

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS IN A PUBLIC HOSPITAL OF SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL

Lívia Goreth Galvão Serejo Álvares¹, Aldifran Ferreira da Silva², Anna Lívia Serejo da Silva³

Resumo

Introdução: A pancreatite aguda é considerada uma doença inflamatória, que pode se apresentar de forma leve, sendo autolimitada, na maioria das vezes, ou evoluir para forma grave com alta taxa de mortalidade. **Objetivo:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com diagnóstico de pancreatite aguda, que foram assistidos no serviço de urgência e emergência da rede municipal de São Luís (MA). **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e transversal, realizado em um serviço de urgência e emergência. Os dados foram coletados por meio dos prontuários de pacientes internados com pancreatite, no período de julho de 2009 a julho de 2011, onde foram analisados fatores como: sexo, idade, etiologia, comorbidades, exames de imagem e de laboratório, tempo de permanência e taxa de mortalidade. **Resultados:** Nos 40 prontuários, foram identificados 28 pacientes do sexo masculino e 12 pacientes do sexo feminino. A etiologia por abuso de álcool foi a mais comum com 35% dos casos, seguida de colelitíase (27,5%). A média de idade foi de 46,7 anos, e a mortalidade foi de 20%. **Conclusão:** A maioria dos pacientes foi procedente do interior do estado, com idade de 46,7 anos e do sexo masculino. O principal hábito de vida foi o etilismo, sendo a pancreatite aguda moderada mais frequente mesmo não sendo realizados critérios de classificação e/ou prognóstico.

Palavras-chave: Pancreatite aguda. Epidemiologia. Etilismo.

Abstract

Introduction: Acute pancreatitis is considered an inflammatory disease. Patients may present mild disease, being self-limiting most of the time, or evolve to severe form with high mortality rate. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients with a diagnosis of acute pancreatitis, who were assisted in the municipal emergency and urgency service of São Luís, Maranhão, Brazil. **Methods:** An observational, retrospective and cross-sectional study performed in a municipal service of urgency and emergency. The data were collected by using the medical records of patients admitted with acute pancreatitis during July 2009 to July 2011. We analyzed factors such as sex, age, etiology, comorbidity, laboratory and imaging tests, time of hospital stay and mortality rate. **Results:** We analyzed 40 medical records where we identified 28 male patients and 12 female patients. The most common etiology was the alcohol abuse with 35% of the cases followed by cholelithiasis (27.5%). The average age was 46.7 years, and the mortality rate was 20%. **Conclusion:** Most of patients came from the countryside of the state, being about 46.7 years old and male. The main habit of life was the alcoholism, being the moderate acute pancreatitis most frequent even not being performed classification criteria and/or prognosis.

Keywords: Acute Pancreatitis. Epidemiology. Alcoholism.

Introdução

A pancreatite aguda (PA) é considerada uma doença inflamatória em que se desenvolve uma cascata de eventos imunológicos, afetando não somente a patogênese, como todo o seu curso. Nos casos leves, pode ser autolimitada e medidas suportivas simples são usualmente suficientes para reverter o quadro. Mas, 25% dos pacientes podem evoluir para uma pancreatite grave, sendo associada a taxas de mortalidade de 30% a 50%¹.

A incidência de PA varia geograficamente e depende, sobretudo, da causa oscilando entre 4,8 e 24,2 pacientes por 100.000 habitantes. Excluindo-se os países asiáticos, onde os parasitas da árvore biliar constituem causa importante, cerca de 80% dos pacientes de pancreatite têm como causa a litíase biliar e o consumo de álcool, 10% resultam de causas variadas e

cerca de 10% permanecem de causa desconhecida².

Contudo, os mecanismos pelos quais esses fatores iniciam o processo ainda não estão completamente elucidados³. A magnitude das lesões pancreáticas geralmente correlaciona-se com a gravidade da doença, e é possível, nos dois primeiros dias da admissão, com base na apresentação clínica, na avaliação laboratorial de rotina e no exame tomográfico, classificar a doença em branda ou grave⁴.

Na forma branda (a grande maioria dos casos), as manifestações cursam com mínima repercussão sistêmica, que melhora com a reposição de líquidos e eletrólitos. O tratamento pode ser feito em enfermarias e pode ocorrer resolutividade da patologia em, aproximadamente, uma semana. Por outro lado, na forma grave, além das complicações locais, há falência de órgãos e sistemas distantes, o que, geralmente, não responde às medidas iniciais⁵.

