



PANCREATITE AGUDA: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CONDUTAS ATUAIS

Jerônimo de Assis Garcia Neto¹

Rodrigo Silva Rocha²

Maria Fernanda Simionato Serra³

Isabela Reginato Monaretto⁴

Karolayne Lemes Moreira⁵

Ielson Sousa Ferreira Júnior⁶

Marília Paladini⁷

Lais Eduarda Azevedo Langkammer⁸

Gleice Istael Borges Guimarães⁹

Ingrid Loyola Murta de Oliveira¹⁰

Isabella Costa Lacerda¹¹

Ana Carolina de Azevedo Esteves Schmitz¹²

Giovana Alves Fagundes¹³

Yanna de Fátima Pereira Borges Costa¹⁴

Sofia de Castro Lima Araujo¹⁵

RESUMO: A pancreatite aguda (PA) é uma das principais emergências gastrointestinais, caracterizada por inflamação súbita do pâncreas, com aspecto clínico que varia desde formas leves e autolimitadas até apresentações graves com risco de vida, falência de múltiplos órgãos e mortalidade significativa. As principais etiologias incluem litíase biliar e consumo excessivo de álcool, seguidas por hipertrigliceridemia, fármacos e causas idiopáticas. O diagnóstico requer a presença de pelo menos dois dos seguintes critérios: dor abdominal característica, elevação de amilase ou lipase séricas em três vezes acima do limite superior da normalidade e achados de imagem compatíveis. A estratificação da gravidade baseia-se na Classificação de Atlanta revisada em 2012, que orienta o manejo clínico ao categorizar a doença em formas leve, moderadamente grave e grave. O tratamento fundamenta-se em medidas de suporte, como ressuscitação volêmica guiada, analgesia e nutrição enteral precoce, sendo que o uso rotineiro de antibióticos não é recomendado, devendo restringir-se a casos de infecção comprovada. Complicações locais, como necrose infectada e coleções peripancreáticas, devem ser manejadas preferencialmente com estratégias minimamente invasivas e escalonadas, enquanto nos casos de pancreatite biliar a colecistectomia é indicada após estabilização clínica, com CPRE precoce apenas quando associada à colangite. Apesar dos avanços em diretrizes e técnicas terapêuticas,

a PA ainda representa desafio clínico relevante, exigindo diagnóstico precoce, estratificação adequada da gravidade e manejo baseado em evidências para reduzir complicações e mortalidade.

Palavras-Chave: Pancreatite aguda; Diagnóstico; Condutas terapêuticas; Complicações.

Área Temática: Gastroenterologia

E-mail do autor principal: Jeronimo096@gmail.com

¹UNIFIMES, Mineiros-GO, jeronimo096@gmail.com

²UFR, Rondonópolis-MT, rodrigo.rocha@aluno.ufr.edu.br

³UNIFIMES, Mineiros-GO, Mariafernandasserra@hotmail.com

⁴UCS, Caxias do Sul-RS, isabelarmonaretto@gmail.com

⁵UNIRV, Luziânia-GO, Karollynelemes@hotmail.com

⁶UFSB, Teixeira de Freitas-BA, ielson.junior@gfe.ufsb.edu.br

⁷Universidade Nuestra Señora de la Paz, Bolívia, paladinimarilia@gmail.com

⁸Uniatenas, Paracatu-MG, laislangkammer@gmail.com

⁹UFSB, Teixeira de Freitas-BA, istaelbg@gmail.com

¹⁰UFSB, Teixeira de Freitas-BA, inloyola@gmail.com

¹¹UNICEUMA, São Luiz do Maranhão-MA, costalacerda.isabella@gmail.com

¹²UNICEUMA, São Luiz do Maranhão-MA, ana037557@ceuma.com.br

¹³UNICERRADO, Goiatuba-GO, Giovana.alvesfagundes@gmail.com

¹⁴UNICERRADO, Goiatuba-GO, yannaborgs@gmail.com

¹⁵ZARNS, Salvador-BA, s.castrolimaa@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é definida como um processo inflamatório súbito do pâncreas, caracterizado por ampla variabilidade clínica, desde formas leves e autolimitadas até apresentações graves com risco de vida. Trata-se de uma das principais doenças do trato gastrointestinal que levam à hospitalização, representando causa frequente de internações emergenciais em diversos outros países (TENNER et al., 2023). Sua importância clínica decorre não apenas da alta prevalência, mas também da heterogeneidade da evolução, que pode variar de uma recuperação rápida a complicações graves e fatais (SZATMARY et al., 2022).

