desenvolveram falência renal (Odds ratio, OR = 56), seguida de falência cardiovascular (OR=22), falência respiratória (OR=12) e falência gastrointestinal (OR=10). Na análise multivariada, o risco de óbito intra-hospitalar foi maior para os doentes com FOU e FOM. Não houve aumento da mortalidade para presença de necrose pancreá-

tica, de coleções líquidas peripancreáticas ou de infecção sistêmica. A conclusão do estudo sugere a necessidade de revisão da classificação de Atlanta para a inclusão do termo "Pancreatite aguda moderadamente grave", que inclui os doentes com PAG mas sem falências orgânicas (Tabela 1).

Pontos fortes

* Estudo retrospectivo que incluiu uma análise ajustada para os fatores prováveis de confusão.

* O estudo resulta de dúvidas na prática diária e suas respostas são importantes para quem cuida destes doentes com frequência.

* A hipótese e os objetivos são claros e o método permite as conclusões tomadas.

* Foram incluídos 207 casos de PAG, uma casuística significativa.

* Os grupos (SFO, FOU, FOM) são aparentemente comparáveis e, quando analisadas as variáveis de interesse (por exemplo, mortalidade intra-hospitalar), a diferença entre eles foi significativa.

Limitações

* Apesar da caracterização de PAG ser clara pelos critérios de Atlanta, não foram expostos os detalhes que motivaram os doentes serem classificados como portadores de PAG. Por exemplo, um doente idoso com icterícia (pela doença biliar e não por falência orgânica) e HAS tem APACHE II maior que 8, mesmo sem maiores problemas relacionados ao pâncreas.

* Não houve comparação entre os grupos no que diz respeito a presença e porcentagem de necrose pancreática, bem como quanto a porcentagem de infecção da necrose.

* Não houve comparação entre os grupos a respeito dos procedimentos operatórios realizados e sua evolução.

* O estudo foi desenvolvido em 9 anos, tempo suficiente para mudanças do protocolo de tratamento e acompanhamento da pancreatite aguda e das falências orgânicas.

* Não houve comparação dos escores de gravidade como SOFA, MARSHAL e APACHE II entre os gru-

Tabela 1 - Categorias de gravidade segundo a Revisão da Classificação de Atlanta³.

Gravidade da pancreatite aguda	Falência orgânica e complicações locais ou sistêmicas
Pancreatite aguda leve	- Sem falência orgânica - Sem complicações locais ou sistêmicas
Pancreatite aguda moderadamente grave	- Falência orgânica transitória (resolve em 48 horas)
Pancreatite aguda grave	Complicações locais ou sistêmicas sem persistência de falência orgânica
	- Falência orgânica persistente (única ou múltipla)

pos. Estes escores estão diretamente ligados a mortalidade e poderiam dar ao leitor uma melhor avaliação da gravidade de cada grupo.

ESTUDO 2

“Falência orgânica e infecção da necrose pancreática como determinantes de mortalidade nos doentes com pancreatite aguda”⁵.

Justificativa

Na Classificação de Atlanta as complicações locais e a falência orgânica extra-pancreática são determinantes de gravidade na pancreatite aguda. Recentemente, existe o conceito de que a falência orgânica é o fator chave para determinar gravidade, independente das complicações locais. Estudos que avaliam a necrose infectada e mortalidade não são unânimes em suas conclusões, devido à população heterogênea de doentes com e sem falência orgânica, além do pequeno número de doentes nos estudos.

Pergunta

Determinar através de uma metanálise de estudos clínicos publicados qual a influência da falência orgânica e da necrose pancreática infectada, isoladamente ou em conjunto, na mortalidade dos doentes com pancreatite aguda.

