

# Pancreatite aguda: manejo em um paciente idoso

*Acute pancreatitis: management in an elderly patient*

Danilo Devezas Souza

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[danilodevezas@gmail.com](mailto:danilodevezas@gmail.com)

Guilherme Araujo Bertazzo

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[guilhermearaujobertazzo@hotmail.com](mailto:guilhermearaujobertazzo@hotmail.com)

Augusto Brandão Heraclio Marques

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[guheraclio@yahoo.com](mailto:guheraclio@yahoo.com)

Henrique Rivera Simões

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[henriquiverasimoes@hotmail.com](mailto:henriquiverasimoes@hotmail.com)

Pedro do Carmo Ferraz

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[pedroferraz.med@gmail.com](mailto:pedroferraz.med@gmail.com)

Virgínia Valitutto Duncan Rangel

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[virginia.duncan.rangel@gmail.com](mailto:virginia.duncan.rangel@gmail.com)

## RESUMO

A pancreatite aguda é caracterizada por um processo inflamatório do pâncreas por ativação intracelular e extravasamento de enzimas proteolíticas que danificam os tecidos do pâncreas. O seu diagnóstico inicia-se com a história clínica e exame físico do paciente. O artigo tem por objetivo relatar o manejo de um caso no qual um paciente idoso foi diagnosticado com pancreatite aguda. O manejo do paciente com pancreatite aguda precisa ser realizado dentro do período de 48 a 72h da admissão, principalmente em pacientes idosos, pois as decisões terapêuticas podem alterar o curso da doença dentro desse período.

**Palavras-chave:** Pancreatite aguda; Geriatria; Cuidado em Saúde

## ABSTRACT

*Acute pancreatitis is characterized by an inflammatory process of the pancreas by intracellular activation and extravasation of proteolytic enzymes that damage pancreas tissues. Its diagnosis begins with the clinical history and physical examination of the patient. The article aims to report the management of a case in which an elderly patient was diagnosed with acute pancreatitis. Management of patients with acute pancreatitis needs to be carried out within 48 to 72 hours of admission, especially in elderly patients, as therapeutic decisions can change the course of the disease within this period.*

**Keywords:** Acute pancreatitis; Geriatrics; Health Care

## 1 CONTEXTO

A pancreatite aguda é considerada uma das doenças mais comuns de acometimento do trato gastrointestinal, sendo caracterizada por um processo inflamatório do pâncreas por ativação intracelular e extravasamento de enzimas proteolíticas que danificam os tecidos do pâncreas. Cerca de 80% dos casos de pancreatite aguda são causados por etilismo ou por litíase biliar. A doença possui um amplo espectro de manifestações clínicas variando de um leve desconforto abdominal até mesmo a um quadro sistêmico grave que pode levar o paciente ao óbito se não tratado a tempo, principalmente em pacientes idosos (SOUZA et al., 2016; OKABAYASHI et al., 2020).

O diagnóstico da pancreatite aguda inicia-se com a história clínica e exame físico do paciente. Os sintomas indicativos da doença são: dor epigástrica ou abdominal, náuseas ou vômitos e distensão abdominal. Utiliza-se também os níveis séricos de amilase e lipase, que devem estar três vezes acima do limite superior da normalidade. Por fim utiliza-se um exame de imagem para a confirmação, recomenda-se a realização de ultrassonografia abdominal para todos os pacientes com a primeira apresentação de pancreatite aguda, dor abdominal típica, aumento da amilase e lipase pancreática, entre 48-72 h, mas o padrão ouro é a tomografia computadorizada de abdome com contraste venoso, realizada em até 48h do início dos sintomas (BANKS et al., 2013; OKABAYASHI et al., 2020).

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente estudo trata-se de um relato de caso. Foram consultadas as bases de dados: SciELO, Google Acadêmico e PubMed, para a construção da fundamentação teórica e enriquecimento da discussão. As informações sobre o paciente foram obtidas através da consulta e análise de prontuário médico no Hospital Municipal Dr Munir Rafful (HMMR), localizado no município de Volta Redonda – RJ. A coleta de dados foi realizada após o estudo ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniFOA. Foram obtidas informações clínicas referentes a evolução médica, prescrições, exames, diagnóstico e prognóstico. Posteriormente as informações foram comparadas com a literatura previamente levantada sobre o assunto para a construção da discussão do presente trabalho. O caso apresentado faz parte do Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.523.

