

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED WITH ACUTE PANCREATITIS IN UNIVERSITY HOSPITAL

Gustavo Bueno Rosetti **BERNABÉ**¹, Bruno Vicente Gomes de **CASTRO**¹, Carlos Roberto **NAUFEL** Jr.²

Rev.Méd.Paraná/1335

Bernabé GBR, Castro BVG, Naufel CR. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Internados com Pancreatite Aguda em um Hospital Universitário. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):29-33.

RESUMO - Analisar as características epidemiológicas, etiológicas, e comparar outros dados com o que é descrito na literatura, a fim de identificar o perfil dos pacientes. Durante o período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2012, analisaram-se 64 prontuários de pacientes diagnosticados com pancreatite aguda, internados em um Hospital Universitário de Curitiba. Avaliaram-se os seguintes dados nos prontuários: sexo, idade, etiologia, sintomas iniciais, tempo do início dos sintomas, uso da nutrição parenteral, dias de jejum, tipos de tratamento cirúrgico, antibióticos utilizados, tempo de antibioticoterapia e mortalidade. Encontrou-se uma prevalência de 68,8% casos de pancreatite aguda de origem biliar, sobre 17,2% casos de etiologia idiopática e 9,4% de etiologia alcoólica. A idade média encontrada foi 48 anos. Houve uma predominância de pacientes do sexo feminino. O sintoma inicial encontrada com maior frequência foi dor abdominal (90,6%). A média dos dias de internamento foi de 11,5 dias. A antibioticoterapia mais utilizada foi a associação ceftriaxona e metronidazol. Foi necessário o tratamento cirúrgico em 35% dos doentes e a cirurgia mais frequente foi a colecistectomia. A taxa de mortalidade correspondeu a 9,6%. O perfil dos pacientes foi estudado, bem como suas características.

DESCRIPTORIOS - Pancreatite, Epidemiologia, Etiologia.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é descrita na história como a responsável pela morte de Alexandre o Grande (323 a.C.), quando ele tinha 33 anos, em um quadro de PA necrotizante secundária a ingestão pesada de álcool e alimentos ricos em gordura. Em 1856 Claude Bernard induziu PA em um cão e demonstrou a capacidade das secreções pancreáticas em digerir carboidratos e gorduras. No final do século XIX, Chiari propôs que a autodigestão do pâncreas seria o principal mecanismo responsável por esta doença¹.

A PA é uma doença inflamatória aguda, onde 70 a 80% dos casos tem um curso benigno². Ela pode cursar com a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), com uma significativa morbidade e mortalidade em 20% dos pacientes¹. As condutas e manejos a serem tomados na PA são bem concretizados na literatura. Porém ainda hoje se discute muito a etiologia e a epidemiologia desta patologia,

que muda conforme a localização geográfica.

A incidência anual da PA varia entre 5,4 a 79,8 por 100.000 habitantes, essa variação depende da região e da população estudada². Na Holanda e no Reino Unido a incidência é de 10 a 24 casos por 100.000 habitantes, enquanto nos Estados Unidos a incidência varia de 35 a 73 casos por 100.000 habitantes. A etiologia também muda conforme a região estudada, na Inglaterra e em Hong Kong a PA com origem por doença biliar predomina, nos EUA e na Finlândia a PA com causa alcoólica é a mais prevalente^{3,4}, porém 10% das pancreatites continuam como causa idiopática¹.

A etiologia da PA inclui: cálculo nos ductos biliares; uso crônico do álcool; pós colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; trauma; induzida por drogas; infecções; hereditária; hipercalcemia; hipertrigliceridemia; malformações; tumores; pós-operatória; auto-imune¹.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) e Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, PR, Brasil.