¹. Docente do Departamento de Ciências Fisiológicas. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

². Docente do Departamento de Morfologia. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³. Graduanda do Curso de Medicina - Universidade CEUMA.

Contato: Lívia Goreth Galvão Serejo Álvares. E-mail: liviaserejo@terra.com.br

Não há um quadro clássico de pancreatite aguda, mas, no geral, acomete a faixa etária de 30 a 60 anos. Inicia com dor abdominal repentina, de localização epigástrica, distensão abdominal e outros sinais e/ou sintomas, acompanhada ou não de náuseas e vômitos⁶.

O diagnóstico de pancreatite aguda é baseado na apresentação clínica que pode ser muito variada, em exames laboratoriais e radiológicos específicos. Conforme a classificação de Atlanta, revisada, em 2008, o diagnóstico é feito na presença de, pelo menos, dois dos três itens a seguir: dor abdominal característica; amilase e/ou lipase sérica maior ou igual a três vezes o limite de referência; e achados característicos de pancreatite à tomografia computadorizada⁷.

Em termos terapêuticos, é necessário atuar em duas vertentes: a correção de fatores precipitantes e a intervenção sobre o processo inflamatório. A primeira vertente inclui procedimentos para retirada de cálculos, em alguns casos de pancreatite litíase, a suspensão da ingestão de álcool e/ou fármacos e a correção da hipertrigliceridemia⁸.

Em relação à pancreatite, propriamente dita, o tratamento é, sobretudo, de suporte. A reposição de fluidos por via endovenosa, o controle da dor e a suspensão da ingestão oral são, na maioria dos casos, suficientes⁸.

Os estudos epidemiológicos trazem informações sobre as características básicas da doença, que por sua vez, conduzem ao avanço da prática médica. Com o conhecimento da população atendida e comparação dos números locais, com dados de outros serviços, é possível se estabelecer protocolos de avaliação e tratamento para melhoria do atendimento.

O presente estudo tem por objetivo descrever as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes com diagnóstico de pancreatite aguda, que foram assistidos em um serviço de urgência e emergência em São Luís (MA).

Métodos

Estudo observacional, retrospectivo e transversal, realizado em um serviço de urgência e emergência, da rede municipal de São Luís (MA). A coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários de pacientes internados com pancreatite, no período de julho de 2009 a julho de 2011.

Foram analisados 40 prontuários de pacientes internados por pancreatite aguda, para tratamento clínico ou cirúrgico. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, procedência (capital ou interior do estado), hábitos de vida (tabagismo e etilismo), comorbidades (diabetes mellitus - DM, hipertensão arterial sistêmica - HAS, dislipidemia e colelitíase), tempo de seguimento, exames laboratoriais e exames de imagem (ultrassonografia e tomografia computadorizada), formas de tratamento (clínico ou cirúrgico) e desfecho (alta ou óbito).

O programa estatístico utilizado foi SPSS 16.0, para posterior tratamento estatístico descritivo. As variáveis quantitativas foram apresentadas através de média, mediana e desvio-padrão (frequência e medidas de tendência central e de dispersão). Foram adotados um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de $p \leq 0,05$.

Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Maranhão - CEUMA, com Protocolo N° 00649/11.

Resultados

Foram analisados 40 prontuários, onde foram identificados 28 pacientes do sexo masculino e 12 pacientes do sexo feminino. Em relação à idade, o mais jovem tinha 16 anos e o mais velho 82 anos, sendo a média de idade de $46,7 \pm 19,4$ anos. Quanto à procedência, 16 pacientes residiam na capital e 24 eram provenientes do interior do estado. A etiologia por abuso de álcool foi a mais comum (35%), seguida de colelitíase (27,5%). As comorbidades mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (22,5%), Diabetes mellitus tipo II (20%) e dislipidemia (7,5%), havendo registros de um mesmo paciente apresentar duas ou mais destas comorbidades associadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com pancreatite aguda. Hospital de Urgência e Emergência. São Luís - MA. 2011.

