

PANCREATITE AGUDA DE ETIOLOGIA BILIAR

Casuística do Serviço de Cirurgia Geral do H. S. Francisco Xavier (1990-1993)

CARLOS NEVES, CARLOS RESENDE, A. FERNANDO FERREIRA
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital S. Francisco Xavier. Lisboa

RESUMO

A litíase biliar e o álcool são os factores etiológicos mais importantes da Pancreatite Aguda, sendo responsáveis por 80% dos casos. Analisámos retrospectivamente 104 casos de Pancreatite Aguda de Etiologia Biliar (P.A.E.B.) que representaram 39,5% dos casos de Pancreatite Aguda internados no Serviço de Cirurgia Geral no período 1990-93. A Ecografia abdominal mostrou-se um exame útil na avaliação inicial destes doentes, tendo permitido o diagnóstico do factor etiológico em 95% dos casos. A C.P.R.E. com esfínterectomia foi realizada em 25 doentes, com finalidade diagnóstica /terapêutica: em 6 casos de urgência e nos restantes de forma electiva. A litíase biliar foi tratada no internamento inicial em 80,6% dos doentes e num segundo internamento nos restantes: C.P.R.E. com Esfínterectomia, como tratamento etiológico único, em 14 doentes, colecistectomia por via laparotómica em 50 doentes e colecistectomia por via laparoscópica em 29 doentes. A taxa de mortalidade foi de 3,8% - quatro casos.

SUMMARY

Acute Gallstone Pancreatitis

Gallstones and alcohol are the most important causes of acute pancreatitis, accounting for 80% of cases. One hundred and four cases of Acute Gallstone Pancreatitis were retrospectively studied, representing 39,5% of all cases of Acute Pancreatitis that have been treated between 1990-93. Abdominal ultrasound, demonstrating gallstones in 95% of the cases, was a very useful examination in the initial study of these patients. ERCP with sphincterotomy was performed in 25 patients: 6 in a urgent basis and the others as elective procedure. Gallstones have been treated during the initial admission in 80,6% of the cases and the others at a second admission: ERCP with sphincterotomy in 14 patients as the only etiologic treatment, open cholecystectomy in 50 cases and laparoscopic cholecystectomy in 29 cases. The overall mortality rate was 3,8% - four cases.

INTRODUÇÃO

As descrições iniciais de Pancreatite Aguda (P.A.) datam do século XVII, mas foi só no século XIX que a pancreatite aguda foi reconhecida como uma entidade nosológica¹; em 1901, Opie estabeleceu uma relação etiológica directa entre a litíase biliar e a P.A.²

A litíase biliar e o álcool são responsáveis por 80% dos casos de P.A.³

A grande maioria dos casos de pancreatite aguda de etiologia biliar (P.A.E.B.) tem uma gravidade moderada e

são auto-limitados; a actual taxa de mortalidade da P.A.E.B. é de 2-12,5%,⁴⁻⁷ não obstante os avanços terapêuticos prestados nas unidades de cuidados intensivos.

Actualmente, as indicações maior para a terapêutica cirúrgica na P.A.E.B. são o tratamento das complicações subsequentes à necrose pancreática e o tratamento da colelitíase. O papel da cirurgia no diagnóstico da P.A., de etiologia biliar ou não, é cada vez mais reduzido.

A C.P.R.E. com Esfínterectomia (CPRE com ES) modificou a abordagem/tratamento desta patologia, especialmente nas formas mais graves^{3,4,6-12}. Por outro lado,

a recente introdução da cirurgia laparoscópica levantou novas questões, nomeadamente a escolha da melhor solução para o tratamento da coledocolitíase¹³⁻¹⁵.

Propomo-nos relatar e avaliar retrospectivamente a casuística do Serviço de Cirurgia Geral do H. S. Francisco Xavier na abordagem e tratamento dos doentes com P.A.E.B. no período de Janeiro de 1990 a Dezembro de 1993.

CASUISTICA

Em quatro anos (1/1/90 a 31/12/93) foram internados 263 doentes com o diagnóstico de pancreatite aguda, 104 dos quais (39,5%) com o diagnóstico de P.A.E.B.. O diagnóstico foi baseado num quadro clínico compatível, elevação da amilasemia 3 vezes o limite superior do normal, demonstração na Ecografia, T.A.C. ou C.P.R.E. de litíase biliar.

