PANCREATITE AGUDA: CRITÉRIOS DE RANSON E CORRELAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL

Henrique Pereira dos Santos[1]; Beatriz Hiromi Ishikawa[1]; Lucas dos Santos de Souza[1]; MaykonLuis Santini[1]; Fernando Souza[2];Ivan Murad[2]

[1] Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Estadual de Maringá – UEM

[2] Professor Doutor da disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Estadual de Maringá – UEM

RESUMO

A pancreatite aguda é um processo inflamatório do pâncreas que pode lesar além do pâncreas, tecidos peripancreáticos e até mesmo órgãos distantes, por isso ainda é uma doença grave, mesmo com vários critérios para o diagnóstico a sua morbimortalidade devido às complicações é significativa. O objetivo da pesquisa foi analisar a evolução clínica por meio dos critérios de gravidade da pancreatite aguda de Ranson coletados nos prontuários do Hospital Universitário Regional de Maringá. O método utilizado foi um estudo retrospectivo dos prontuários de janeiro de 2012 a setembro de 2018 com diagnóstico prévio de pancreatite aguda e os dados foram extraídos a partir de prontuários. Foi constatado que a aplicabilidade dos critérios de Ranson no nosso serviço teve um forte impacto positivo na definição da conduta terapêutica e grande concordância entre escore a partir das variáveis dos critérios de Ranson e o prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital Universitário Regional de Maringá;Inflamação pancreática; Parâmetros de gravidade.

1 INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) corresponde a processo inflamatório agudo do pâncreas, que pode comprometer tecidos peripancreáticos e/ou sistemas à distância. Segundo o DATASUS, a incidência da pancreatite aguda no Brasil é de 15,9 casos/100.000 habitantes/ano1. A classificação de Atlanta, proposta em 1992, para estudar as pancreatites agudas as divide em leve (intersticial) e grave (necrosante). Dentre os fatores adotados por esse critério entram: presença de insuficiência orgânica (inclusive choque, insuficiência pulmonar e insuficiência renal) e/ou a presença de complicações locais (especialmente necrose pancreática)(BANKS; FREEMAN; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology, 2006).

O critério de Ranson, criado em 1974 por John HC Ranson serve como preditor precoce de gravidade na PA e foi o primeiro escore usando em larga escala. No seu início, havia umexcesso de parâmetros, e muitos deles pouco funcionais, assim, em 1982, os critérios sofreram alterações, ficando nos atuais 11 parâmetros com capacidade de premeditar a mortalidade e morbidade da PA. Em 48h, a presençade 3 ou mais critérios indicam gravidade da pancreatite. Esse critério leva em consideração a idade, a leucocitose, hiperglicemia, aumento da enzima hepática aspartato aminotransferase (AST) e o aumento da lactato desidrogenase (LDH)(CARNEIRO; BATISTA, 2004; OTSUKI; TAKEDA; MATSUNO, 2013).

Complicações como pseudocisto de pâncreas que é uma coleção de suco pancreático rico em enzimas, limitada por uma parede não epitelizada, formando um tecido de granulação ou fibrose. Por definição, a infecção do pseudocisto o torna um abscesso pancreático que é um pseudocisto infectado (CARNEIRO; BATISTA, 2004).

Inúmeros fatores etiológicos da pancreatite aguda são relatados. Os principais são a litíase biliar de 6 a 8% casos e o consumo exacerbado de bebida alcoólica cerca de 5 a 10%. A gravidez e drogas são outros fatores que podem induzir uma pancreatite aguda (LOPES, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Os sintomas iniciam com dor abdominal repentina, de localização epigástrica, distensão abdominal e outros sinais e/ou sintomas, acompanhada ou não de náuseas e vômitos. Os mecanismos moleculares envolvidos na patogênese da pancreatite aguda

apontam o passo central para a conversão do tripsinogênio em tripsina dentro das células acinares pancreáticas, em quantidade suficiente para ultrapassar os normais mecanismos de defesa. É esta conversão que desencadeia o processo de autodigestão pancreática e inflamação local (NEOPTOLEMOS, 1993; WHITCOMB, 2005).

O objetivo do presente estudo foi realizar uma abordagem clínica avaliando a evolução dos pacientes por meio dos critérios de Ranson dos casos internados com diagnóstico de pancreatite aguda no Hospital Universitário Regional de Maringá, no período janeiro de 2008 a setembro de 2010.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, a partir de janeiro de 2012 até setembro de 2018 com dados de pacientes internados no Hospital Universitário Regional de Maringá, com diagnóstico prévio de pancreatite aguda a partir da coleta de dados de prontuários. Os dados pessoais e qualquer informação que possa identificar os pacientes foram mantidos sob sigilo. O estudo foi realizado com base especificamente no critério de gravidade de sistema de escore clínico-bioquímico de Ranson de admissão (Quadro 1) que diverge em seus valores de referência para cada parâmetro de acordo com a etiologia da pancreatite (alcoólica ou biliar).

Durante o período levantado foram selecionados quinze pacientes, com diversas causas etiológicas de pancreatite.

Quadro 1: Critérios de Ranson para pancreatite aguda.

