

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA-UniCEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

JULIANA CARINE LIMA
LARISSA FRANCO BELEM

ESTUDO DA PANCREATITE AGUDA BILIAR E SUA CORRELAÇÃO COM A DEMORA NO
TRATAMENTO DA LITÍASE BILIAR

Relatório final de pesquisa de Iniciação
Científica apresentado à Assessoria de Pós-
Graduação e Pesquisa.
Orientação: Alberto Vilar Trindade

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

Resiliência, definida como capacidade de se adaptar às adversidades apresentadas pelo meio. Característica que foi necessária para a realização deste trabalho, uma vez que fomos surpreendidos pela conjuntura pandêmica pela COVID-19 no ano de 2020.

Primeiramente, gostaríamos de agradecer aos pacientes, que mesmo sem termos contato direto, foram os principais participantes deste trabalho científico a partir dos seus prontuários.

Agradecemos ao nosso orientador, Alberto Vilar Trindade, pela paciência, cuidado e confiança durante a realização desse projeto.

Por fim, agradecemos ao nosso grupo de pesquisa, pelo companheirismo e apoio durante esse tempo.

RESUMO

Palavras-Chave: Doença Biliar. Pancreatite Biliar. Colectomia.

Introdução: A pancreatite aguda é uma doença inflamatória do pâncreas, considerada autolimitada, podendo acometer tecido peripancreático e causar complicações como necrose local e até mesmo falência de múltiplos órgãos. A litíase biliar é responsável por 7% dos casos de pancreatite aguda, sendo mais comum em mulheres. O tratamento precoce da litíase biliar é responsável pela diminuição dos casos de pancreatite aguda biliar e consequentemente os números de internação por esta patologia. Dessa forma, este estudo objetiva analisar os prontuários dos pacientes com quadro de pancreatite biliar internados no HRAN durante o ano de 2018. Descrevendo as comorbidades, o quadro clínico, tempo de evolução da doença biliar, diagnóstico e tratamento dos pacientes portadores de pancreatite aguda biliar.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, quantitativo, descritivo, retrospectivo, transversal e documental extraído de prontuários eletrônicos de pacientes internados no HRAN durante o ano de 2018. Para compor a amostra, foram considerados como critérios de inclusão pacientes do sexo masculino e feminino, de todas as faixas etárias admitidos na UCG do HRAN que tiveram diagnóstico de pancreatite biliar durante o ano analisado. Foram excluídos todos os pacientes submetidos a colecistectomia que não tiveram diagnóstico de pancreatite biliar descrito no prontuário eletrônico.

Resultados: Foram analisados 136 prontuários, dos quais 23 eram prontuários de pacientes que tiveram quadro de pancreatite aguda biliar no ano de 2018. Houve uma prevalência de pacientes do sexo feminino (77%). Em relação a comorbidades associadas, 26% dos pacientes eram portadores de HAS. O tempo de evolução da doença biliar foi entre 1 e 2 anos em 30% dos pacientes. O quadro clínico mais prevalente foi a presença de dor em hipocôndrio direito. A USG de abdome foi realizada em todos os pacientes analisados. A colecistectomia VLP foi realizada em 95% da amostragem. 39% dos pacientes teve a resolução do quadro em um tempo médio maior que um ano.

Considerações finais: A pancreatite biliar é uma patologia com incidência importante no público geral. O quadro clínico característico é a presença de dor em hipocôndrio direito. O exame diagnóstico mais comum é a realização da USG de abdome e a resolução total do quadro supera 1 ano na maioria dos pacientes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
MÉTODO	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é uma doença inflamatória do pâncreas, considerada autolimitada, podendo acometer tecido peripancreáticos e causar complicações como necrose local e até mesmo falência de múltiplos órgãos (CIFTCI et al., 2017). Por ser considerado um quadro agudo, a mortalidade e a morbidade pode atingir até 20% do total dos pacientes acometidos. A incidência de pancreatite aguda varia de 1 a 5 casos por 10 mil habitantes por ano (CECIL, p.1230, 2014). A identificação do fator etiológico da pancreatite aguda é de extrema importância para determinar o tratamento e, até mesmo, a prevenção de novos possíveis quadros de pancreatite. As causas mais comuns de pancreatite aguda são a litíase biliar e o alcoolismo.