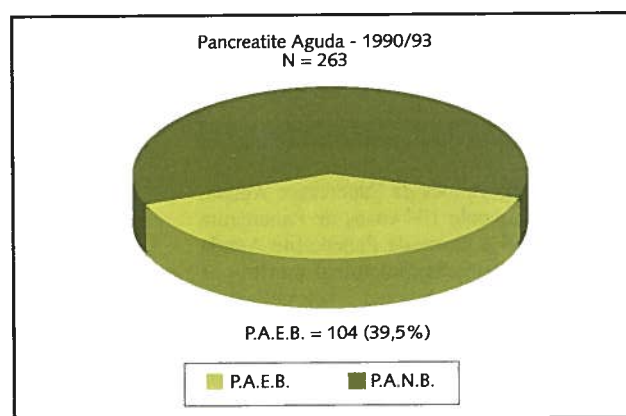


Fig. 1 – P.A.N.B. - Pancreatite aguda de etiologia não biliar. P.A.E.B. - Pancreatite aguda de etiologia biliar

A idade média foi de 62,3 anos (Min. 17 - Max. 91); o sexo feminino predominou sobre o sexo masculino - 68/36.

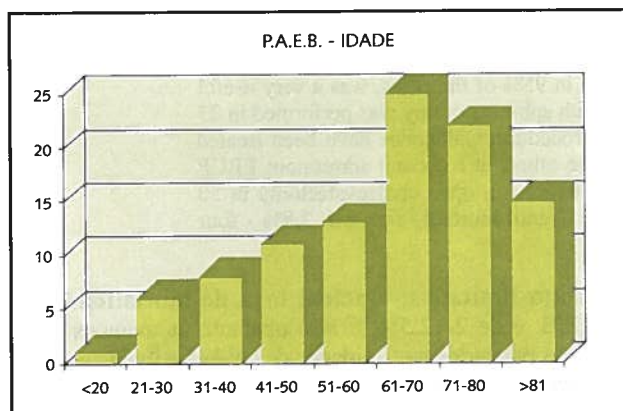


Fig. 2

Sob o ponto de vista clínico, 60 doentes apresentavam dor epigástrica, 27 dor abdominal em cinturão e 15 dor abdominal generalizada; 2 doentes estavam em choque quando foram internados no Serviço de Urgência.

Sob o ponto de vista laboratorial, 49,2% dos doentes apresentavam uma bilirrubinemia total superior a 3 mg/dl e um valor de SGPT superior a 100 U.I./L em 76,9%.

A Ecografia abdominal foi o método imagiológico de eleição na avaliação precoce destes doentes; este exame foi realizado de urgência nos 104 doentes, com os seguintes resultados: sugestiva de pancreatite aguda em 43,2% dos casos e diagnóstica de litíase biliar em 95%. A T.A.C. foi utilizada em 30 doentes: quer como método imagiológico de diagnóstico, quer como método para avaliar a gravidade da pancreatite, quer ainda para o diagnóstico de complicações loco-regionais. A C.P.R.E. foi realizada em 25 doentes com finalidade diagnóstica/terapêutica.

O prognóstico da P.A.E.B. foi estabelecido pelos critérios prognósticos de Ranson^{16,17}, (modificação para a P.A.E.B.), verificando-se que 21 doentes (20,1%) apresentavam três ou mais critérios. Estes 21 doentes foram tratados na Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos ou na Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Cirurgia Geral, sendo o tempo médio de permanência de 11,8 dias (Min. 3d - Max. 26 d).

O tratamento médico seguiu os princípios básicos de medidas gerais de suporte: reposição da volémia, equilíbrio hidro-electrolítico, glândula em repouso, controle da dor e antibioterapia. A maior ou menor agressividade na monitorização/terapêutica do doente foi definida em função do prognóstico previamente estabelecido.

