

Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave

Severe acute pancreatitis: results of treatment

FRANZ ROBERT APODACA-TORREZ, TCBC-SP¹; EDSON JOSÉ LOBO, ACBC-SP²; LILAH MARIA CARVAS MONTEIRO³; GERALDINE RAGOT DE MELO³; ALBERTO GOLDENBERG, TCBC-SP⁴; BENEDITO HERANI FILHO, TCBC-SP⁴; TARCISIO TRIVIÑO, TCBC-SP⁴; GASPAS DE JESUS LOPES FILHO, TCBC-SP⁵

R E S U M O

Objetivo: Avaliar os resultados do Protocolo de Atendimento de pacientes com diagnóstico de pancreatite aguda grave. **Métodos:** Foram analisados, consecutivamente, a partir de janeiro de 2002, idade, sexo, etiologia, tempo de internação, tipo de tratamento e mortalidade de 37 pacientes portadores de pancreatite aguda grave. **Resultados:** A idade dos pacientes variou de 20 a 88 anos (média de 50 anos); 27% foram do sexo feminino e 73% do masculino. O tempo médio global de internação foi 47 dias. Treze pacientes foram tratados cirurgicamente; a média de operações realizadas foi duas por paciente. Ocorreram seis óbitos dentre os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico (46%) e dois óbitos no grupo submetido somente ao tratamento clínico (8,3%). A mortalidade global foi 21%. **Conclusão:** Após a modificação na forma de abordagem dos pacientes com pancreatite aguda grave, houve diminuição da mortalidade e uma tendência para a conduta expectante.

Descritores: Pancreatite. Pancreatite necrosante aguda. Terapêutica. Cirurgia Geral. Mortalidade.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é uma doença desencadeada pela ativação anômala de enzimas pancreáticas e liberação de uma série de mediadores inflamatórios, cuja etiologia corresponde, em cerca de 80% dos casos, à doença biliar litíase ou à ingestão do álcool^{1,2}. O seu diagnóstico obedece a parâmetros clínicos, laboratoriais ou de imagem³. Na maioria das vezes, esta doença é autolimitada ao pâncreas e com mínima repercussão sistêmica; esta forma leve se caracteriza por apresentar boa evolução clínica e baixos índices de mortalidade². No entanto, em aproximadamente 10% a 20% dos casos, o quadro é mais intenso e com grande repercussão sistêmica, levando a índices de até 40% de mortalidade.

Após o Simpósio de Atlanta (1992)⁵, passaram a ser aceitas duas formas clínicas bem definidas de pancreatite aguda: a forma intersticial (“leve” ou “edematosa”) e a forma grave, também conhecida como necro-hemorrágica ou “necrosante” que geralmente implica em algum grau de necrose pancreática, peripancreática, ou ambas, e com maior número de complicações, tais como infecção da necrose, coleções fluídas peripancreáticas, abscessos, pseudocistos e, até, a falência de múltiplos órgãos.

Segundo o Grupo de Estudos para a Classificação da Pancreatite, a pancreatite aguda grave (PAG), caracteriza-se por apresentar três ou mais critérios do escore de Ranson, oito ou mais pontos na classificação de APACHE II, complicações pancreáticas ou a presença de falência orgânica³. Embora menos frequente, é esta forma grave da doença que continua gerando uma série de controvérsias⁶, especialmente no que diz respeito à melhor forma de tratamento, constituindo-se, assim, em um desafio para cirurgiões, clínicos, radiologistas, endoscopistas e intensivistas⁷.

O objetivo da presente casuística é apresentar os resultados iniciais obtidos com o Protocolo de Atendimento à Pancreatite Aguda Grave na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica e no Pronto Socorro de Cirurgia do Hospital São Paulo⁵ da UNIFESP/EPM.

MÉTODOS

Foram estudados, de forma consecutiva, 37 pacientes admitidos no Pronto Socorro de Cirurgia Geral do Hospital São Paulo (HSP) e acompanhados na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica, com diagnóstico de

Trabalho realizado na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina – SP-BR. 1. Professor Afiliado da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina; 2. Professor Assistente, Chefe da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina; 3. Aluna do sexto ano de Graduação do Curso de Medicina da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina; 4. Professor Adjunto da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina; 5. Professor Associado, Livre Docente da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina.

pancreatite aguda grave, respeitando os critérios da classificação de Atlanta³, entre janeiro de 2002 e dezembro de 2010. Foram obtidas informações de cada paciente a partir dos prontuários médicos e analisada a relação da mortalidade com as variáveis: idade, sexo, etiologia, tempo de internação e tipo de tratamento.