As principais causas da PA são cálculos biliares e o consumo excessivo de álcool, responsáveis por aproximadamente 70 a 80% dos casos (LEPPÄNIEMI et al., 2019; FERREIRA et al., 2015). Outras etiologias relevantes incluem hipertrigliceridemia, neoplasias pancreáticas, traumatismos, medicamentos e causas idiopáticas. Além disso, observa-se aumento da incidência em grupos específicos como idosos, gestantes e crianças, nos quais a apresentação pode ser atípica, dificultando o diagnóstico precoce (SZATMARY et al., 2022).

O diagnóstico da PA exige a presença de pelo menos dois dos três critérios clássicos: dor abdominal típica (geralmente em andar superior com irradiação dorsal), níveis séricos de amilase ou lipase superiores a três vezes o limite superior da normalidade e achados de imagem compatíveis com inflamação pancreática (SZATMARY et al., 2022). A utilização desses

critérios permite diagnóstico rápido, embora nem sempre definitivo, já que exames de imagem podem ser fundamentais para excluir diagnósticos diferenciais e avaliar complicações.

A gravidade da doença é variável, sendo a maioria dos casos autolimitada e resolvida em poucos dias com tratamento de suporte. Entretanto, cerca de 20 a 30% dos pacientes desenvolvem formas moderadas ou graves, com risco de necrose pancreática, falência de órgãos e mortalidade hospitalar que pode atingir 15 a 40% (LEPPÄNIEMI et al., 2019; EHSAN et al., 2024). Para padronizar essa estratificação, a revisão de Atlanta (2012) estabeleceu três categorias: leve, moderadamente grave e grave, além de classificar as complicações locais, como coleções necróticas e pseudocistos (FERREIRA et al., 2015).

O manejo inicial da PA deve ocorrer nas primeiras 72 horas após o diagnóstico, com foco em ressuscitação volêmica, analgesia, suporte nutricional e avaliação precoce de complicações. Recentes mudanças de paradigma recomendam hidratação guiada e não agressiva, preferencialmente com solução de ringer lactato, em vez da reposição maciça com solução salina, prática antes amplamente utilizada (SONG; LEE, 2024; EHSAN et al., 2024). A nutrição enteral precoce tem mostrado impacto positivo na redução de infecções e mortalidade, enquanto o uso indiscriminado de antibióticos profiláticos deixou de ser recomendado (GREENBERG et al., 2016; TENNER et al., 2023).

Por fim, o reconhecimento precoce da etiologia é fundamental para guiar a conduta. Na pancreatite biliar, a colecistectomia deve ser realizada após estabilização clínica e a CPRE está indicada precocemente apenas nos casos associados à colangite, não sendo recomendada de forma rotineira (TENNER et al., 2023; SONG; LEE, 2024). Assim, compreender os critérios diagnósticos e as condutas atuais é essencial para reduzir complicações e mortalidade associadas à pancreatite aguda.

2. METODOLOGIA

Este capítulo foi elaborado a partir de uma revisão narrativa da literatura, com foco no diagnóstico, condutas e implicações da pancreatite aguda. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e BVS, considerando publicações entre os anos de 2015 a 2025. Foram utilizados descritores em português e inglês, como: “Pancreatite aguda”, “Diagnóstico”, “Condutas terapêuticas” e “Complicações”. Foram incluídos artigos completos, publicados nos idiomas português e inglês, que abordassem diretamente os critérios diagnósticos, estratégias terapêuticas, diretrizes clínicas e implicações a respeito da pancreatite

