

PANCREATITE AGUDA NECROSANTE INFECTADA ASSOCIADA A UMA ABORDAGEM TARDIA: UM RELATO DE CASO

Milene Oliveira Cuissi¹; Natália Barbosa Pimenta¹; Isabelle Batista de Oliveira¹; Natieli Kazue Aida¹; Vanessa Palma Favaro¹; Renato Rubia Garcia Júnior¹; Lourival Freire Dutra Junior¹; Daniel Miguel Mauro²

¹ (Universidade Estadual de Londrina);

² (Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Londrina)

Autor para correspondência: milene.oliveira@uel.br

Palavras-chave: Diagnóstico; Infecções; Pancreatite Necrosante Aguda; Terapêutica.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é causada principalmente por obstrução litíase do ducto pancreático e processos metabólicos consequentes da ingestão abusiva de álcool, que podem resultar em um processo inflamatório no órgão^{1,2}. Sua forma grave implica em necrose, devido à hipóxia e isquemia tissular, que destroem os lóbulos e ductos pancreáticos. O fator mais importante para o agravamento é a presença de infecção, pois pode levar a uma disfunção orgânica múltipla, com uma taxa de letalidade de 80%, evidenciando seu aspecto não benigno³.

OBJETIVOS

Assim, objetiva-se relatar um caso de pancreatite aguda necrosante infectada (PANI).

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 58 anos, refere dor em abdome superior há dois dias, de intensidade dez, associada a vômitos. Apresenta um histórico de hipertensão arterial e etilismo (1,5L de cerveja/dia). Ao exame físico, foi encontrado abdome globoso e dor a palpação superficial difusamente. Quantificada proteína C reativa (PCR) sérica, mostrou-se aumentada com 369 mg/L e realizada tomografia computadorizada (TC) 48h após a admissão, sinalizou PA sem necrose (Balthazar C), colelitíase, esteatose hepática e pequeno derrame pleural bilateral. A internação foi realizada para observação e tratamento do paciente através de jejum e posterior liberação de dieta conforme aceitação. Após 13 dias, houve uma piora clínica e nova TC constatou sinais de PANI (Balthazar E). Foi executada laparotomia exploratória associada à drenagem de abscesso pancreático, com peritoniotomia e aplicação de curativo à vácuo. Quatro dias após a cirurgia, houve o fechamento de peritoniotomia e introdução de dreno em leito pancreático. Sete dias após o último procedimento, o paciente passou por uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica e posteriores drenagens de coleção epigástrica e retroperitoneal, com administração de antibioticoterapia escalonada: Ceftazidima, Avibactam, Metronidazol e depois Meropenem e Polimixina B, além de dieta parenteral. Após as intervenções, nova TC de abdome demonstrou melhora das coleções e evoluiu com alta após 57 dias de hospitalização.

DISCUSSÃO

O critério de Balthazar, utilizado para o diagnóstico, varia de A até E e é baseado em achados da TC. A classificação E é a mais grave e caracteriza-se pela identificação de fluido intra ou extrapancreático em duas ou mais localidades com a presença de gases peripancreático (Figura 1), achado este associado à infecção bacteriana que se estabelece na região isquêmica da glândula, originadas possivelmente do trato gastrointestinal. Quando há necrose, como ocorreu neste relato, a taxa de morbidade esperada é de 92%.

Ademais, a PCR acima de 150mg/L é um bom marcador sérico para estimar a severidade da inflamação pancreática.^{2,3} Recentemente, o manejo inicial de pacientes com PA se reestruturou, visto que a estabilização, acompanhamento do quadro e posterior abordagem cirúrgica em casos graves, denota um melhor prognóstico se comparado com uma intervenção invasiva precoce¹.

Assim, a abordagem tardia por laparotomia, após detecção de necrose e infecção no caso relatado é salvaguardada pela literatura recente.

CONCLUSÃO

Portanto, a associação de exames é indicada para realização de diagnóstico, enquanto a abordagem cirúrgica é reservada para pacientes com coleta necrótica aguda infectada e/ou deterioração clínica.