Características demográficas	n	%
Idade (anos)	46,70 (± 19,40)	-
Sexo		
Masculino	28	70,0
Feminino	12	30,0
Procedência		
São Luís (capital)	16	40,0
Interior do estado	24	60,0
Hábitos de vida		
Tabagista	07	17,5
Etilista	14	35,0
Comorbidades		
Diabetes	08	20,0
Hipertensão	09	22,5
Dislipidemia	03	07,5
Colelitíase	11	27,5

Os exames laboratoriais mostraram que em 31 pacientes (77,5%) foi realizada a dosagem de amilase, com média de $362,71 \pm 280,25$ e dosagem da lipase em 25 (62,5%) dos pacientes, com a média de $739,36 \pm 14,4$ (Tabela 2).

Tabela 2 - Características laboratoriais dos pacientes com pancreatite aguda. Hospital de Urgência e Emergência. São Luís - MA. 2011.

Características laboratoriais	n (±)	Varição
Amilase	362,71 (±280,25)	(38-1063)
Lipase	739,36 (±14,4?)	(17-4890)

Quanto aos exames de imagens, observou-se que a ultrassonografia foi realizada em 65% dos pacientes no momento da internação. Destes, 53,9% apresentaram exame normal, 41,7% apresentaram aumento de volume de pâncreas e 58,3% tinham líquido livre na cavidade abdominal. Com relação à tomografia computadorizada 72,5% pacientes a realizaram no momento da internação. Os achados tomográficos mais frequentemente encontrados foram: pâncreas focalmente aumentado (38%), pâncreas com borramento peripancreático (17,2%), pâncreas difusamente aumentado (24,1%) e pâncreas difusamente aumentado com necrose (20,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Exames de imagem dos pacientes com pancreatite aguda. Hospital de Urgência e Emergência. São Luís - MA. 2011.

Ultrassonografia abdominal	n	%
Normal	14	53,9
Alterado	12	46,1
Ascite moderada	07	58,3
Aumento de volume do pâncreas + contorno irregular	05	41,7
Tomografia abdominal		
Pâncreas focalmente aumentado	11	38,0
Pâncreas com borramento peripancreático	05	17,2
Pâncreas difusamente aumentado	07	24,1
Pâncreas difusamente aumentado com necrose	06	20,7

A média de internação foi de 13,90±0,35 dias. O tratamento clínico foi indicado em 32 (80%) dos pacientes e procedimentos cirúrgicos foram feitos em 8 (20%) pacientes. Trinta e dois (80%) pacientes receberam alta hospitalar após resolução do quadro de pancreatite, enquanto oito pacientes evoluíram para óbito (20%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Tratamento e evolução dos pacientes com pancreatite aguda. Hospital de Urgência e Emergência, São Luís - MA, 2011.

Tratamento	n	%
Clínico	32	80,0
Cirúrgico	08	20,0
Evolução		
Alta hospitalar	32	80,0
Óbito	08	20,0

Discussão

No presente estudo, a média de idade dos pacientes foi de 46,7 anos, sendo os homens mais frequentes. Estudo realizado por Toouli *et al.*,⁹ relataram que os homens eram mais acometidos que as mulheres, com idade entre 40 e 60 anos.

Apesar de homens e mulheres serem suscetíveis à pancreatite aguda, a incidência maior encontrada é no sexo masculino. Algumas diferenças entre os gêne-

ros são fortemente determinadas por exposições a fatores de risco¹⁰.

A proporção de pancreatite atribuída ao álcool e colecistite em todos os casos de pancreatite aguda varia consideravelmente nas diferentes regiões e países^{11,12}. Neste estudo, o consumo de álcool foi a causa mais importante de pancreatite aguda, seguida da colelitíase. Resultado semelhante foi encontrado na Hungria, onde a incidência de pancreatite alcoólica é maior que a colelitíase¹³. Entretanto a incidência de pancreatite por litíase biliar é a causa mais importante de PA na Grécia, Itália e Noruega^{13,14}.

A presença de hipertrigliceridemia foi encontrada para 7,5% dos pacientes. Uma grande coorte mostrou que a hipertrigliceridemia estava presente em 12% a 38% de todos os casos de pancreatite aguda, enquanto outro estudo mostrou uma prevalência menor, de apenas 1,3% a 3,8%^{15,16}.