Para a análise do tratamento realizado os pacientes foram distribuídos em dois grupos. No primeiro grupo foram incluídos 13 doentes (grupo 1), dos quais 12 foram submetidos ao tratamento cirúrgico e um à drenagem percutânea guiada por método de imagem da necrose pancreática infectada. A indicação da abordagem cirúrgica e da drenagem percutânea foi feita após o diagnóstico de sepse em oito pacientes, e em cinco, pela bacterioscopia e cultura de secreção obtida através da punção aspirativa com agulha fina. No segundo grupo, 24 pacientes receberam tratamento exclusivamente clínico, de acordo com o protocolo (grupo 2).

A análise estatística foi realizada utilizando os testes de Qui-quadrado, T-Student e Mann-Whitney. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

RESULTADOS

As características das variáveis analisadas encontram-se na tabela 1.

A idade dos pacientes incluídos no estudo variou de 20 a 88 anos (média de 50 anos). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à mortalidade ($p=0,154$). Dez pacientes eram do sexo feminino (27%) e 27 (73%) do sexo masculino. Da mesma maneira, não houve significância estatística para esta variável com relação à mortalidade ($p=0,312$ e $p=0,359$, respectivamente). A etiologia da pancreatite aguda na presente amostra estava distribuída da seguinte forma: em 22 (59,4%) pacientes, a causa foi a doença litíase biliar, em nove (24,3%),

a causa foi alcoólica, e em seis (16,2%) pacientes não foi possível determinar o fator causal. A etiologia da pancreatite não teve relação com a mortalidade ($p=0,617$). A média global do tempo de internação foi 47 dias. Para os pacientes do grupo 1, o tempo de internação foi 76 dias (30 – 240 dias) e para os pacientes do grupo 2, foi 31,3 dias (11 – 88 dias). A análise estatística não revelou significância ao correlacionar esta variável com a mortalidade ($p=0,088$). A mortalidade global foi 21,6% (8/37). Do total de óbitos, seis ocorreram no grupo 1 (46%) e apenas dois pacientes faleceram no grupo 2 (8,3%).

A variável tipo de tratamento realizado foi a que atingiu maior significância estatística, quando correlacionou-se à mortalidade observada no grupo 1 em relação ao grupo 2 ($p = 0,028$).

DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, vários fatores, tais como o progresso dos cuidados intensivos, dos métodos de imagem, dos procedimentos minimamente invasivos, o espectro e farmacocinética dos antibióticos e, fundamentalmente, o melhor conhecimento de alguns aspectos fisiopatológicos da doença, induziram ao retardo, cada vez maior, da intervenção cirúrgica, com a conseqüente diminuição dos altos índices de mortalidade observados na PAG⁸.

Além disso, tem sido discutido reiteradamente qual a melhor forma de caracterização e detecção precoce da PAG. Parâmetros laboratoriais, de imagem e escores como os de APACHE II, critérios de Ranson, Glasgow, Goris, entre outros, foram propostos⁶. No entanto, ainda não existe um consenso sobre o melhor método a ser utilizado, existindo uma tendência em favor de escores menos sofisticados e de maior reprodutibilidade⁹, como os de Marshal modificado e o Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)⁹.

Apesar dos defeitos existentes na Classificação de Atlanta⁶, esta continua a ser uma referência na tentati-

Tabela 1 - Variáveis analisadas com relação à mortalidade.

| Variável | Grupo 1 | Grupo 2 | p |
|----------------------------|-------------|--------------|-------|
| Idade | 32-74 (43) | 20-88 (51) | 0,154 |
| Sexo | | | 0,295 |
| Masculino | 10 | 17 | - |
| Feminino | 3 | 7 | - |
| Etiologia | | | 0,555 |
| Biliar | 8 | 14 | - |
| Alcoólica | 2 | 7 | - |
| Indeterminada | 3 | 3 | - |
| Tempo de internação | (30-240) 76 | (11-88) 31,3 | 0,088 |
| Tipo de Tratamento | 13 | 24 | 0,028 |

Idade = (Mediana)

Tempo de Internação (dias) = média

va de padronizar esta caracterização. Por sua simplicidade, optamos por obedecer as suas diretrizes no intuito de caracterizar a PAG.