1 - Doutorandos do curso de medicina da Faculdade Evangélica do Paraná

2 - Cirurgião Geral - Membro do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

O diagnóstico radiológico para PA serve para elucidar a etiologia da doença, como pedras na vesícula e calcificação do pâncreas, sendo recomendado a realização de ultra sonografia em todos os pacientes com PA. Um exame que se pode lançar mão é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica observando os ductos biliares e pancreáticos, podendo ser realizada papilotomia em casos de obstrução. Parte importante no tratamento é a ressuscitação com fluidos, jejum e analgesia^{5,7}.

Tendo em vista a importância da prevenção e identificação desta doença na população, este trabalho vem para ampliar dados sobre a PA e compará-lo com a literatura de outros países.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com a análise de prontuários de 64 indivíduos diagnosticados com PA, internados no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2012 no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Avaliaram-se os seguintes dados: sexo, idade, etiologia, sintomas iniciais, tempo do início dos sintomas, uso da nutrição parenteral, dias de jejum, tipos de tratamento cirúrgico, antibióticos utilizados, tempo de antibioticoterapia e mortalidade.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba sob o número 11968/11.

Os dados obtidos foram coletados em planilhas sendo submetidos à análise através do programa Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

A análise dos 64 prontuários de pacientes diagnosticados com PA permitiu a estratificação da etiologia mostrando a predominância da forma biliar (68,8%), seguida da forma idiopática e alcoólica (17,2 e 9,4% respectivamente). Houve ainda 1 caso de PA por ferimento traumático por arma de fogo e 2 casos por hipertrigliceridemia (Tabela 1).

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA PANCREATITE AGUDA CONFORME ETIOLOGIA.

Etiologia	Frequência	Percentual
Biliar	44	68,8
Idiopática	11	17,2
Alcoólica	6	9,4
Outras*	3	4,7
Total64	100,0	

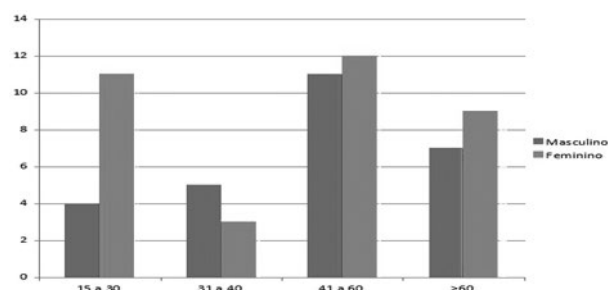
*Trauma-ferimento por arma de fogo (1); hipertrigliceridemia (2)

A média das idades foi de 48 anos e a mediana de 47,5. Sendo que a idade mínima foi de 17 anos ao passo que a máxima foi de 91 anos. Houve a predominância do sexo feminino, 57,8% (37 casos) contra

42,2% (27 casos) masculinos.

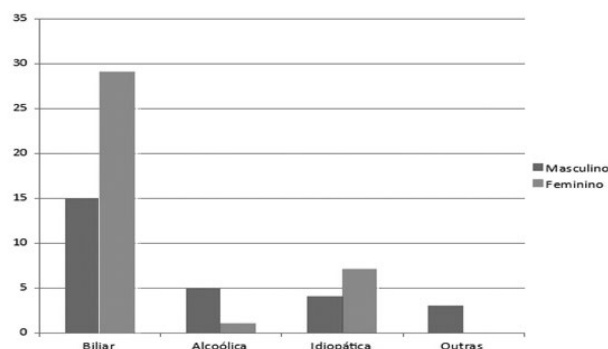
É possível perceber que a maior parte dos homens afetados possui entre 41 e 60 anos de idade. Já no sexo feminino a prevalência é bimodal nas idades de 15 a 30 anos e também entre 41 a 60 anos. Nos idosos acima de 60 anos, o sexo feminino se sobressaiu. O grupo de mulheres de 41 a 60 anos foi a maior população encontrada, correspondendo a 18,75% (Figura 1).