aguda. Foram excluídas publicações duplicadas, documentos opinativos e estudos não relacionados diretamente ao tema. A análise dos estudos foi feita de forma qualitativa e interpretativa, com base na relevância clínica e científica dos achados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pancreatite aguda apresenta grande heterogeneidade clínica, e a estratificação da gravidade é essencial para determinar a conduta e prever os desfechos. A revisão da Classificação de Atlanta (2012) é atualmente o sistema mais aceito, definindo três formas clínicas: leve, moderadamente grave e grave. Essa classificação considera a presença, a duração da falência orgânica e a ocorrência de complicações locais e sistêmicas, permitindo melhor padronização dos cuidados e comparabilidade entre estudos (LEPPÄNIEMI et al., 2019; FERREIRA et al., 2015).

A forma leve da doença, também chamada pancreatite edematosa intersticial, corresponde à maioria dos casos, cursando sem falência de órgãos ou complicações significativas, geralmente se resolvendo dentro de uma semana. A forma moderadamente grave envolve falência transitória de órgãos (inferior a 48 horas) ou complicações locais, enquanto a forma grave é caracterizada por falência persistente de órgãos (superior a 48 horas) e associa-se a mortalidade que pode alcançar 40% em pacientes críticos (LEPPÄNIEMI et al., 2019; EHSAN et al., 2024).

As complicações locais desempenham papel central na evolução da doença. Entre elas, destacam-se as coleções peripancreáticas, a necrose pancreática e peripancreática, os pseudocistos e os abscessos. A presença de necrose infectada é uma das condições mais temidas, associando-se a mortalidade superior a 35% em casos com falência de órgãos persistente. Por outro lado, a necrose estéril apresenta mortalidade mais baixa, embora ainda relevante (LEPPÄNIEMI et al., 2019). O manejo dessas complicações evoluiu nos últimos anos para uma abordagem mais conservadora e escalonada, evitando cirurgias precoces e priorizando drenagens minimamente invasivas (SONG; LEE, 2024).

O suporte hemodinâmico inicial constitui um dos pilares do tratamento. Tradicionalmente, recomendava-se ressuscitação agressiva com grandes volumes de fluidos, mas estudos recentes demonstraram que essa conduta pode aumentar o risco de sobrecarga circulatória, síndrome compartimental abdominal e complicações respiratórias. Dessa forma, a tendência atual é realizar reposição volêmica moderada e guiada por parâmetros clínicos e laboratoriais, com preferência pela solução de ringer lactato em detrimento da solução salina

normal, devido a seu perfil mais favorável na modulação da resposta inflamatória (SONG; LEE, 2024; EHSAN et al., 2024).

Outro aspecto fundamental do manejo é o suporte nutricional. Durante muito tempo, a prática habitual era manter jejum prolongado até a resolução dos sintomas, mas estudos mais recentes demonstraram que a alimentação enteral precoce é segura, bem tolerada e contribui para a redução da translocação bacteriana, de complicações infecciosas e da necessidade de nutrição parenteral. Atualmente, a via enteral precoce é considerada padrão no manejo da pancreatite aguda, enquanto a nutrição parenteral fica restrita a casos de intolerância absoluta à via enteral (TENNER et al., 2023; SZATMARY et al., 2022).

O uso de antibióticos na pancreatite aguda também passou por importantes mudanças nas últimas décadas. Ensaio clínico demonstraram que a profilaxia antibiótica de rotina não reduz a ocorrência de infecção em pacientes com necrose estéril, além de aumentar o risco de resistência bacteriana. Assim, diretrizes atuais não recomendam o uso profilático de antibióticos, restringindo sua prescrição a situações de sepse comprovada, infecção da necrose pancreática ou outras complicações infecciosas (GREENBERG et al., 2016; SONG; LEE, 2024). Biomarcadores como a procalcitonina vêm sendo estudados como ferramenta auxiliar para diferenciar inflamação estéril de infecção, otimizando o uso racional de antibióticos (SONG; LEE, 2024).