Paciente masculino, 73 anos, chegou ao pronto-socorro hospitalar dia 14/10/22 através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) apresentando um quadro de mialgia há 24h, evoluindo com febre, vômitos e dispneia. Nega sintomas gripais, alterações urinárias e demais queixas. Relata que já apresenta dores abdominais difusas a cerca de 1 ano, no entanto apresentou piora significativa nos últimos 7 dias, chegando a comparecer nesta mesma unidade hospitalar há 5 dias devido a tal dor, na data foi prescrito medicação sintomática e o paciente foi liberado, retornando então com piora do quadro. Paciente possui um histórico de Infarto Agudo do Miocárdio com realização de angioplastia há 60 dias, está em uso de ácido acetil salicílico, clopidogrel, carvedilol e sinvastatina e nega quaisquer alergias. Paciente é ex-tabagista, cessou há 60 dias e nega consumir bebida alcoólica. Após estabilização do quadro inicial paciente foi encaminhado ao CTI visando uma monitorização intensiva e suporte adequado pela idade do paciente.

Ao exame físico apresentou: - **Sinais Vitais:** Pressão arterial sistêmica: 130x80 mmHg. Frequência Cardíaca: 85 bpm. Frequência Respiratória: 18 irpm. Temperatura: 38,6°C. Saturação de O<sub>2</sub>: 98%. Hemoglicoteste: 98mg/dl. - **Exame Ectoscópico:** Paciente em regular estado geral, lúcido, orientado, hidratado, hipocorado 2+/4, eupneico em cateter nasal O<sub>2</sub> – 03L/min, febril, acianótico, ictérico 1+/4. - **Ausculta Cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros e/ou extrassístoles. - **Ausculta Respiratória:** Murmúrio vesicular reduzido universalmente, sem esforço respiratório em cateter nasal O<sub>2</sub> – 03L/min.

- **Exame Abdominal:** Abdômen flácido, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente, Sem sinais de irritação peritoneal. Ausência de visceromegalias ou massas palpáveis. Ruídos hidroaéreos presentes. Sinais de Murphy e Blumber negativos. - **Membros inferiores:** Sem edema, panturrilhas livres, pulsos presentes, sem sinais de TVP.

Foram solicitados exames laboratoriais (hemograma completo, sódio, potássio, ureia, creatinina, amilase, lipase, magnésio, cloro, gama GT, fosfatase alcalina, TGO, TGP, bilirrubinas total e frações) e uma tomografia computadorizada do abdome total.

### 3 DADOS COMPLEMENTARES

#### Exames Laboratoriais (Data:15/10/2022):

Hemácias: **4,16** x10<sup>6</sup>/uL | Hemoglobina: **13,4** g/dl | Hematócrito 39,2% | VCM: 94,2 fL | HCM: 32,2 pg | CHCM: 34,2 g/dl | RDW: 14,0% | Leucócitos: 10560uL | Bastonetes: 4,0% | Segmentados: 76,0% | Eosinófilos: 1,0% | Linfócitos: 27,2% | Monócitos: 12,7% | Plaquetas: 210.000uL | Vol. Plaq. Médio: 8,4fl | Sódio: 143 mmol/L | Potássio: 4,2 mmol/L | Ureia: **84** mg/dL | Creatinina: 1,20 mg/dL | Amilase: **429** U/L | Lipase: **3547** U/L | TGO: **88** U/L | TGP: **221** U/L | Gama GT: **759** U/L | Fosfatase alcalina: **317** U/L | Bilirrubina Total: **3,44** mg/dL | Bilirrubina Direta: **2,78** mg/dL | Bilirrubina Indireta: 0,66

#### Colangiressonância Magnética (Data: 18/10/2022):

**Impressão Diagnóstica:** colelitíase com coledocolitíase distal discretamente obstrutiva, sem sinais de colicistite aguda.

#### Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (Data: 21/10/2022):

Indicação: coledocolitíase

Passagem do aparelho até 2° porção duodenal, sem intercorrências, visualizada papila tópica, com óstio papilar recoberto por mucosa normal. Tentativa de cateterização biliar sem sucesso. Optou-se pela realização de fistulo papilotomia para acesso biliar com sucesso. Cateterizado via biliar seletivamente, após contração observa-se discreta dilatação de via biliar extra-hepática com hepato-colédoco medindo até 0,9 cm. Observa-se afilamento regular de colédoco distal intra pancreático, sem configurar área de estenose. Pela clínica do paciente optou-se por ampliação da fistulo papilotomia, sem intercorrências. Realizada varredura biliar com auxílio de cateter balão com saída de lama biliar. Ao final do exame observa-se boa drenagem biliar. Discreta dilatação de via biliar extra-hepática. Fistulo papilotomia. Varredura biliar. Ausência de líquido livre ou coleções na cavidade peritoneal.