GRÁFICO 1 - IDADE VERSUS SEXO



É possível notar que na forma biliar, a prevalência foi feminina, alcançando 65,9% (29 pessoas), a forma alcoólica obteve predominância masculina (83,3%), havendo apenas 1 mulher afetada. Das pancreatites idiopáticas, 63,3% pertenceram ao sexo feminino, havendo apenas 4 homens afetados (Figura 2).

GRÁFICO 2 - ETIOLOGIA VERSUS SEXO



Outras variáveis avaliadas foram os dias de internamento e o tempo de início dos sintomas. Podemos observar que a média dos dias de internamento foi de 11,5 dias, sendo que o tempo máximo foi de 60 e o mínimo de 2 dias. Já em relação ao tempo de início dos sintomas, a média foi de 3,2 dias, sendo o máximo de 9 dias até a procura médica.

TABELA 2: DIAS DE INTERNAMENTO E TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Dias de internamento	64	11,5	9,0	2,0	60,0	9,2
Tempo de início dos sintomas (dias)	48	3,2	3,0	0,2	9,0	2,2

A queixa principal mais frequente no momento do diagnóstico da doença foi a dor abdominal, presente em 90,6% dos casos, e como sintomas associados, náuseas e vômitos foram vistos em mais da metade dos pacientes. A icterícia apareceu em 20,3% dos doentes (Tabela 3).

TABELA 3: SINTOMAS

Sintomas	Frequência	Percentual*
Dor abdominal	58	90,6
Náuseas	35	54,7
Vômitos	32	50,0
Icterícia	13	20,3
Febre	3	4,7
Outros**	8	12,5

*Percentual calculado sobre o total de casos (n=64)

** Prurido, acolia, diarreia sem muco, Hematúria, fezes com sangue, colúria, calafrios, livedo reticular, cianose, má perfusão capilar, dispneia, astenia.

Todos os pacientes diagnosticados com PA foram submetidos ao jejum, de no mínimo 1 dia, e de no máximo 22. A Nutrição Parenteral (NPT) foi realizada em aproximadamente 11% dos pacientes, sendo 13,1 dias a média de permanência da mesma, e a máxima de 1 mês (Tabela 4).

TABELA 4: DIAS DE JEJUM E DIAS DE NPT

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Dias de jejum	64	4,5	3,0	1,0	22,0	4,8
Dias de NPT	7	13,1	12	1,0	30,0	10,82

Em relação ao tratamento cirúrgico, 39% (25 pacientes) foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica. Foram elas 10 colecistectomias via laparoscópica, 11 colecistectomias via laparotomia, 1 laparotomia exploratória diagnóstica, 1 drenagem de cisto pancreático, 1 derivação bílio-digestiva tipo colédoco-duodenostomia, 8 lavagens de cavidade abdominal, 1 drenagem de abscesso e 2 necrosectomias. Sendo que 47,72% dos pacientes com PA de etiologia biliar foram submetidos a colecistectomia. Em 2 pacientes a cirurgia de colecistectomia foi contraindicada devido aos riscos cirúrgicos.

O tratamento medicamentoso foi instituído em 42,1% dos doentes, o qual se fundamentou basicamente em analgesia e antibioticoterapia. Dentre os antibióticos mais utilizados, podemos citar o Rocefin® (ceftriaxona), Flagyl® (metronidazol), Ciprofloxacino, Dalacin® (clindamicina), Tienam® (imipenem), Vancomicina, Meronem® (meropenem), Zoltec® (fluconazol), Tazocin® (piperacilina + tazobactam), Maxcef® (cefepima), Kefazol® (cefazolina) e Binotal® (ampicilina). Sendo que a combinação mais frequente (62,9%) foi a Rocefin® e Flagyl® como tratamento inicial, havendo cura em 15 destes e 2 óbitos. E o tempo de uso desta combinação variou de 1 a 23 dias, sendo 7

dias a moda. Entre outras combinações, encontramos o Ciprofloxacino e Flagyl® como a segunda mais frequente, seguido de Rocefin® e Dalacin®, Tienam® e Meronem® e entre outros.