Em 6 doentes (5,8%), com formas clínicas graves de P.A.E.B., e que não responderam à terapêutica médica instituída nas primeiras 72 horas, realizaram-se C.P.R.E. com ES de urgência. Em 5 destes doentes houve uma melhoria clínica rápida; um doente, em insuficiência renal aguda, veio a falecer.

A terapêutica dirigida ao factor etiológico – litíase biliar – foi a seguinte: C.P.R.E. com ES, como tratamento etiológico único, em 14 doentes; colecistectomia (via laparotómica e laparoscópica) em 79 doentes. 11 doentes recusaram a intervenção cirúrgica: 8 casos de recusa pura e três, que se encontravam ocasionalmente em Lisboa, optaram pelo Hospital da área de residência para o tratamento cirúrgico da litíase biliar – ver quadro 1.

Quadro 1

P.A.E.B. N = 104 Terapêutica da Litíase Biliar N=93		
Colecistectomia, por laparotomia	50 doentes	53,8%
Colecistectomia, por via laparoscópica	29 doentes	31,2%
C.P.R.E. com Esfincterotomia	14 doentes	15%

A C.P.R.E. com Esfincterotomia, como gesto terapêutico único, foi utilizada nas seguintes situações:

- em cinco doentes, previamente colecistectomizados;
- em nove doentes, que foram considerados candidatos de

alto risco para colecistectomia (laparotomia ou laparoscopia), uma vez considerada a patologia associada e a idade (idade média 86,5 anos - Min 85 - Max. 91).

Setenta e nove doentes foram colecistectomizados, cinquenta por laparotomia e vinte e nove por laparoscopia.

A utilização da C.P.R.E. com ES em 25 dos 93 doentes tratados (26,9%) saldou-se numa taxa global de coledocolitotomias de 3,7% (n=3); nas 29 colecistectomias por via laparoscópica, não foi identificável coledocolitíase no intra-operatório, não havendo assim necessidade de conversão para se realizar a coledocolitotomia (até Dezembro de 1993 não havia experiência de extracção de cálculos do colédoco por esta via no Serviço de Cirurgia Geral do H. S. Francisco Xavier).

Setenta e cinco doentes (80,6%) foram submetidos a terapêutica da litíase biliar durante o internamento inicial; os restantes num segundo internamento.

As complicações mais encontradas nestes 104 doentes foram as seguintes: - Pseudoquisto - 6; insuficiência renal aguda - 2; necrose do cólon transversal - 1; necrose pancreática infectada - 1; embolia pulmonar maciça - 1.

A taxa de mortalidade foi de 3,8% (4 doentes), com idade média de 63,3 anos; estes quatro doentes apresentavam cinco ou mais critérios prognósticos de Ranson, e dois deles apresentavam quadro clínico de choque quando foram internados; o valor da proteína C-reativa nestes quatro doentes era superior a 120 mg/L. Na T.A.C. e/ou cirurgia tratavam-se de P.A. necrosantes - ver *quadro 2*.

Quadro 2

Mortalidade 4 em 104 - 3,8%			
Idade	Sexo	Complicação	Óbito
64	M	Necrose do cólon transversal	18 dia
66	F	Embolia pulmonar maciça	24 dia
68	F	Ínsuf. renal aguda	12 dia
57	M.	Necrose pancreática infectada	30 dia

DISCUSSÃO

A identificação de um factor etiológico tratável, como a litíase biliar, é um passo fundamental para a prevenção da recorrência da P.A.^{3,11,18-20} S.P. Lee afirma que, em 74% dos casos de P.A. classificados como idiopáticos, a etiologia real da pancreatite é biliar, por microlitíase; a microlitíase é demonstrável na ecografia como *sludge* biliar e no aspirado duodenal como uma suspensão de cristais de colesterol ou de grânulos de bilirrubinato de cálcio.⁹

A percentagem de P.A.E.B., em relação ao total dos doentes com P.A., é variável de país para país e dentro de um mesmo país de região para região; estas percentagens variam de 20-73%²¹. Dos 263 casos de P.A., internados neste período de quatro anos, a percentagem de P.A.E.B. foi de 39,5% (104 doentes), valor similar ao publicado por J.R. Deus (Hospital de Santa Maria) em 1988²².