Na admissão	
Idade	> 70 anos
Leucometria	> 18.000 /ml
Glicose	> 200 mg/dl
LDH	> 250 UI/l
TGO	> 250 U/dl

Fonte: Adaptado Banks, 2008

Os dados foram coletados utilizando-se um protocolo. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, evolução e exames laboratoriais. Os dados foram avaliados conforme a evolução clínica do paciente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período deste estudo foram analisados 15 prontuários de pacientes que foram internados com diagnóstico de pancreatite aguda. A prevalência de pacientes do sexo masculino foi de 40,00% (6 pacientes) e de 60,00% (9 pacientes) do sexo feminino. Com relação à idade, o mais jovem tinha 23 anos e o mais velho 77 anos, ilustrado nográfico 1, sendo a média de idade de 49,7. Dos pacientes da amostra, 60% deles foram internados na enfermaria e, apenas, 40% dos pacientes necessitaram de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva.

A etiopatogenia pode ser definida na maioria dos casos. Assim, dos pacientes analisados nesse estudo, 80,00% deles (12 pacientes) tinham como etiopatogenia da pancreatite causa biliar; ao passo que 0,06% (1 paciente) pancreatite idiopática. Um dos pacientes, 0,06% do total, teve o diagnóstico de pancreatite por complicação de compressão por insulinoma e, por último, apenas um teve o diagnóstico de pancreatite hemorrágica necrotizante.

Segundo os critérios de gravidade de Ranson para pancreatite biliar5, tivemos os seguintes resultados. Quando se considerou o número de leucócitos maior que 18.000 na admissão evidenciamos que 26,66% dos pacientes (4 dos casos) tinham leucocitose. Por

outro lado, 20% dos pacientes apresentaram leucograma não infeccioso. Ao se estudar a glicemia, apenas 20% dos casos apresentaram aumento. Em relação ao aumento da enzima hepática aspartato aminotransferase, tivemos o total de 46,66% de valores acima de 250 UI/L. Em relação, a enzima lactato desidrogenase apenas 13,33% apresentaram valores acima de 250 UI/l. A idade como critério de gravidade, ou seja, acima de 70 anos estava presente em 26,66% dos casos.

À proporção que se eleva a escore de Ranson de admissão, piora o prognóstico do paciente. Segundo essa premissa, avaliamos os casos levantados em nosso estudo e obtivemos os seguintes resultados: Três casos (20,00% dos pacientes) apresentaram um escore de 4 pontos dos 5 possíveis, um paciente somou 3 pontos, dois pacientes somaram 2 pontos, três pacientes somaram 1 ponto e, por fim, três não atingiram nenhum dos critérios de gravidade. Foram relatados 2 óbitos, um deles atingiu o escore de 4 pontos e o outro, 2 pontos.

O nosso estudo que está baseado apenas nos critérios clínico-bioquímicos de admissão dos parâmetros de Ranson. Excluímos, dessa forma, as variáveis após 48 horas de evolução. Nesse contexto de análise, o presente estudo pode ser mais bem visualizado com o seguinte gráfico 2 que expressa a mortalidade associada ao escore clínico de Ranson.