DISCUSSÃO

A idade média encontrada em nosso estudo foi de 48 anos, sendo a idade mínima de 17 e a máxima de 91 anos. Este valor se aproxima da média da faixa etária de outros estudos pesquisados⁸, e também com a variedade das idades em outros estudos, confirmando que a PA pode ocorrer em qualquer idade, porém tem predileção pela faixa de 30 a 60 anos⁹.

O diagnóstico de PA se dá a partir de evidências clínicas compatíveis, e como sintomas iniciais, é comum citar a dor abdominal, náuseas e vômitos. Estima-se que em 40% a 70% dos pacientes é possível encontrar o padrão clássico de irradiação da dor para as costas¹⁰. Em nosso artigo, encontramos que a dor abdominal esteve presente como sintoma inicial em 90,6% dos casos, sendo ela localizada, disseminada ou irradiada para as costas. Dado muito próximo ao encontrado em outros estudos publicados no México, que atingiram 94%¹¹.

Náuseas e vômitos foram vistos em pouco mais da metade dos pacientes, icterícia em 20,3%, e febre em 4,7%. Números próximos ao da literatura, que também indicaram a icterícia e febre como sintomas atípicos mais raros¹¹. A dor geralmente atinge o seu pico durante 30-60 minutos e persiste por dias ou semanas¹⁰. Encontramos que o tempo mínimo de início dos sintomas foi de 2 horas, e o máximo foi de 9 dias antes da entrada no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba-PR, e a média encontrada foi de aproximadamente 3 dias.

Ao avaliar os dados referentes a etiologia da PA na literatura mundial, percebemos que a etiologia biliar e a alcoólica predominam em muitas partes do mundo^{1,3,12}, chegando, as duas, a serem responsáveis por 70 a 80% das pancreatites agudas^{13,14}. No Reino Unido a etiologia biliar é de 50% e a alcoólica é de 20 a 25%¹⁵, em países como a Alemanha, França e Hungria a etiologia alcoólica prevalece¹⁶. Em nosso estudo a soma das etiologias biliar e alcoólica correspondeu a 78,2% dos casos, aproximando-se com o que é descrito na literatura, sendo 68,8% de origem biliar, e 9,4% de origem alcoólica. Já em um estudo norueguês a frequência da origem alcoólica foi de 19%³, enquanto em estudo na Argentina a prevalência do álcool foi de 2%¹⁷, e outro estudo realizado no Chile a prevalência foi de 4,8%⁸. A terceira causa de PA seria de etiologia não conhecida, chamada de idiopática, presente entre 15 a 20% dos casos na literatura mundial^{12,13,15,18}, no nosso estudo correspondeu a 17,2% dos casos, sendo a segunda causa mais prevalente.

No subgrupo dos pacientes com PA de origem biliar em que se realizou US, 56,1% apresentaram colelitíase. Em contraste com a literatura que demonstrou 91,1%³.

A literatura descreve que a maior população com PA seriam mulheres por volta dos 60 anos de idade pela relação direta com a etiologia biliar¹, semelhante ao resultado do nosso trabalho em que a PA prevaleceu na população de mulheres de 41 a 60 anos. Nossos resultados demonstraram também que 65,9% dos casos de PA de causa biliar eram mulheres.

A média do tempo de jejum em nosso estudo foi de 4,5 dias, no estudo argentino a média foi de 3 dias¹⁷.

Nossos pacientes ficaram internados em média 11,5 dias, no estudo argentino houve uma média de 7 dias¹⁷, e em um estudo mexicano a média foi de 17 dias¹¹.

Em nosso trabalho 11% dos pacientes fizeram o uso de nutrição parenteral (NPT), semelhante ao estudo argentino onde 13% dos pacientes fizeram uso da NPT¹⁷. No estudo chileno em apenas 2% dos pacientes foi usada a NPT⁸.