Em 40 pacientes o valor médio da amilase e lipase foi de 362 UI e 739 UI, respectivamente. A dosagem da lipase sérica, tem sido destacada por sua maior sensibilidade e especificidade no diagnóstico de pancreatite aguda em comparação à amilase sérica^{17,18}. Em um estudo prospectivo com 253 pacientes, um dia após o início da dor, o nível de lipase sérica foi superior a duas vezes o limite de referência, com 94% de sensibilidade e 95% de especificidade para o diagnóstico de pancreatite aguda¹⁹.

A ultrassonografia transabdominal tem grande valor no exame das vias biliares, para diagnóstico de cálculos, dilatação das vias biliares e espessamento da vesícula biliar¹¹. Gases no intestino podem limitar a acurácia da imagem pancreática. Mas, se o pâncreas é visualizado, a imagem pode revelar aumento pancreático, alterações texturais e líquido peripancreático²⁰.

A tomografia computadorizada é o procedimento de imagem útil na diferenciação de pancreatite aguda grave, de outras condições abdominais que podem cursar com dor abdominal e elevação das enzimas pancreáticas, além de ajudar no diagnóstico das complicações da pancreatite aguda, bem como na presença e na quantificação da necrose pancreática e peripancreática²¹.

A tomografia computadorizada pode ser usada, ainda, como um marcador inicial da gravidade da doença e também de morbidade e mortalidade²².

No presente estudo, não se pôde estabelecer se os achados de tomografia computadorizada se correlacionavam com a classificação da pancreatite em leve, moderada ou grave, já que não foi possível classificar os pacientes em nenhum dos critérios reconhecidos devido à falta de informações nos prontuários pesquisados. Mesmo assim, havia a classificação nos prontuários sobre as diferentes formas, sendo a forma moderada, a mais frequente.

A maioria dos pacientes foi procedente do interior do estado do Maranhão. Habitualmente estes pacientes oriundos do interior do estado levam algumas horas para se deslocar de suas cidades até a capital, além de serem transportados em ambulâncias simples que não oferecem uma estrutura mínima para suporte clínico adequado. A previsão precoce da gravidade desta patologia tem implicações importantes para uma intervenção terapêutica adequada e correta gestão destes doentes²³.

Neste estudo a média de permanência foi semelhante aos resultados encontrados por Rockenbach *et al.*,²⁴ que observaram a média de internação de 12 a 93 dias. Cambreá *et al.*,²⁵ constataram uma média de 9,1 dias, variando de 1 a 31 dias o tempo de permanência hospitalar.

A taxa de mortalidade encontrada no grupo de pacientes graves foi semelhante aos resultados encontrados por Goldacre e Roberts²⁶ e Makela *et al.*,²⁷ que mostraram uma prevalência em torno de 10% a 20% dos casos severos 10% a 30% e mortalidade alta em casos de

internação mais prolongada mesmo em tratamento intensivo. Embora a taxa de mortalidade da pancreatite aguda tenha diminuído nas últimas décadas, ela ainda se mantém elevada no subgrupo dos doentes que desenvolvem a doença grave¹³.

A maioria dos pacientes foi procedente do interior do estado, com idade de 46,7 anos e do sexo masculino. O principal hábito de vida foi o etilismo, sendo a pancreatite aguda moderada mais frequente, mesmo não sendo realizados critérios de classificação e/ou prognóstico.