As características epidemiológicas da doença parecem estar bem definidas¹⁰, existindo apenas variabilidade do fator etiológico de acordo com a região topográfica onde é analisado. A idade e a etiologia em nossa amostra não divergiram de outras publicações decorrentes de amostras observadas^{11,12} no Brasil. Porém, chama a atenção o predomínio de pacientes masculinos, talvez atribuído ao número reduzido da amostra.

Historicamente, a abordagem dos pacientes com PAG tem motivado discussões e controvérsias sobre qual seria a melhor terapêutica¹³. Condutas conservadoras, fundamentadas em medidas de suporte exclusivamente clínico, divergiam totalmente daquelas que propunham a abordagem cirúrgica precoce e, até, procedimentos mais agressivos como a pancreatectomia¹⁴. Altos índices de mortalidade levaram a abandonar as duas últimas opções mencionadas anteriormente.

Trabalhos como os de Mier *et al.* confirmaram que a operação precoce neste tipo de paciente trazia consigo uma gama de complicações e altos índices de mortalidade¹⁵. Este fato foi consolidado pelo melhor conhecimento fisiopatológico da doença, que permite dividir a PAG em duas fases, a precoce, caracterizada pelo predomínio inflamatório, e a tardia – a partir do décimo dia do início da doença – fase em que os pacientes podem ser acometidos pelas complicações infecciosas¹⁶.

É justamente este um dos motivos pelos quais os trabalhos publicados a partir da década de 90 mostraram claramente uma tendência ao retardo do procedimento cirúrgico em pacientes com esta indicação¹⁷⁻¹⁹. A principal preocupação do presente estudo foi a de analisar a conduta diante deste tipo de paciente e associá-la ao desfecho clínico.

Há estudos que defendem a postergação do ato cirúrgico, pelo menos até que tenham sido feitas todas as tentativas de compensação clínica e não existam situações obrigatórias de abordagem cirúrgico ou de procedimentos pouco invasivos²⁰⁻²². Está claro que, pelas características peculiares destes doentes, o tempo de internação geralmente é prolongado, repercutindo, assim, no aumento dos custos hospitalares. O tempo de internação dos pacientes da presente casuística foi maior no grupo 1, submetido ao tratamento cirúrgico ($p < 0,01$) e, embora não tenha sido feita a análise de custo, é provável que tenha sido significativamente maior neste grupo.

Em nosso estudo, para a indicação do tratamento cirúrgico foi utilizado o Protocolo de Atendimento, já mencionado, baseado nos critérios de Atlanta²³. Neste grupo, a mortalidade, consideravelmente maior em relação ao grupo 2, poderia estar relacionada à gravidade dos pacientes, fato demonstrado pelo maior tempo de internação, embora a estratificação não tenha sido realizada de acordo com a gravidade.

Apesar do número reduzido de pacientes na nossa amostra, é possível inferir que a padronização da abordagem inicial e o retardo do tratamento cirúrgico da PAG constituem-se na melhor alternativa, com o intuito de melhorar os resultados desta singular apresentação da pancreatite aguda. Métodos minimamente invasivos, tais como a abordagem percutânea, endoscópica e, inclusive laparoscópica, estão ganhando espaço, com resultados alentadores, quando comparados aos métodos tradicionais em pacientes selecionados²⁴⁻²⁶.

Em conclusão, nosso estudo confirma, ainda, índices elevados de mortalidade em pacientes com PAG infectada submetidos ao tratamento cirúrgico e mostra uma tendência para a conduta conservadora nesta situação.

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the results of the Protocol for treatment of patients with severe acute pancreatitis. **Methods:** We consecutively analyzed age, gender, etiology, length of hospital stay, type of treatment and mortality of 37 patients with severe acute pancreatitis from January 2002. **Results:** The patients' ages ranged from 20 to 88 years (average 50 years), 27% were female and 73% male. Mean overall hospital stay was 47 days. Thirteen patients were treated surgically, the average operations per patient was two. There were six deaths among patients undergoing surgical treatment (46%) and two deaths in the group submitted to medical treatment alone (8.3%). The overall mortality was 21%. **Conclusion:** After modification in the form of management of patients with severe acute pancreatitis, there was a decrease in mortality and a trend for conservative management.

Key words: Pancreatitis. Acute necrotizing pancreatitis. Therapy. Surgery. Mortality.