A mortalidade da nossa casuística foi de 9,4% (6 casos). Semelhante ao estudo chileno onde houve 9% de mortalidade⁸. O estudo argentino apresentou mortalidade em 7,2% dos pacientes¹⁷. Já o estudo mexicano apresentou uma mortalidade de 21%, atribuída a um grande número de PA graves¹¹. O estudo norueguês apresentou mortalidade de 3%³. É relatado na literatura que a mortalidade da PA é entre 2,1% a 7,8%¹⁸.

O tratamento com antibiótico foi feito em 42,1% dos doentes diagnosticados com PA. Em um estudo retrospectivo realizado por Campos (2008), baseado em questionários enviados à alguns membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, obteve como resultado a utilização de antibióticos por 68,8% dos médicos entrevistados, sendo que a maior indicação para seu uso seria a presença de necrose pancreática e coleções líquidas. Dos entrevistados, 27,9% responderam usar antibiótico em todos os doentes com PA¹⁹. Isto mostra a grande preocupação do cirurgião frente esta doença, muitas vezes utilizando a antibioticoterapia profilática para evitar complicações e a mortalidade.

Outro estudo tentou provar que a utilização de antibioticoterapia profilática, diminuiria o número

de necrose pancreática infectada em até 20%, e o medicamento testado foi a associação ciprofloxacino e metronidazol. Porém, este mesmo estudo conclui que não houve benefício no uso de antibioticoprofilaxia comparado ao uso do placebo, em relação ao risco de desenvolvimento de necrose pancreática infectada²⁰.

No Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, o esquema antibiótico mais utilizado foi a associação de Ceftriaxona com Metronidazol (62,9%) seguido de Ciprofloxacino com Metronidazol. Outro estudo evidenciou o Imipenem (43,5%), a combinação de Ciprofloxacino/Metronidazol (16,9%) e a associação de Ceftriaxona/metronidazol (7,6%) como os mais preferidos pelos médicos¹⁸.

Com relação ao período de utilização dos antibióticos, 7% dos médicos preferem usa-los por um período de até sete dias, enquanto que 44,4% optam por 10 a 14 dias¹⁹. Nosso estudo mostra que o período mais utilizado foi o de uma semana (33,3%).

O tratamento cirúrgico foi realizado em 39% dos pacientes, número semelhante ao estudo mexicano que teve 35% dos pacientes submetidos a algum tipo de cirurgia. Em nossos resultados um paciente (1,5%) foi submetido a laparotomia exploratória, enquanto no estudo mexicano 3% foram submetidos a este procedimento. Em nosso estudo 17,2% dos pacientes realizaram cirurgia de colecistectomia, o trabalho mexicano apresentou número semelhante com 19% dos pacientes colecistectomizados¹¹.

CONCLUSÃO

O perfil estabelecido para o paciente com PA no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba foi mulheres, de 41 a 60 anos. Dor abdominal, náuseas e vômitos foram os sintomas mais encontrados na admissão.

No perfil etiológico prevaleceu a PA de origem biliar (68,8%). Seguido de etiologia idiopática (17,2%) e alcoólica (9,4%).

Bernabé GBR, Castro BVG, Naufel CR. Epidemiological Profile of Patients Admitted with Acute Pancreatitis in University Hospital. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):29-33.

ABSTRACT - To analyze the epidemiological characteristics, etiology, and compare our results with what it's described in the literature, in order to identify the profile of the patients. During the period of February 2011 to February 2012, we analyzed the medical records of 64 patients diagnosed with acute pancreatitis, admitted to a University Hospital of Curitiba. We evaluated the following data in medical records: sex, age, etiology, initial symptoms, time from onset of symptoms, use of parenteral nutrition, days of fasting, surgical treatment, antibiotics used, duration of antibiotic therapy and mortality. We found a prevalence of 68.8% cases of biliary acute pancreatitis, over 17,2% cases of idiopathic etiology and 9,4% cases of alcoholic etiology. Mean age was 48 years. There was a predominance of female patients. The initial symptom more frequently found was abdominal pain (90.6%). The average days of hospitalization was 11.5 days. The antibiotic more used was the combination ceftriaxone and metronidazole. Surgical treatment was necessary in 35% of patients and the most frequent surgery was cholecystectomy. The mortality rate was 9.6%. The profile of patients was studied, as well as its features.