Achados principais

Foram selecionados 14 estudos publicados entre 1997 e 2009, sendo sete estudos da Europa, três da América do Norte, dois da Ásia e dois da América Latina. Onze estudos foram redigidos na língua inglesa, um em russo, um em turco e um em espanhol. Nesses 14 estudos foram considerados 1478 doentes com pancreatite aguda, sendo 876 com necrose confirmada. Do total de doentes, 600 (40%) apresentavam falência orgânica e 314 (21%) tiveram necrose infectada. A mortalidade foi de 13% (191 doentes), dos quais 30% (179 de 600) eram doentes com falência orgânica independente de necrose infectada ou não, e 32% (102 de 314 doentes) eram doentes com necrose infectada, independente da presença de falência orgânica ou não. Entretanto, a mortalidade foi de 43% (92

de 213) nos doentes com falência orgânica e necrose infectada confirmada, contra 22% (87 de 387) naqueles com falência orgânica sem necrose infectada. A presença de necrose infectada esteve associada com um aumento significativo do risco de morte nos doentes com falência orgânica (RR=1,94; p=0,0007).

A necrose infectada quando comparada com a estéril esteve associada com um risco significativamente maior de morte (RR=1,84 p<0.0001). A mortalidade foi de 11% (10 de 93) nos doentes com necrose infectada, mas sem falência orgânica.

Pontos fortes

- * Primeira metanálise sobre determinantes de mortalidade na pancreatite aguda.
- * Considera artigos de todo o mundo independente do idioma ou local.
- * Critérios rígidos de avaliação dos artigos.
- * Número significativo de doentes suficiente para uma conclusão.
- * Proposta de uma nova categoria de gravidade, a “pancreatite crítica”, fundamentada nos dados obtidos (Tabela 2).

Limitações

- * Considera estudos retrospectivos e prospectivos.
- * Dificuldade de estudos sobre pancreatite aguda grave, devido ao número limitado de casos em cada instituição.
- * Definição de falência orgânica variável entre os artigos.
- * Conduta variável entre os serviços.

ESTUDO 3

“A performance dos escores de disfunção orgânica para a predição precoce e manuseio de gravidade na pancreatite aguda”⁶.

Justificativa

A Classificação de Atlanta define duas categorias de gravidade: leve e grave. A pancreatite aguda grave é definida pela presença de falência orgânica e/ou complicações locais. Entretanto, duas limitações maiores estão

Tabela 2 - Categorias de gravidade segundo determinantes de gravidade².

Determinantes de gravidade	Classificação de gravidade na pancreatite aguda			
	Leve	Moderada	Grave	Crítica
Necrose pancreática ou peri-pancreática	Não	Estéril	Infectada	Infectada
	E	E/OU	OU	E
Falência orgânica	Não	Transitória	Persistente	Persistente

presentes na classificação de Atlanta: essa classificação não considera o termo falência orgânica transitória, tratando estes doentes, que têm melhor prognóstico, como doentes graves; além de promover uma classificação pós-episódio, sem objetivo de promover informações relacionadas ao prognóstico no momento da admissão. Porém, é necessário diferenciar doentes com alto risco daqueles com baixo risco de mortalidade e de complicações. Este teste deve ser sensível e preditivo. Os testes preditivos são usados para a identificação de doentes para estudos.

A identificação precoce de doentes com a forma grave da pancreatite aguda é difícil, apesar de um grande número de fatores prognósticos descritos. Os escores de falência orgânica utilizados em UTI ganham relevância frente à importância da falência orgânica na PA (LODS/Marshall), mas são pouco avaliados na pancreatite aguda. Os escores de disfunção orgânica têm vários atrativos: o escore é calculado com um relevante e compreensivo conjunto de dados biológicos; indicam doentes com necessidade de terapia intensiva; e indicam doentes com maior risco de eventos adversos.

Pergunta

Qual o melhor escore de disfunção orgânica para prever gravidade na pancreatite aguda?

Achados principais

Foram analisados 181 doentes, sendo 29 (16%) classificados como graves. A principal etiologia foi a biliar (53%), seguido da alcoólica (23%), idiopática (15%), pós-CPRE (6%), e outras (3%). Quatro doentes morreram no grupo de doentes graves. O tempo entre o início do surto até a admissão foi de 18,7 + 17 horas. Os doentes com APACHE II > 11 na admissão classificados como PA leve não necessitaram de UTI e nem de suporte de falência orgânica, e foram liberados em até 10 dias. A área sob a curva (AUC) para o APACHE II na admissão foi de 0,78. Utilizando-se um valor de APACHE II de 7, a sensibilidade foi de 74%, a especificidade de 67%, o que não é adequado para prever necessidade de UTI. Considerando-se este valor, 26% dos casos graves foram perdidos. O valor preditivo positivo de 32% significa que 1 em 3 doentes selecionados para UTI seriam classificados subsequentemente como graves.