A P.A.E.B., tal como a colelitíase em geral, predomina no sexo feminino; assim de entre os 104 doentes com P.A.E.B. 68 (65,3%) eram deste sexo. A distribuição por grupos etários (*fig. 2*) mostrou que esta doença atinge preferencialmente a idade média e avançada da vida: 67 doentes (74%) tinham mais de 50 anos e apenas 7 tinham menos de 30 anos.

Sob o ponto de vista clínico-laboratorial, 83,6% dos doentes apresentavam dor espontânea e à palpação nos quadrantes superiores do abdómen, 49,2% estavam ictericos (bilirrubinemia total superior a 3 mg/dl) e 76,9% tinham um valor de SGPT > 100 U.I./L. Perante um doente com quadro clínico de P.A., do sexo feminino, com idade >50 anos, SGPT > 100 U.I./L, Bilirrubinemia > 3 mg/dl permite-nos concluir, com uma probabilidade de 86%, que estamos perante uma P.A.E.B.^{7,23}.

A ecografia de urgência diagnosticou a litíase biliar em 95% dos casos e sugeriu a P.A. em 43,2%. Embora com limitações, decorrentes do íleus e ainda pelo facto de o pâncreas ter um aspecto ecograficamente normal em 29% dos casos de P.A.²⁴, a ecografia abdominal é o método imagiológico de eleição na P.A.

A T.A.C. é um método imagiológico útil no diagnóstico de formas clínico-laboratoriais de P.A. menos típicas. Porém, o seu papel maior é na avaliação de formas graves de P.A., determinando a existência de necrose, e ainda no diagnóstico das complicações. Balthazar estabeleceu um índice de gravidade baseado na presença de necrose e de colecções líquidas peri-pancreáticas; este índice permite identificar, com grande acuidade, os doentes que irão desenvolver complicações loco-regionais graves.²⁵

Dos 104 doentes, 21 apresentavam 3 ou mais critérios prognósticos de Ranson; foram internados em Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios e o tempo médio de permanência foi de 11,8 dias; dois destes doentes estavam em choque quando foram internados, facto associado a uma mortalidade superior a 50%²⁶. As complicações maior (n=11), assim como os quatro casos de morte, surgiram neste grupo de 21 doentes. A proteína C-reativa, um marcador bioquímico de gravidade de P.A.²⁷, não foi utilizada de uma forma sistemática no estudo destes 104 doentes, mas os quatro doentes que faleceram apresentavam valores superiores a 120 mg/dl.

A terapêutica inicial foi não cirúrgica, definindo-se uma maior ou menor agressividade nas medidas de suporte, de acordo com o prognóstico previamente estabelecido.^{26,28,29} A terapêutica cirúrgica foi reservada para o tratamento das complicações subsequentes à necrose pancreática e para o tratamento da colelitíase.

Nos últimos dez anos, têm sido publicados trabalhos defendendo a utilização de CPRE com ES no tratamento da P.A.E.B. que não responde à terapêutica de suporte instituída.^{4,8,10,11,30-33} As taxas de morbidade e mortalidade são mais baixas que as referidas no tratamento cirúrgico destas situações. Assim, em 6 doentes (5,8%) com formas graves de P.A.E.B. utilizámos a CPRE com ES nas primeiras 72 horas de evolução da doença, obtendo uma resolução clínica rápida do quadro de P.A. em cinco destes doentes.

Sendo controverso qual o melhor momento para o tratamento da colelitíase³⁴ - cirurgia num segundo interna-

mento¹⁹, cirurgia precoce^{35,37,38}, cirurgia no internamento inicial^{18,29,37} — é hoje aceite, pela maioria dos autores, que a colelitíase deve ser tratada durante o internamento inicial.

Tratámos a litíase biliar no primeiro internamento em 80,6% dos doentes e os restantes num segundo internamento: C.P.R.E. com ES, como tratamento etiológico único, em 14 doentes, colecistectomia por via laparotómica em 50 doentes e colecistectomia por via laparoscópica em 29 doentes.