REFERÊNCIAS

1. Steinberg W, Tenner S. Acute pancreatitis. *N Engl J Med.* 1994;330(17):1198-210.
2. Cappell MS. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. *Med Clin North Am.* 2008;92(4):889-923.
3. Acute Pancreatitis Working Group. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis. 2008. Acessado em: 2012 Feb 10. Disponível em: <http://pancreasclub.com/wp-content/uploads/2011/11/AtlantaClassification.pdf>
4. Heinrich S, Schäfer M, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms. *Ann Surg.* 2006;243(2):154-68.

5. 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.
6. Bollen TL, van Santvoort HC, Besselink MG, van Leeuwen MS, Horvath KD, Freeny PC, et al. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *Br J Surg.* 2008;95(1):6-21.
7. Banks PA, Freeman ML; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(10):2379-400.
8. Rau BM. Outcome determinants in acute pancreatitis. *Am J Surg.* 2007;194(4 Suppl):S39-44.
9. De Campos T, Cerqueira C, Kuryura L, Parreira JG, Soldá S, Perlingeiro JA, et al. Morbimortality indicators in severe acute pancreatitis. *JOP.* 2008;9(6):690-7.
10. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. *Lancet.* 2008;371(9607):143-52.
11. De Campos T, Braga CF, Kuryura L, Hebara D, Asséf JC, Rasslan S. Changes in the management of patients with severe acute pancreatitis. *Arq Gastroenterol.* 2008;45(3):181-5.
12. Carneiro MC, Manso JEF, Eulálio JMR, Renteria JM, Costa MD. O papel da avaliação inicial simplificada no prognóstico da pancreatite aguda. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(3):161-8.
13. Werner J, Feuerbach S, Uhl W, Büchler MW. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care. *Gut.* 2005;54(3):426-36.
14. Bradley EL 3rd, Dexter ND. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey. *Ann Surg.* 2010;251(1):6-17.
15. Mier J, León EL, Castillo A, Robledo F, Blanco R. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. *Am J Surg.* 1997;173(2):71-5.
16. Beger HG, Bittner R, Block S, Büchler M. Bacterial contamination of pancreatic necrosis. A prospective clinical study. *Gastroenterology.* 1986;91(2):433-8.
17. Uhl W, Warshaw A, Imrie C, Bassi C, McKay CJ, Lankisch PG, et al. IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis. *Pancreatol.* 2002;2(6):565-73.
18. Nieuwenhuijs VB, Besselink MG, van Minnen LP, Gooszen HG. Surgical management of acute necrotizing pancreatitis: a 13-year experience and a systematic review. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 2003;(239):111-6.
19. Besselink MG, Verwer TJ, Schoenmaeckers EJ, Busken E, Ridwan BU, Visser MR, et al. Timing of surgical intervention in necrotizing pancreatitis. *Arch Surg.* 2007;142(12):1194-201.
20. Farkas G, Marton J, Mandi Y, Leindler L. Surgical management and complex treatment of infected pancreatic necrosis: 18-year experience at a single center. *J Gastrointest Surg.* 2006;10(2):278-85.
21. Bradley EL 3rd. Surgery of acute pancreatitis. *Am J Surg.* 2007;194(4 Suppl):S20-3.
22. Bradley EL 3rd, Howard TJ, van Sonnenberg E, Fotoohi M. Intervention in necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of surgical and percutaneous alternatives. *J Gastrointest Surg.* 2008;12(4):634-9.
23. Apodaca-Torrez FR, Goldenberg A, Lobo EJ, Triviño T. Pancreatite aguda. In: Lobo EJ, Lopes Filho GJ, Del Grande JC, Triviño T. *Guia de Gastrocirurgia – Guias de medicina ambulatorial e hospitalar.* São Paulo: Manole; 2008. p. 403-15.
24. Zyromski NJ. Necrotizing pancreatitis 2010: an unfinished odyssey. *Ann Surg.* 2010;251(5):794-5.
25. van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester MA, Dejong CH, et al. A Step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med.* 2010;362(16):1491-502.
26. Wysocki AP, McKay CJ, Carter CR. Infected pancreatic necrosis: minimizing the cut. *ANZ J Surg.* 2010;80(1-2):58-70.

Recebido em 02/05/2012

Aceito para publicação em 06/07/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Apodaca-Torrez FR, Lobo EJ, Monteiro LMC, Melo GR, Goldenberg A, Herani Filho B, Triviño T, Lopes Filho GJ. Resultados do tratamento da pancreatite aguda grave. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2012; 39(5). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Franz Robert Apodaca-Torrez

E-mail: apodaca@uol.com.br