A litíase biliar é responsável por 7% do total de todos os casos de pancreatite, sendo o risco maior no sexo feminino (ZILIO, 2018) e na presença de cálculos biliares pequenos, menores que 5mm. A fisiopatologia da pancreatite de origem biliar envolve a obstrução da papila de Vater pela presença de cálculos biliares ou pelo edema ocasionado pela passagem dos cálculos, levando ao refluxo de bile para o ducto pancreático, por meio do canal comum (canal de Opie) (SABISTON, p.1453, 2010). Outra hipótese fisiopatológica é a obstrução dos ductos pancreáticos diretamente pelo cálculo biliar, sem refluxo biliar. A partir da obstrução ocorrem três fases principais da fisiopatologia da pancreatite aguda: ativação prematura de tripsina dentro do pâncreas, inflamação intrapancreática e processos extrapancreáticos inflamatórios. Quando os episódios são recorrentes podem causar fibrose e pancreatite crônica. Cabe ressaltar que a frequência de pancreatite aguda é inversamente proporcional ao tamanho dos cálculos biliares, estando a persistência de cálculos no ducto biliar ou na ampola associada à doença mais grave (CECIL, p.1230, 2012). Inúmeros estudos demonstram a importância do diagnóstico da etiologia biliar da pancreatite e do tratamento precoce através da colecistectomia, evitando recorrências que podem ter caráter fatal antes de uma segunda admissão hospitalar.

O quadro clínico típico de um paciente portador de pancreatite aguda é marcado por dor intensa em cólica no andar superior do abdome, irradiada para a região lombar na maioria dos casos. O diagnóstico pode ser feito a partir do quadro clínico e a realização de alguns exames tais como determinação do aumento dos níveis de lipase e amilase pancreáticas e achados sugestivos nos exames de imagem (ultrassom e/ou TC) (DÚRON, 2018). A etiologia da pancreatite biliar será determinada por esses exames de imagem pela presença dos cálculos biliares.

O manejo clínico específico é dessa forma, subdividido em prevenção da infecção (antibioticoterapia profilática), dieta zero inicialmente, seguida do estabelecimento da nutrição enteral como suporte nutricional, se necessário (DURÓN 2018), inibição da secreção pancreática (glucagon intravenoso e somatostatina), inibição das enzimas pancreáticas, inibição da resposta inflamatória e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica - CPRE. Na pancreatite aguda biliar, a colecistectomia deve ser realizada quando houver remissão do processo inflamatório (GARDEN 2016).

O presente estudo tem como objetivo analisar os prontuários dos pacientes com quadro de pancreatite biliar internados na Unidade de Cirurgia Geral (UCG) do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) durante o ano de 2018. Bem como analisar o quadro clínico e o tempo de evolução da doença biliar nos pacientes portadores de pancreatite biliar. Além de apresentar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes portadores de pancreatite biliar. E, também, descrever as complicações decorrentes da pancreatite biliar, levando também em consideração as comorbidades associadas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pancreatite aguda está entre os distúrbios gastrointestinais mais comuns com necessidade de internação hospitalar. No que tange à sua epidemiologia, grande parte dos casos é leve e autolimitada, 30% se apresentam como quadro moderado ou grave e 10% como gravíssimos. O comprometimento funcional do pâncreas é determinante de gravidade e de mortes precoces. A mortalidade dessa patologia está em cerca de 3-6%, aumentando porém com a gravidade do caso, podendo chegar a 30% na pancreatite aguda grave ou na presença de infecções secundárias (DURÓN, 2018). Tem sido possível observar um aumento na incidência dessa patologia, tanto nas de causa alcoólica quanto nas de causa biliar, sendo a última justificada pelo aumento da obesidade na população e no seu envelhecimento, os quais são fatores de risco para a formação de cálculos biliares (RIBEIRO, 2017).

A etiologia biliar é a primeira causa de pancreatite aguda, sendo mais prevalente em mulheres (DURÓN, 2018). A patogenia dessa doença é explicada por três teorias principais: a primeira é a do “canal comum de Opie”, a qual propõe que um cálculo retido na papila de Vater provoca refluxo de bile e suco pancreático para o sistema ductal intrapancreático através de um canal biliopancreático comum; a segunda é a do refluxo duodenal que propõe que a passagem do cálculo pela papila de Vater lesiona o esfíncter de Oddi, tirando sua funcionalidade e permitindo o refluxo de conteúdo duodenal para o sistema pancreático; e por fim, a terceira que propõe que a migração do cálculo provoca obstrução da drenagem pancreática, ocasionando uma hipertensão intraductal, iniciando o processo de pancreatite aguda (RIBEIRO, 2017).