Considerando-se a necessidade de um teste com alta especificidade (>90%), então o MODS, APACHE II e o SOFA foram semelhantes na avaliação de 24 horas. O balanço entre a sensibilidade e a especificidade foram melhor conseguidas pelo LODS. A AUC foi similar para os quatro testes. O LODS escore com um corte de 1 conseguiu 90% de sensibilidade e 69% de especificidade, correspondendo a um valor preditivo de 38%.

O LODS, MODS e SOFA parecem ser melhor que o APACHE II e que a Proteína C Reativa no período de 48 horas. A AUC foi similar para os cinco testes. O SOFA escore com um corte de 1 obteve 80% de sensibi-

lidade e 84% de especificidade, correspondendo a um valor preditivo de 50%. Na identificação de doentes graves, a sensibilidade de um teste tem um papel importante, e o valor preditivo positivo se torna uma medida de seleção de homogeneidade (proporção de casos selecionados que se tornam graves). Com o LODS escore igual ou maior que 1, 90% dos casos graves serão incluídos, mas apenas 38% de todos os recrutados serão considerados graves.

O SOFA escore de 3 ou mais irá identificar metade dos casos graves, e a seleção irá abordar quase 3/4 dos casos graves. Isto pode ser considerado uma performance adequada.

Esta abordagem pode ser considerada também para os casos leves, onde a especificidade se torna importante e o valor preditivo negativo tem uma acurácia de seleção. Com o APACHE II de 10, selecionando escores menores ou iguais a 9, obteve-se homogeneidade de 90% com eficiência de recrutamento de 92%. Do mesmo modo, na admissão, APACHE II é inadequado para prever casos graves. Entretanto, ele detecta muito bem os casos leves. Com um escore de 9 (selecionando escores menores ou iguais a 8) obtém-se homogeneidade de 91% e eficiência de 79%.

Em 24 horas, o APACHE II, LODS, MODS e SOFA foram todos moderadamente ou altamente correlatos. Um padrão similar ocorre em 48 horas (APACHE II, PCR, LODS, MODS e SOFA). Consequentemente, com estes testes, as combinações provavelmente não irão ajudar na identificação de doentes leves e graves.

Os testes tiveram performance semelhantes, ou seja, pode-se escolher um deles. Devido à alta correlação entre eles, não parece haver vantagens na combinação deles. O SOFA escore de 3 avaliado em 24 horas tem acurácia de 70% para identificar casos graves (o que poderia ser identificado também com parâmetros clínicos). O APACHE II menor que 9 classifica 91% dos doentes como pancreatite aguda leve.

Pontos fortes

- * Número significativo de doentes incluídos em um único centro.
- * A análise considerou os principais escores normalmente usados em UTI, desta vez na pancreatite aguda.
- * Conclusões práticas para selecionar e para excluir gravidade.

Limitações

- * Diagnóstico de pancreatite utilizado não é o mais utilizado (dois entre três fatores: quadro clínico típico, elevação de amilase/lipase 3 vezes superior ao valor normal e TC com aumento do pâncreas).
- * O cálculo dos escores não foram repetidos após 48 horas (exceto o APACHE II) o que impedia o cálculo de falência orgânica transitória.

- * Os testes não foram avaliados em conjunto.
- * O encaminhamento dos doentes para a UTI pode ter sido influenciado pela disponibilidade de leitos.
- * O estudo desencoraja a combinação de escores, mas sugere que o APACHE II é bom para excluir PA grave e que o SOFA tem boa acurácia para selecionar doentes graves.

Conclusões da TBE - CITE

As conclusões apresentadas se baseiam nas discussões recentes sobre o tema, demonstrado por estes artigos que culminaram nas duas recentes revisões publicadas sobre o assunto.