No que se refere ao manejo etiológico, a pancreatite biliar continua sendo uma das formas mais prevalentes. Nesses casos, a colecistectomia deve ser realizada preferencialmente durante a mesma internação, após a resolução clínica do quadro, a fim de evitar recorrências. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) precoce está indicada apenas quando a pancreatite cursa com colangite associada ou obstrução persistente da via biliar, não devendo ser realizada de forma rotineira em todos os pacientes (TENNER et al., 2023; SONG; LEE, 2024). Essa conduta seletiva contribui para reduzir complicações desnecessárias relacionadas ao procedimento endoscópico.

Além do tratamento inicial e etiológico, pacientes com complicações locais ou sistêmicas devem ser avaliados em centros terciários especializados, capazes de oferecer suporte intensivo e intervenções avançadas, como drenagem endoscópica ou necrosectomia minimamente invasiva. A estratégia “step-up approach”, que inicia com drenagens percutâneas ou endoscópicas e reserva a necrosectomia para casos refratários, tem se

mostrado superior à cirurgia aberta precoce, reduzindo mortalidade e complicações (SONG; LEE, 2024; SZATMARY et al., 2022).

Apesar da existência de diretrizes internacionais detalhadas, a adesão na prática clínica ainda é variável. Estudos mostram que há áreas significativas de não conformidade entre o manejo realizado e as recomendações baseadas em evidências, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Ademais, essas discrepâncias podem estar relacionadas a limitações de recursos, falta de treinamento adequado das equipes médicas e diferenças regionais na prática clínica (GREENBERG et al., 2016). Isso evidencia a necessidade de implementação efetiva das recomendações, além de investimentos em capacitação profissional e estrutura hospitalar.

Por fim, cabe ressaltar que a pancreatite aguda, especialmente em sua forma grave, permanece associada a morbimortalidade significativa, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos. A ausência de terapias farmacológicas específicas, além do papel ainda limitado das estratégias preventivas, reforça a importância do manejo precoce, individualizado e baseado em evidências. A correta aplicação dos critérios diagnósticos e das condutas atuais é essencial para reduzir complicações, otimizar o prognóstico e oferecer um cuidado de qualidade ao paciente (TENNER et al., 2023; SZATMARY et al., 2022).

4. CONCLUSÃO

A pancreatite aguda é uma condição clínica de alta relevância, cujo diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, laboratoriais e de imagem bem estabelecidos. A classificação de Atlanta de 2012 continua sendo a principal ferramenta para estratificação da gravidade, permitindo orientar as condutas terapêuticas. O manejo deve ser precoce e direcionado, priorizando a ressuscitação volêmica moderada, nutrição enteral precoce e analgesia. Estratégias conservadoras e escalonadas são preferidas para complicações locais, enquanto a intervenção etiológica, como colecistectomia na pancreatite biliar, deve ser realizada para prevenir recorrências. Embora haja diretrizes claras, a adesão na prática clínica ainda apresenta falhas, reforçando a necessidade de padronização e implementação efetiva das recomendações. Com isso, o conhecimento atualizado dos critérios diagnósticos e das condutas atuais é essencial para reduzir complicações e melhorar os desfechos clínicos em pacientes com pancreatite aguda.

5. REFERÊNCIAS



EHSAN, M. et al. Aggressive Versus Moderate Fluid Replacement for Acute Pancreatitis: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *JGH Open*, v. 8, n. 12, 1 dez. 2024.

FERREIRA, A. DE F. et al. Acute pancreatitis gravity predictive factors: which and when to use them? ABCD. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 28, n. 3, p. 207–211, set. 2015.

GREENBERG, J. A. et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. *Canadian Journal of Surgery*, v. 59, n. 2, p. 128–140, 1 abr. 2016.

LEPPÄNIEMI, A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 14, n. 1, 13 jun. 2019.

SONG, Y.; LEE, S.-H. Recent Treatment Strategies for Acute Pancreatitis. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 4, p. 978–978, 8 fev. 2024.

SZATMARY, P. et al. Acute pancreatitis: Diagnosis and treatment. *Drugs*, v. 82, n. 12, p. 1251–1276, 8 set. 2022.

TENNER, S. et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 119, n. 3, p. 419–437, 7 nov. 2023.