Levando em consideração o que há na literatura atual, a patogênese da pancreatite aguda se resume em três fases. A fase inicial engloba eventos que levam à lesão acinar e o início da inflamação local. A conversão prematura de tripsinogênio, pela ativação de enzimas digestivas, é considerada o primeiro estágio importante na indução dessa lesão. A diminuição extracelular do pH, consequência da presença de ácidos biliares em altas doses inibindo a secreção ductal, pode estar relacionada com esta ativação, por exemplo. A segunda envolve a progressão da resposta inflamatória local inicial – autodigestão - para uma resposta inflamatória sistêmica. A liberação de mediadores resulta na infiltração leucocitária, que libera por conseguinte enzimas e radicais de oxigênio, o que desencadeia a lesão endotelial e do parênquima pancreático, podendo ocorrer distúrbios da microcirculação e disfunção da coagulação. A ocorrência de uma resposta imune desregulada pode resultar em inflamação sistêmica, que corresponde clinicamente à Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) e disfunção orgânica. E por fim, a fase de evolução secundária, na qual é gerada uma resposta anti-inflamatória compensatória, CARS (*Compensatory Anti-inflammatory Response Syndrome*), capaz de resultar em complicações infecciosas que agravam a inflamação local e sistêmica pré-existentes (CARVALHO, 2017).

A pancreatite aguda é uma doença de quadro clínico variável, mas em geral caracterizado por dor abdominal, que deve ser bem caracterizada na história clínica, sendo esta habitualmente constante e bastante desconfortável. Pode ser localizada no epigástrico,

quadrante superior esquerdo, flancos ou tórax, ou difusa por todo abdome. A dor pode ou não ter irradiação, porém quando presente é em geral dorsal, com alívio ao se sentar ou inclinar anteriormente. A intensidade da dor pode ser variável. É frequente a presença de náuseas, vômitos e obstipação. A febre está presente em 76% dos casos, taquicardia em 65%, defesa à palpação abdominal em 68%, distensão abdominal 65%, icterícia em 28% e dispneia em 10%. Em alguns casos mais graves, pode-se notar a manifestação de instabilidade hemodinâmica, além da ocorrência de hematêmese ou melena. Quando ocorre a pancreatite necrótica grave, pode surgir o sinal de *Cullen* - cor azulada em torno do umbigo e o sinal de *Grey-Turner* – cor vermelho-acastanhada nos flancos (CARVALHO, 2017).

Para se realizar o diagnóstico de pancreatite aguda é necessário que dois desses critérios estejam presentes: dor abdominal compatível com a doença; atividade da lipase sérica (ou amilase) pelo menos três vezes superior ao limite dos valores normais; e achados característicos na tomografia computadorizada com contraste endovenoso, ou com menor frequência, na ressonância magnética nuclear ou ecografia abdominal (CARVALHO, 2017). O diagnóstico baseia-se então em parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem. A presença destes achados torna-se então importante para a definição da gravidade do caso e são avaliados juntamente com o grupo de critérios prognósticos disponíveis, dentre os mais utilizados na prática clínica estão os critérios de Ranson e APACHE-II, que apresentam maior sensibilidade (RIBEIRO, 2017).

Dentre os exames laboratoriais, os níveis de ALT/ TGP (aminotransferase de alanina) se apresentam média superior em pacientes com pancreatite biliar, sendo assim, alterações nos valores acima de 150U/L, podem ser consideradas um critério para predição da etiologia biliar. Os níveis de AST/ TGO (aminotransferase de aspartato) também podem ser diferentes de acordo com a etiologia, porém o uso desse como preditor de pancreatite biliar é limitado, visto que em níveis acima de 170 U/L apresenta baixa sensibilidade e alta especificidade. Já em relação à Fosfatase Alcalina (FA), há um aumento significativo nos pacientes de causas biliares (NIEHUES, 2017).

O tratamento da pancreatite aguda deve ser realizado conforme a sua etiologia e sua gravidade. Em geral os pacientes necessitam de hospitalização. As primeiras 48-72h de internação serão destinadas a detectar o agravamento, monitoramento completo do paciente (pressão arterial, saturação de oxigênio e quantificação da urina). A etapa seguinte é a avaliação da necessidade de reanimação com fluidos – em casos de perdas substanciais para o terceiro espaço ou esgotamento de volume intravascular- e se preciso, administração agressiva de fluidos parenterais durante as primeiras 24h, sendo esse feito capaz de reduzir a morbimortalidade. Esta reposição pode ser realizada com administração de solução cristalóide balanceada 200-500mL/hora ou 5-10mL/Kg/hora (DURÓN, 2018).