1. A Classificação de Atlanta necessita ser atualizada, especialmente na definição mais adequada do grupo de doentes graves.

2. Mais categorias devem ser descritas para gravidade da pancreatite aguda, e não apenas leve ou grave. Um número maior de categorias poderia determinar melhor as características de cada doente.

3. A avaliação da falência orgânica tem um papel fundamental na estratificação dos doentes, e no manuseio inicial, incluindo as indicações de terapia intensiva. Vários escores de gravidade estão disponíveis e podem ser utilizados.

Recomendações da TBE-CITE sobre "Classificação de gravidade na pancreatite aguda":

1. Classificação da pancreatite aguda em quatro categorias: leve, moderada, grave e crítica, o que permite uma melhor determinação das características dos doentes, como proposto no Quadro 2.

2. Avaliação da presença de falência orgânica em todos os doentes através da utilização de um escore de gravidade, preferencialmente algum que avalie diretamente cada falência orgânica, tais como o LODS, o SOFA e o MODS (Marshall). O SOFA parece ter maior acurácia, mas o MODS tem melhor aplicabilidade devido à facilidade de uso. O APACHE II tem um papel na exclusão de gravidade.

A B S T R A C T

Based on the Atlanta Classification, acute pancreatitis is classified according to its severity in either mild or severe acute pancreatitis. In recent years, several issues regarding acute pancreatitis have been discussed in the literature. These issues include how many categories of severity should be considered; whether or not a patient with organ failure holds similar holds severity of disease and prognosis of a patient with infected necrosis; the role of transient organ failure; and how to evaluate organ failure. The "Evidence-based Telemedicine - Trauma and Acute Care Surgery" (EBT-TACS) conducted a review of the recent literature on the topic, and critically appraised its most relevant pieces of evidence.. The articles discussed suggested classifying the severity of acute pancreatitis in three or four categories, rather than mild or severe only, and addressed which is the best score to assess organ failure. The following recommendations were proposed: (1) Acute pancreatitis should be classified into four categories: mild, moderate, severe and critical, which allows a better determination of the characteristics of patients, (2) Evaluation of organ failure with a severity score that preferably evaluate directly each organ failure, such as the SOFA and MODS (Marshall). The SOFA seems to have greater accuracy, but the MODS has better applicability due to its ease of use.

Key words: Pancreatitis. Pancreatitis/classification. Pancreatitis, acute necrotizing. Acute disease. Severity of illness index.

REFERÊNCIAS

1. Bradley EL 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. Arch Surg. 1993;128(5):586-90.
2. Dellinger EP, Forsmark CE, Laver P, Lévy P, Maraví-Poma E, Petrov MS, et al. Determinant-based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation. Ann Surg. 2012;256(6):875-80.
3. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102-11.
4. Vege SS, Gardner TB, Chari ST, Munukuti P, Pearson RK, Clain JE, et al. Low mortality and high morbidity in severe acute pancreatitis without organ failure: a case for revising the Atlanta classification to include "moderately severe acute pancreatitis". Am J Gastroenterol. 2009;104(3):710-5.
5. Petrov MS, Shanbhag S, Chakraborty M, Phillips AR, Windsor JA. Organ failure and infection of pancreatic necrosis as determinants of mortality in patients with acute pancreatitis. Gastroenterology. 2010;139(3):813-20.
6. Mason JM, Babu BI, Bagul A, Siriwardena AK. The performance of organ dysfunction scores for the early prediction and management of severity in acute pancreatitis: an exploratory phase diagnostic study. Pancreas. 2010;39(7):1104-8.

Recebido em 10/03/2013

Aceito para publicação em 15/03/2013

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Declaração: As recomendações e conclusões deste artigo representam a opinião dos participantes da reunião de revista TBE-CITE e não necessariamente a opinião das instituições a que eles pertencem.

Como citar este artigo:

De Campos T, Parreira JG, Assef JC, Rizoli S, Nascimento B, Fraga GP. Classificação de gravidade na pancreatite aguda. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2013;40(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Tércio De Campos

E-mail: tercio@uol.com.br