### 4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Diante do quadro clínico do paciente, uma das hipóteses diagnósticas era pancreatite aguda e tal diagnóstico é realizado quando com base em três critérios (1. Dor abdominal condizente com pancreatite aguda; 2. aumento dos valores séricos de amilase ou lipase em pelo menos três vezes o limite superior da normalidade; 3. Imagem radiológica compatível com pancreatite aguda.). Se pelo menos dois dos três critérios estiverem presentes, o diagnóstico está confirmado (FOSTER et al., 2016). O paciente apresentava dor abdominal condizente e valores séricos de amilase e lipase três vezes o limite superior da normalidade, portando foi confirmado a diagnóstico de pancreatite aguda. Ademais, os valores séricos de gama

GT, fosfatase alcalina, TGO, TGP e bilirrubinas total e frações, corroboraram a hipótese de pancreatite aguda ocasionada por um quadro de coledocolitíase. Posteriormente foi solicitado uma ultrassonografia abdominal para avaliar a presença de cálculos na vesícula biliar e uma colangiressonância magnética para avaliar a presença de cálculos nas vias biliares. Os exames confirmaram tal hipótese e paciente foi encaminhado para realizar uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para desobstrução do colédoco 21/10/22. Após realizar a desobstrução, a equipe de cirurgia geral julgou necessário realizar uma colecistectomia, no entanto, o risco cirúrgico não foi aprovado pela equipe de cardiologia devido a procedimento de angioplastia recente. O paciente recebeu alta para enfermaria de clínica médica no dia 22/10/22 e seguiu em observação até 28/10/22 quando recebeu alta hospitalar e foi encaminhado para o acompanhamento no ambulatório de egressos no Anexo do Unifoa do HMMR até que fosse favorável realizar a colecistectomia.

## 5 DISCUSSÃO

A discussão sobre o manejo do paciente com pancreatite aguda destaca que o tratamento deve ser realizado dentro de 48 a 72 horas da admissão, especialmente em pacientes idosos, pois as decisões terapêuticas nesse período podem alterar significativamente o curso da doença. O tratamento inicial, como realizado no paciente deste caso, inclui monitorização, hidratação, otimização do balanço eletrolítico, suporte calórico adequado, início do suporte nutricional enteral e antibioticoterapia quando necessário. Pacientes com pancreatite aguda grave ou mais fragilizados, como os idosos, devem ser encaminhados para a UTI para monitorização intensiva e suporte adequado, permitindo uma rápida reposição volêmica que evite o desequilíbrio hidroeletrólítico, além do suporte nutricional, analgesia efetiva e detecção precoce para a correção rápida de distúrbios sistêmicos (BANKS et al., 2013; FOSTER et al., 2016; SOUZA et al., 2016; OKABAYASHI et al., 2020).

Em pacientes idosos, a apresentação clínica de pancreatite aguda pode ser atípica, dificultando o diagnóstico. É essencial considerar diagnósticos diferenciais que apresentam sintomas semelhantes para evitar atrasos no tratamento adequado. Entre os principais diagnósticos diferenciais incluem-se: colecistite aguda, doença péptica ulcerosa, infarto mesentérico, apendicite, obstrução intestinal, hepatite aguda, neoplasias pancreáticas ou periampulares e insuficiência cardíaca congestiva. Cada uma dessas condições pode causar dor abdominal e outros sintomas semelhantes à pancreatite, exigindo uma avaliação clínica detalhada, história médica completa e o uso de exames laboratoriais e de imagem apropriados para alcançar um diagnóstico preciso e proporcionar o tratamento adequado ao paciente idoso (BANKS et al., 2013; FOSTER et al., 2016; SOUZA et al., 2016; OKABAYASHI et al., 2020).

