

**PANCREATITE AGUDA: ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS**

Camilla Maganhin Luquetti1; Jéssica Raísa Bezerra2; Mariana Silva De Muzio Gripp3; Layane Duarte Silva4; Maurício Barros de Arruda Mendes Gonçalves5; Gleyce Amorim de Sousa6; Victor Emílio Vargas Barzola7; Natália Carina Ribas8; Anderqueli Cardoso dos Santos9; João Pedro Duarte Franco10.

**Introdução:** A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo do pâncreas. Deve ser suspeitada em pacientes com dor abdominal superior aguda grave, mas requer evidências bioquímicas ou radiológicas para estabelecer o diagnóstico. É classificada em: pancreatite aguda leve, com ausência de falência de órgãos e complicações locais ou sistêmicas; pancreatite aguda moderadamente grave, caracterizada por falência de órgão transitória (resolve dentro de 48 horas) e/ou complicações locais ou sistêmicas sem falência orgânica persistente (>48 horas) e, pancreatite aguda grave, com falência de órgão persistente que pode envolver um ou vários órgãos. **Objetivo:** discutir aspectos clínicos e diagnósticos da pancreatite aguda. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de abril a junho de 2024, com descritores “Acute pancreatitis”, “Clinic” e “Diagnosis”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 38), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra.

**Resultados e Discussão:** Clinicamente, a maioria dos pacientes com pancreatite aguda tem início agudo de dor abdominal persistente, epigástrica grave e do quadrante superior esquerdo. Em pacientes com pancreatite biliar, a dor é bem localizada e o início é rápido, atingindo a intensidade máxima em 10 a 20 minutos. Em contraste, em pacientes com pancreatite devido a causas hereditárias, metabólicas ou por álcool, o início da dor pode ser menos abrupto e a dor pode estar mal localizada. Em aproximadamente 50% dos pacientes, a dor irradia para as costas. A dor persiste por várias horas a dias e pode ser parcialmente aliviada sentando-se ou inclinando-se para frente. Aproximadamente 90% dos pacientes têm náuseas e vômitos associados, que podem persistir por várias horas. Pacientes com pancreatite aguda grave podem ter dispneia devido a inflamação diafragmática secundária a pancreatite, derrames pleurais ou síndrome do desconforto respiratório agudo. Aproximadamente 5-10% dos pacientes graves podem ter doença indolor e hipotensão inexplicável (por exemplo, pacientes pós-operatórios e críticos, pacientes em diálise). Os achados físicos variam dependendo da gravidade da pancreatite aguda. Em pacientes com pancreatite aguda leve, o epigástrio pode ser minimamente sensível à palpação. Em contraste, em pacientes com pancreatite grave, pode haver sensibilidade significativa à palpação no epigástrio ou mais difusamente sobre o abdômen. Pode haver distensão abdominal e sons intestinais hipoativos devido a um íleo secundário à inflamação; icterícia escleral devido a icterícia obstrutiva por coledocolitíase ou edema da cabeça do pâncreas; febre, taquipneia, hipoxemia e hipotensão. Pacientes com quadro grave podem apresentar achados como descoloração equimótica na região periumbilical (sinal de Cullen) ou ao longo do flanco (sinal de Grey Turner), sugerindo presença de sangramento retroperitoneal no cenário da necrose pancreática.

No início do quadro, as enzimas pancreáticas vazam das células acinares para o espaço intersticial e depois para a circulação sistêmica. Há elevações agudas na amilase e lipase séricas, além de outras enzimas pancreáticas, produtos de degradação e mediadores inflamatórios. A lipase sérica tem uma sensibilidade ligeiramente maior para pancreatite aguda, e as elevações ocorrem mais cedo e duram mais em comparação com as elevações da amilase. A lipase sérica é, portanto, especialmente útil em pacientes que se apresentam tarde ao clínico. A lipase sérica também é mais sensível em comparação com a amilase em pacientes com pancreatite secundária ao álcool.

Quanto aos achados de imagem, aproximadamente 85% dos pacientes com pancreatite aguda têm pancreatite edematosa intersticial aguda, caracterizado por aumento do pâncreas na tomografia computadorizada abdominal com contraste. Aproximadamente 15% dos pacientes têm pancreatite necrosante, com necrose do parênquima pancreático, do tecido peripancreático ou ambos.

O diagnóstico de pancreatite aguda é definido pela presença de dois dos seguintes: início agudo de dor persistente, grave e epigástrica, muitas vezes irradiando para as costas, elevação da lipase sérica ou amilase para três vezes ou mais do que o limite superior do normal, ou achados característicos de pancreatite aguda em imagens (tomografia computadorizada com contraste, ressonância magnética ou ultrassonografia transabdominal). Em pacientes com dor abdominal característica e elevação da lipase ou amilase sérica para três vezes ou mais do que o limite superior do normal, nenhuma imagem é necessária para estabelecer o diagnóstico de pancreatite aguda. Em pacientes com dor abdominal que não é característica de pancreatite aguda ou uma atividade de amilase e/ou lipase sérica que é inferior a três vezes o limite superior do normal, realizamos uma tomografia computadorizada abdominal com contraste para estabelecer o diagnóstico de pancreatite aguda e excluir outras causas de dor abdominal aguda.

**Conclusão:** Na maioria dos pacientes com pancreatite aguda, a doença é leve em gravidade e os pacientes se recuperam em três a cinco dias sem complicações ou falência de órgãos. No entanto, 20% dos pacientes têm pancreatite aguda moderadamente grave ou grave com complicações locais ou sistêmicas ou falência de órgãos.

**Palavras-chave:** Pancreatite aguda; Clínica; Diagnóstico.

**E-mail do autor principal:** [**cmaganhinmed@gmail.com**](mailto:cmaganhinmed@gmail.com)

**REFERÊNCIAS:**

1. Swaroop VS, Chari ST, Clain JE. Pancreatite aguda grave. JAMA 2004; 291:2865.
2. Bancos PA. Pancreatite aguda: Diagnóstico. Em: Pancreatite, Lankisch PG, Banks PA (Eds), Springer-Verlag, Nova York 1998. p.75.
3. Banks PA, Freeman ML, Comitê de Parâmetros de Prática do Colégio Americano de Gastroenterologia. Diretrizes de prática em pancreatite aguda. Am J Gastroenterol 2006; 101:2379.
4. Lankisch PG, Schirren CA, Kunze E. Pancreatite aguda fatal não detectada: por que a doença é tão frequentemente negligenciada? Am J Gastroenterol 1991; 86:322.
5. Lankisch PG, Müller CH, Niederstadt H, Marca A. Pancreatite aguda indolor subsequente à intoxicação por inseticida anticolinesterase (parathion). Am J Gastroenterol 1990; 85:872.

1: Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; cmaganhinmed@gmail.com

2: Universidade Federal do Vale do São Francisco; drajessicaraisa@gmail.com

3: Centro Universitário IMEPAC Araguari; marianasmgripp@gmail.com

4: Hospital Santa Maria de Teresina -PI; layaneduda01@gmail.com

5: Estácio (Idomed)Citta; mauriciobamg@gmail.com

6: Uninove Medicina - São Bernardo do Campo/SP; gleyce.amorim@uni9.edu.br

7: Universidad Amazônica Del Peru- UNAP Postgraduação en Cirurgia Geral e Laparoscópica; vargasbarzolav@gmail.com

8: UNIFAA - Valença/ RJ; nataliaribad2009@hotmail.com

9: Fundación Hector Alejandro Barceló; cardosoanderqueli@gmail.com

10: Universidade Salvador (UNIFACS); jpdfranco09@gmail.com