Em 9 doentes, com patologia associada e idade avançada (idade média 86,5 anos), que foram considerados candidatos de alto risco para colecistectomia (laparotomia ou laparoscopia), a C.P.R.E. com ES foi o tratamento etiológico único. Embora não haja informação inequívoca, calcula-se que cerca de 10% destes doentes poderão vir a carecer de terapêutica da litíase vesicular, mas que o risco de desenvolverem novos ataques de P.A. é muito baixo¹². Em cinco doentes previamente colecistectomizados a C.P.R.E. com ES foi igualmente o tratamento etiológico único.

Após a resolução da P.A., realizámos C.P.R.E. no pré-operatório dos doentes que apresentavam suspeita clínico-laboratorial e/ou fecográfica de persistência de coledocolitíase; esta conduta saldou-se numa baixa taxa de coledocolitotomias (n=3 - 3,7%), não tendo sido necessário converter nenhuma das cirurgias laparoscópicas, a fim de se realizar a coledocolitotomia a céu aberto.

A relação entre colecistectomia por via laparotómica e por via laparoscópica (50/29) resulta da progressiva introdução da via laparoscópica no Serviço de Cirurgia Geral do H. S. Francisco Xavier desde 1991. Actualmente, consideramos a via laparoscópica a técnica de eleição para a colecistectomia por litíase biliar.

Se durante a realização desta técnica a colangiografia intra-operatória identificar coledocolitíase, o cirurgião terá de optar por uma das seguintes soluções, de acordo com a sua experiência¹³⁻¹⁵: remoção laparoscópica da coledocolitíase, conversão para laparotomia a fim de realizar a coledocolitotomia, ou C.P.R.E. com ES no pós-operatório. A utilização da C.P.R.E., no pré-operatório e segundo os critérios atrás definidos, diminui de forma significativa as probabilidades do cirurgião ser confrontado com esta situação.