Referências

- Schneider L, Büchler MW, Werner J. Acute pancreatitis with an emphasis on infection. *Infect Dis Clin North Am*, 2010; 24(4): 921-941.
- Steinberg W, Tenner S. Acute pancreatitis. *N England J Med*, 1994; 330(17): 1198-1210.
- Forsmark CE, Baillie J. AGA Institute Medical Position Statement on Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*, 2007; 132(5): 2022-2044.
- Balthazar EJ. Complications of acute pancreatitis: Clinical and CT evaluation. *Radiol Clin North Am*, 2002; 40(6): 1211-1227.
- Bradley EL. Acute pancreatitis: Assessment and treatment of severe acute pancreatitis. *Digestion*, 1999; 60(Suppl. 1): 19-21.
- Santos JS, Elias-Júnior J, Scarpelini S, Sankarankutty AK. Pancreatite aguda: atualização de conceitos e condutas. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 2003; 36(2-4): 266-282.
- Acute Pancreatitis Classification Working Group: revision of the Atlanta Classification of Acute Pancreatitis (3rd revision based on worldwide review / suggestions). 2008.
- Rosa I, Pais MJ, Fátima C, Queiroz A. Pancreatite aguda: atualização e proposta de protocolo de abordagem. *Acta Med Port*, 2004; 17(4): 317-324.
- Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, Locke DC, Telford J, Freeny P, *et al.* Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol*, 2002; 17(1): 15-39.
- Yang AL, Vadavkar S, Singh G, Omary MB. Epidemiology of alcohol-related liver and pancreatic disease in the United States. *Arch Intern Med*, 2008; 168(6): 649-656.
- Steer ML. How and where does acute pancreatitis begin? *Arch Surg*, 1992; 127(11): 1350-1353.
- Birgisson H, Moller PH, Birgisson S, Thoroddsen A, Asgeirsson KS, Sigurjonsson SV, *et al.* Acute pancreatitis: prospective study of its incidence, a etiology, severity, and mortality in Iceland. *Eur J Surg*, 2002; 168(5): 278-282.
- Vege SS. Predicting the severity of acute pancreatitis. 2011. [cited 2012 18 Apr]. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis>.
- Gislason H, Horn A, Hoem D, Andren-Sandberg A, Imsland AK, Soreide O, *et al.* Acute pancreatitis in Bergen, Norway: a study on incidence, etiology, and severity. *Scand J Surg*, 2004; 93(1): 29-33.
- Gullo L, Migliori M, Olah A, Farkas G, Levy P, Arvanitakis C. Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality. *Pancreas*, 2002; 24(3): 223-227.
- Toskes PP. Hyperlipidemic pancreatitis. *Gastroenterol Clin North Am*, 1990; 19(4): 783-791.
- Lowenfels AB, Maisonneuve P, DiMaggio EP, Elitsur Y, Gates LK Jr, Perrault J. Hereditary pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Hereditary Pancreatitis Study Group. *J Natl Cancer Inst*, 1997; 89(6): 442-446.
- Brown A, James-Stevenson T, Dyson T, Grunckenmeier D. The panc 3 score: a rapid and accurate test for predicting severity on presentation in acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*, 2007; 41(9): 855-858.
- Keim V, Teich N, Fiedler F, Hartig W, Thiele G, Mössner J. A comparison of lipase and amylase in the diagnosis of acute pancreatitis in patients with abdominal pain. *Pancreas*, 1998; 16(1): 45-49.
- Norton SA, Alderson D. Endoscopic ultrasonography in the evaluation of idiopathic acute pancreatitis. *Br J Surg*, 2000; 87(12): 1650-1655.
- Spanier BW, Nio Y, Van der Hulst RW, Tuynman HA, Dijkstra MG, Bruno MJ. Practice and yield of early CT scan in acute pancreatitis: a Dutch observational multicenter study. *Pancreatol*, 2010; 10(2-3): 222-228.
- Balthazar EJ, Ranson JHC, Naidich DP, Megobow AJ, Caccavale R, Cooper MM. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. *Radiology*, 1985; 156(3): 767-772.
- Khan AA, Parekh D, Cho Y, Ruiz R. Improved prediction of outcome in patients with severe acute pancreatitis by the APACHE II score at 48 hours after hospital admission compared with the APACHE II score at admission. *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. Arch Surg*, 2002; 137(10): 1136-1140.
- Rockenbach R, Russi R, Sakae T, Becker A, Fontes P. Perfil dos pacientes internados com pancreatite aguda nos serviços de gastroenterologia clínica e cirurgia geral do Hospital Santa Clara - RS de 2000 a 2004. *Arq Catarin Med*, 2006; 35(4): 25-35.
- Cambreá MF, Francischelli RT, Oliveira ME, Daud EO. Pancreatite aguda: experiência em hospital geral. *Rev Med Ana Costa*, 2007; 12(1): .
- Goldacre MJ, Roberts SE. Hospital admission for acute pancreatitis in an English population, 1963-98: database study of incidence and mortality. *BMJ*, 2004; 328(7454): 1466-1469.
- Mäkelä JT, Eila H, Kiviniemi H, Laurila J, Laitinen S. Computed tomography severity index and C-reactive protein values predicting mortality in emergency and intensive care units for patients with severe acute pancreatitis. *Am J Surg*, 2007; 194(1): 30-34.