Embora a colangiressonância magnética (CRM) do paciente não tenha evidenciado cálculos na via biliar, mas apenas coledocolitíase, a decisão de submetê-lo a uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) foi fundamentada em fatores clínicos e diagnósticos adicionais. A CPRE não é um exame de rotina na pancreatite aguda, mas pode ser indicada em casos específicos. No caso deste paciente, alguns pontos justificam a escolha: sinais clínicos de obstrução biliar, como icterícia e elevação significativa dos níveis séricos de bilirrubina direta, gama GT e fosfatase alcalina, sugeriram a possibilidade de coledocolitíase não detectada pela CRM. Além disso, o paciente apresentou níveis extremamente elevados de amilase e lipase, compatíveis com pancreatite aguda, e a persistência dos sintomas, mesmo após medidas iniciais de suporte, indicava a necessidade de uma intervenção mais agressiva para identificar e tratar a causa subjacente (BANKS et al., 2013; FOSTER et al., 2016; SOUZA et al., 2016; OKABAYASHI et al., 2020).

## 6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1) Homem de 52 anos foi internado com pancreatite aguda após quadro de contusão abdominal. Após quatro meses, persiste a dor epigástrica, mas ele é capaz de ingerir alimentos sólidos. O nível de amilase é de 270 UI/L (normal 30- 118 UI/L). O diagnóstico mais provável é:

- a) Pseudocisto pancreático
- b) Pancreatite crônica
- c) Diverticulite
- d) Peritonite bacteriana

**Resposta:** a) | Fonte: SOUZA, G.D., et al. Entendendo o consenso internacional para as pancreatites agudas: classificação de Atlanta 2012. ABCD Arq Bras Cir Dig. v. 29, n. 3, p. 206-210, 2016.

2) G.S.V, 64 anos, masculino, pardo, advogado, procurou atendimento no serviço de emergência com queixa de uma dor abdominal que começou depois de retornar para casa de uma confraternização, tendo se alimentado com salgadinhos e bebido cervejas. A dor é constante, localizada na parte superior do abdome e refere irradiar para as costas. Diante do quadro clínico do paciente, marque a alternativa que apresente três critérios que indique um possível diagnóstico de pancreatite aguda.

a) Dor abdominal condizente com pancreatite aguda; aumento dos valores séricos de amilase ou lipase em pelo menos três vezes o limite superior da normalidade; Imagem radiológica compatível com pancreatite aguda.

b) Dor abdominal condizente com pancreatite aguda; aumento dos valores séricos de amilase ou lipase em pelo menos 2 vezes o limite superior da normalidade; Imagem radiológica compatível com pancreatite aguda.

c) Dor abdominal condizente com pancreatite aguda; aumento de fosfatase alcalina e gama gt; Imagem radiológica compatível com pancreatite aguda.

d) Dor abdominal condizente com pancreatite aguda; aumento de fosfatase alcalina e gama gt; Imagem radiológica sem alterações.

**Resposta:** a) | Fonte: PETER A BANKS. Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Bmj Gut - Gastroenterology Journal, Atlanta, v. 62, n. 1, p. 102-111, 25 out. 2012.

3) Na pancreatite aguda, qual exame de imagem deve ser utilizado?

**Resposta:** Recomenda-se a realização de ultrassonografia abdominal para todos os pacientes com a primeira apresentação de pancreatite aguda, dor abdominal típica, aumento da amilase e lipase pancreática, entre 48-72h. A análise da morfologia pancreática pela tomografia computadorizada permite realizar o diagnóstico, determinar a extensão e severidade do quadro, sendo considerada o padrão ouro. A ressonância magnética é o exame de escolha para casos que há contraindicações à tomografia computadorizada. Fonte: SOUZA, G.D., et al. Entendendo o consenso internacional para as pancreatites agudas: classificação de Atlanta 2012. ABCD Arq Bras Cir Dig. v. 29, n. 3, p. 206-210, 2016.

## REFERÊNCIAS

BANKS, Peter A. et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. **Gut - Gastroenterology Journal**, Atlanta, v. 62, n. 1, p. 102-111, 2013.

FOSTER, Bryan R. et al. Revised Atlanta classification for acute pancreatitis: a pictorial essay. **Radiographics**, v. 36, n. 3, p. 675-687, 2016.

OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka et al. Pancreatite aguda grave: diagnóstico e tratamento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17487-17506, 2020.

SOUZA, Gleim Dias de et al. Entendendo o consenso internacional para as pancreatites agudas: classificação de Atlanta 2012. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 29, p. 206-210, 2016.