BIBLIOGRAFIA

- STEVEN D LEACH, FRED S GORELICK, IRVIN M MODLIN: Acute pancreatitis at its century. The contribution of Reginald Fitz Ann Surg 1990; 212: 109-113
- OPIE EL: The relation of cholelithiasis to disease of pancreas and fat necrosis. Am J Med Sci 1901; 121: 27
- JOHN B MARSHALL: Acute pancreatitis. A review with emphasis on new developments. Arch Intern Med 1993; 153: 1185-1198
- SHEUNG-TAT FAN, EDWARD C S LAI, FRANCIS P T MOK et al: Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N Engl J Med 1993; 328: 228-232
- FREI J G, FREI V T, THIRLBY RC et al: Biliary pancreatitis: clinical presentation and surgical management. Am J Surgery 1986; 151: 170-174
- NEOPTLEMOS J D, CASS-LOCKE D C, LONDON N J et al: Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. Lancet 1988; 2: 979-983
- STEPHEN L BLAMEY, HENRY OSBORNE, HARPER GILMOUR et al: The early identification of patients with gallstone associated pancreatitis using clinical and biochemical factors only. Ann Surg 1983; 198:574-578
- ROBBIN C N WILLIAMSON: Endoscopic sphincterotomy in the early treatment of acute pancreatitis. N Engl J Med 1993; 328: 279-280
- SUM P LEE, JANE F NICHOLLS, HAN Z PARK: Biliary sludge as a cause of acute pancreatitis. N Engl J Med 1992; 326: 589-593
- J SCHOLMERICH M LAUSEN, L LAY et al: Value of retrograde cholangiopancreatography in determining the cause but not course of acute pancreatitis. Endoscopy 1992; 24: 244-247
- DAVID L CARR-LOCKE: Role of endoscopy in gallstone pancreatitis. Am J Surgery 1993; 165: 519-521
- RANSON J H C: The role of surgery in the management of acute pancreatitis. Ann Surg 1990; 211: 382-393
- NATHANIEL J SOPER, L- MICHAEL BRUNT, MARK P CALLERY et al: Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute pancreatitis. Am J Surgery 1994; 167: 42-51
- CARLOS PELLEGRINI: Surgery for Gallstone Pancreatitis. Am J Surgery 1993; 165: 515-518
- PERISSAT J, HUIBREGTSE K, KEANE FBV et al: Management of bile duct stones in the era of laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1994; 81: 799-810
- RANSON JHC: Acute Pancreatitis. Curr Probl Surg 1979; 16/11
- RANSON JHC, RIFKIND KM, ROSES DF et al: Prognosis signs and the role of operative management in acute pancreatitis. Surg Gynecol Obstet 1974; 139: 69-81
- RANSON JHC: The timing of interventional therapy in gallstone pancreatitis. In: Gerard P Burns, Simmy Bank eds. Disorders of pancreas; McGraw-Hill, Inc. 1992; 115-131
- THOMAS R KELLY: Gallstone pancreatitis: The timing of surgery Surgery 1980; 80: 345-350
- NEOPTLEMOS J D, HALL A W, FINLAY D, F et al: The urgent diagnosis of gallstones in acute pancreatitis: a prospective study of three methods. Br J Surg 1984; 71: 230-233
- JHON M HOWARD: Gallstone pancreatitis In: John M Howard, George L Jordan, Howard A Reber, eds Surgical Diseases of the Pancreas, Lea & Febiger 1987; chap 20: 265-283
- JOÃO R DEUS, ANTÓNIO MARQUES, PAULA SANTOS et al: Pancreatite aguda: colecções inflamatórias-evolução e prognóstico. Acta Médica Portuguesa 1989; 4/5: 189-194
- MARCO G PATTI, CARLOS A PELLEGRINI: Gallstone pancreatitis. Surg Clin North Am 1990; 70/6: 1277-1295
- CAROL A MITTELSTAEDT: Ecografia abdominal-Pancreas Ediciones Doyma 1987; 163-220
- BALTHAZAR EJ, DAVID L ROBINSON, ALEC J MEGIBOW et al: Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. Radiology 1990; 2: 331-336
- SIMMY BANK, RONALD GREENBERG: Value of assessing risk factors in acute pancreatitis. In: Gerard P Burns, Simmy Bank eds. Disorders of pancreas; McGraw-Hill, Inc 1992; 27-51
- BUCHLER M, UHL W, MALFERTHIENNER P: Biochemical staging of acute pancreatitis. In Beger hg, Buchler M eds Acute pancreatitis. Berlin, Springer-Verlag; 1987: 143-153
- HOLLANDER LF, LEHNERT P, WANKE M eds: Acute pancreatitis; Urban & Schwarzenberg 1983
- EDWARD L BRADLEY III: Contemporary management of patients with acute pancreatitis In: Edward L. Bradley III eds. Acute pancreatitis; Raven Press 1984 Chap 37: 281-285
- WILLIAM M STEINBERG: Acute pancreatitis - never leave a stone unturned. N Engl J Med 1992; 326: 635-637
- MICHAEL RUNZI, ASHOK SALUJA, MARKUS M LERCH et al: Early ductal decompression prevents the progression of biliary pancreatitis: an experimental study in the Opossum. Gastroenterology 1993; 105: 157-164
- MICHAEL LEVELLE-JONES, JOHN P NEOPTOLEMOS: Recent advances in the treatment of acute pancreatitis. In: Lloyd M. Nyhus eds. Surgery Annual 1990;22:235-261
- MEINHARD CLASSEN, KLAUS KNYRIM ERCP and EPT: in acute obstructive pancreatitis. In: Gerard P Burns, Simmy Bank eds. Disorders of pancreas; McGraw-Hill, Inc 1992; 132-140
- P TONDELLI, K STUTZ, F HARDER et al: Acute gallstone pancreatitis: best timing for biliary surgery. Br J Surg 1982; 69: 709-710
- ACOSTA JM, PELLEGRINI CA, SKINNER DB et al: Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis. Surgery 1980; 88: 118-125
- MACKIE CR, WOOD RAB, CUSCHIERI A: Surgical pathology at early elective operation for suspected acute gallstone pancreatitis: preliminary report of a prospective clinical trial. Br J Surg 1985; 72:179-181
- OSBORNE DH, IRMIE CW, CARTER DC: Biliary surgery in the same admission for gallstone associated acute pancreatitis. Br J Surg 1981; 68: 758-761
- THOMAS R KELLY: Gallstone pancreatitis: pathophysiology. Surgery 1976; 80: 488-492