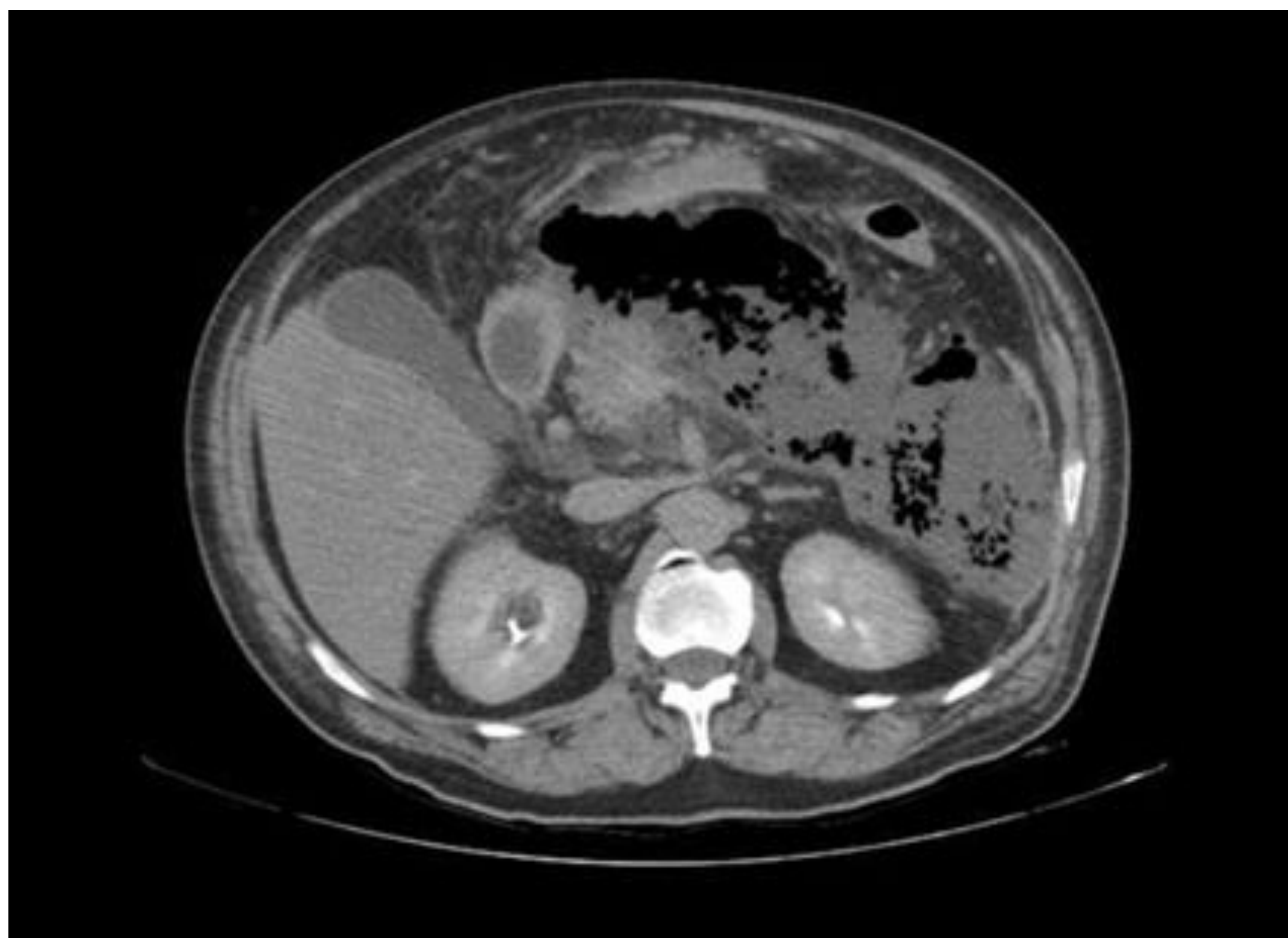


Figura 1: Tomografia computadorizada de abdome com acúmulo de líquido peripancreático difuso e com componente gasoso de permeio. Achados compatíveis com pancreatite aguda com necrose infectada (Balthazar E).

REFERÊNCIAS

1. Rasslan R, Novo F da CF, Bitran A, Utiyama EM, Rasslan S. Management of infected pancreatic necrosis: state of the art. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2017Sep;44(5):521–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017005015>.
2. FERREIRA de F, BARTELEGA JA, URBANO HC de A, SOUZA IKF de. ACUTE PANCREATITIS GRAVITY PREDICTIVE FACTORS: WHICH AND WHEN TO USE THEM?. ABCD, arq bras cir dig [Internet]. 2015Jul;28(3):207–11. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202015000300016>.
3. Carneiro MC, Siqueira-Batista R. O mosaico patogênico da pancreatite aguda grave. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2004Nov;31(6):391–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912004000600011>.