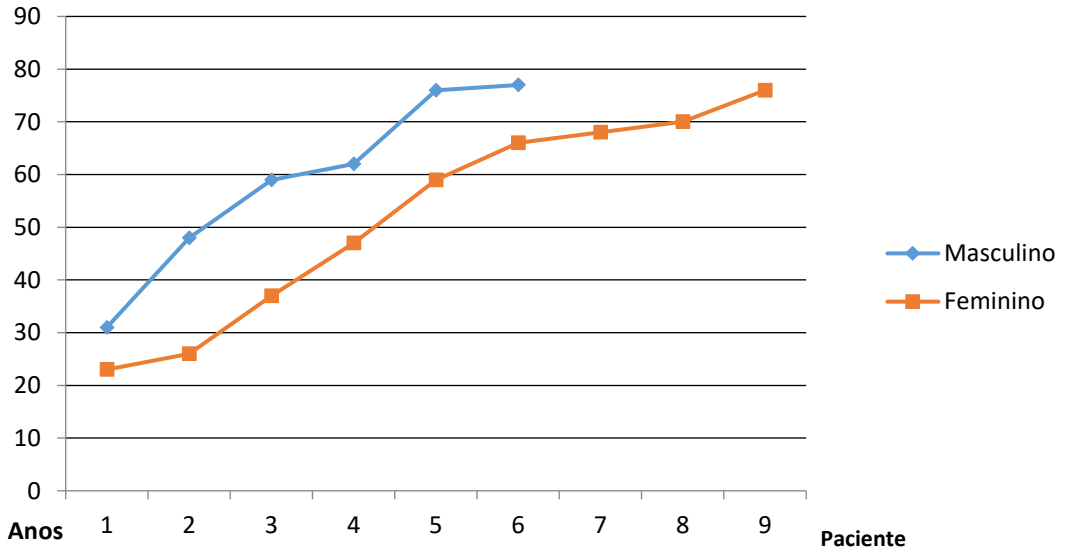
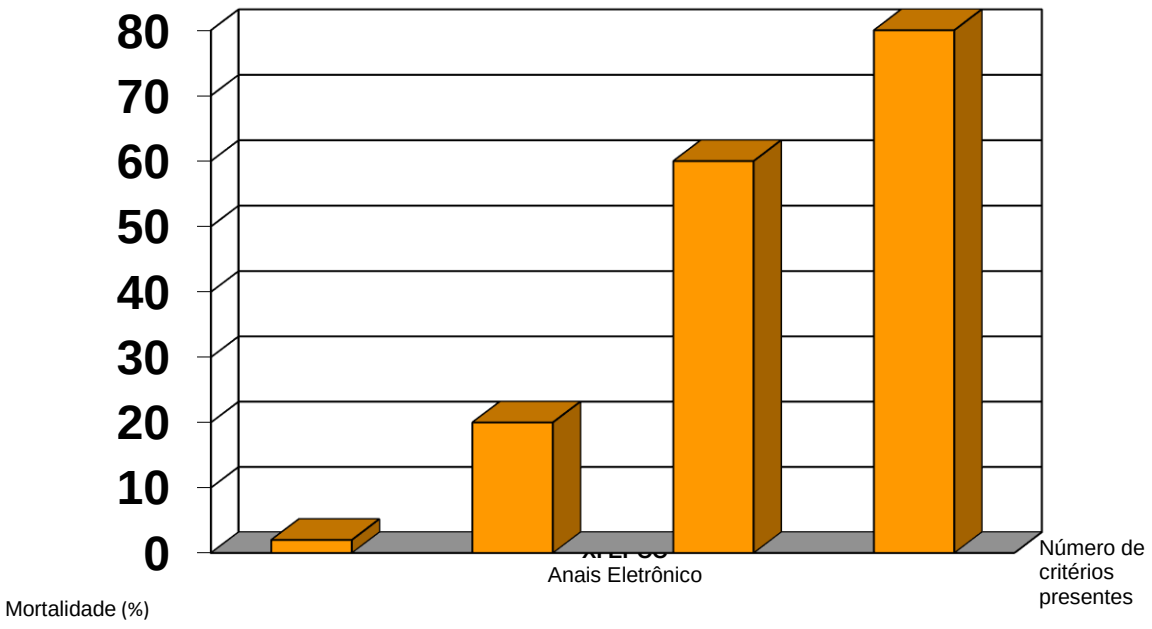


Gráfico 1: Variação da idade por sexo, nos 15 casos estudados.
Fonte: Dados da pesquisa



0 - 2 3 - 5 6 - 8 9 - 11

Gráfico 2: Mortalidade (%) associada com o número de critérios de Ranson presentes
Fonte: Dados da pesquisa

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos orienta para a importância da correlação clínico-laboratorial, no que tange tanto a abordagem inicial como a evolução dos casos. Dessa forma, o prognóstico do paciente fica correlacionado ao sistema de escore clínico-laboratorial. Estudos concordam que há forte relação entre a pontuação recebida pelos critérios de Ranson e o prognóstico. O que ficou evidenciado em nosso levantamento.

Atentamos que a uniformização no manejo desses casos pode proporcionar melhores resultados, o que fortalecerá nossa experiência clínica sobre o tema.

Ainda que em menor escala, os dados refletiram em números os grandes estudos sobre o assunto. Isso impulsiona que se realizem novas análises sobre o tema, no sentido de definir com mais precisão a implicação de cada variável na abordagem inicial e evolução dos casos. Ainda nesse sentido, isso poderá proporcionar novos paradigmas na conduta e terapêutica.

Embora exista uso rotineiro dos critérios de Ranson para pancreatite aguda, não se estabeleceu ainda um protocolo de abordagem para esses casos em nosso serviço. Sugere-se apreciação desse levantamento como base para consolidação de tais ideias.

REFERÊNCIAS

BANKS, P. A.; FREEMAN, M. L.; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. **Practice guidelines in acute pancreatitis**. Am. J. Gastroenterol., 101:2379-2400, 2006.

CARNEIRO, M.C.; BATISTA, R.S. **O mosaico patogênico da pancreatite aguda grave**. Rev. Col. Bras. Cir., 2004; 391-397.

OTSUKI, M.; TAKEDA, K.; MATSUNO, S.,*et al*.**Criteria for thediagnosisandseveritystratificationofacutepancreatitis**. World J Gastroenterol. 2013;19(35):5798–805.

DATASUS - Ministério da Saúde - **Informações de Saúde-Epidemiológicas e morbidade**. 2016. Disponível em: www.datasus.gov.br.

LOPES, A. C.**Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. v. 1. 1053 p.

NEOPTOLEMOS, J.P. **Endoscopic *sphincterotomy* in acute gallstone pancreatitis**. Br J Surg 1993; 80: 547-9.

WHITCOMB, D.C. **Genetic polymorphisms in alcoholic pancreatitis**. Dig Dis. 2005; 23:247–5

SABISTON. **Fundamentos de Cirurgia.** São Paulo: 17.ed. Editora Elsevier, 2006.