KEYWORDS - Pancreatitis, Epidemiology, Etiology.

REFERÊNCIAS

1. TONSI, A.F., *et al.*, Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: The state of the art. *World J Gastroenterol*, v.15, n. 24, p. 2945-2959, 2009.
 2. BEGER, H.G.; RAU, B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management. *World J Gastroenterol*, v.13, p. 5043-5051, out 2007.
 3. GISLASON, H. *et al.*, Acute Pancreatitis in Berg, Norway. A study on incidence, etiology and severity. *Scandinavian Journal of Surgery*, v.93, p. 29-33, 2004.
 4. CLEMENS, D.L.; MAHAN K.J. Alcoholic pancreatitis: Lessons from the liver. *World J Gastroenterol*, v. 16, n. 11, p. 1314-1320, 2010.
 5. CARROLL, J.K.; HERRICK B.; GIPSON T. Acute Pancreatitis: Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *Am Fam Physician*, vol. 75, n. 10, p. 1513-1520, Mai 2007.
 6. PAVLIDIS, T.E., PAVLIDIS, E.T., SAKANTAMIS, A.K. Advances in prognostic factors in acute pancreatitis: a mini-review. *HepatobiliaryPancreat Dis Int*, v. 9, n. 5 out 2010.
 7. UHL, W. *et al.*, IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis. *Pancreatology*, v. 2, p. 565-573, 2002.
 8. LOSADA, H.M., *et al.*, Protocolo de tratamiento y resultados de pancreatitis aguda. Estudio de cohort. *Rev. Chilena de Cirugía*, v. 62, n. 6, p. 557-563, dez 2010.
 9. LACK, E.E. Pathology of the pâncreas, Gallbladder, Extrahepatic Biliary Tract, and Ampullary Region. 1 ed. Oxford University Press, 2003.
 10. FORSMARK, C.E.; BAILLIE, J. JAGA Institute Technical Review on Acute-Pancreatitis. *Gastroenterology*, v.132, n.5, p. 2022-2044, mai 2007.
 11. LOZADA, R.S., *et al.*, Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México. *Gac Méd Méx*, v. 141 n. 2 p.123-127, 2005.
 12. BANKS, P.A. Epidemiology, natural history, and predictors of disease outcome in acute and chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc*, Boston, vol. 56, n. 6, p. s226-s230, 2002.
 13. BENNET, G. Tratado de Medicina Interna. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
 14. WANG, G.J., *et al.*, Acute pancreatitis: Etiology and common pathogenesis. *World J Gastroenterol*, v. 15, n. 12, p. 1427-1430, mar 2009.
 15. UK WORKING PARTY ON ACUTE PANCREATITIS. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut*, v. 54, 2005.
 16. GULLO, L. *et al.*, Acute pancreatitis in five European countries: Etiology and mortality. *Pancreas*, v. 24, p. 223-227, 2002.
 17. PELLEGRINI, D., *et al.*, Pancreatitis Aguda Analisis De 97 Pacientes. *Medicina*, Buenos Aires, v. 69, p. 239-245, 2009.
 18. SEKIMOTO, M., *et al.*, JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. *J HepatobiliaryPancreat Surg*, v.13, p. 10-24, 2006.
 19. DE CAMPOS, T., *et al.*, Pesquisa nacional sobre condutas na pancreatite aguda. *Rev. Col. Bras. Cir*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, out 2008.
 20. ISENMANN, R. *et al.*, German Antibiotics in Severe Acute Pancreatitis Study Group. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial. *Gastroenterology*, v. 126, p. 997-1004, 2004.
-