O aporte nutricional é outro fator determinante a ser considerado no tratamento de pacientes com pancreatite aguda. Na doença leve há indicação de jejum oral com retomada progressiva da alimentação, iniciando com líquidos sem resíduos. Caso não ocorra aceitação da dieta durante 5-7 dias, está indicada a administração de dieta enteral com posicionamento de sonda pós-pilórica. Já na pancreatite aguda grave, ocorre a suspensão da ingestão oral e

está indicada preferencialmente a dieta enteral, assim que se consegue a estabilização hemodinâmica do paciente, com posicionamento da sonda no jejuno. Essa conduta é mais utilizada do que a nutrição parenteral por esta estar menos associada a complicações infecciosas. A dieta na pancreatite deve ser rica em carboidratos, proteínas e com teor de lipídeos inferior a 30% da ingestão energética, para evitar a estimulação da secreção pancreática (SCALZER, 2017).

O uso de antibióticos é evitado, reservando-se o seu uso para os casos suspeitos ou confirmados de infecções locais ou extrapancreáticas. Pondera-se também o uso de heparina, sendo essa associada a melhor evolução em pancreatites moderadas e graves, pois se relaciona com uma menor incidência de necrose, pela capacidade de melhorar a microcirculação. Probióticos e prebióticos são contraindicados (DURÓN, 2018).

A realização da CPRE é considerada tanto para diagnóstico quanto para tratamento nos casos de pancreatite biliar. A inclusão da esfínterectomia está relacionada com a diminuição da mortalidade e de complicações, em comparação com os casos sem utilização da esfínterectomia. Há uma limitação de seu uso em pacientes com colangite excessivamente agregada. O seu uso é indicado principalmente quando há coledocolitíase documentada, icterícia, aumento progressivo de testes de função hepática ou dilatação persistente do ducto biliar (DURÓN, 2018).

E por fim, o tratamento da pancreatite biliar se encerra com a realização da colecistectomia – laparoscópica ou aberta. O tempo para que seja realizada dependerá da situação clínica do paciente. Em casos de recuperação de uma pancreatite aguda biliar leve, o manejo cirúrgico definitivo para prevenção de novo quadro de pancreatite aguda biliar deve ser idealmente feito na mesma internação hospitalar, não devendo ultrapassar quatro semanas após a alta hospitalar. Em casos graves, a colecistectomia deve ser realizada quando o processo inflamatório tiver diminuído e o procedimento seja potencialmente mais fácil (GARDEN, 2016).

O diagnóstico bem fundamentado, cuidados de apoio de alta qualidade, monitorização e tratamento adequado são fatores que influenciam o prognóstico do paciente com pancreatite aguda. Os casos mais graves estão associados à hospitalização prolongada e maior taxa de mortalidade, que varia entre 30 e 50%. Considera-se ainda, o risco de um segundo episódio de pancreatite aguda em pacientes com causas biliares significativamente alto, pelo menos 50% em curto prazo. Por conta dessa realidade, deve ser oferecido aos pacientes a colecistectomia laparoscópica ou convencional durante a mesma internação hospitalar. Deve-se levar em consideração, entretanto, a necessidade de esperar pelo menos 48 horas após a remissão do quadro clínico para a realização da cirurgia em pacientes com pancreatite aguda grave, por haver uma maior taxa de complicações e de mortalidade operatória nesta situação (NIEHUES, 2017).

METODOLOGIA

O presente trabalho refere-se a um estudo qualitativo, quantitativo, descritivo, retrospectivo, transversal e documental que foi realizado com base na análise de dados dos prontuários dos pacientes portadores de pancreatite aguda biliar tratados na Unidade de Cirurgia Geral (UCG) do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), em Brasília-DF. Os pacientes selecionados foram aqueles cadastrados no sistema TrakCare durante o ano de 2018.

A pesquisa foi realizada na UCG do HRAN, hospital público de 400 leitos, credenciado na especialidade pelo Ministério da Saúde (MS), sendo um dos principais da rede pública de saúde do Distrito Federal e referência regional na condução de casos de pancreatite biliar.

A Unidade de Cirurgia geral possui duas salas de atendimento de pronto socorro, duas enfermarias de observação com 5 leitos cada, centro cirúrgico, ala de recuperação anestésica, salas de ambulatório de pequena cirurgia unidade de internação no 4 andar do hospital com 48 leitos.

Foram analisados 136 prontuários de pacientes submetidos a colecistectomia no ano de 2018. A partir da análise destes prontuários, foram selecionados 23 prontuários de pacientes que tiveram quadro de pancreatite aguda biliar. Para compor a amostra, foram considerados como critérios de inclusão pacientes do sexo masculino e feminino, de todas as faixas etárias admitidos na UCG do HRAN que tiveram diagnóstico de pancreatite biliar durante o ano analisado. Foram excluídos todos os pacientes submetidos a colecistectomia que não tiveram diagnóstico de pancreatite biliar descrito no prontuário eletrônico. Os dados foram coletados de acordo com o formulário em anexo.

As variáveis eleitas para investigação são quadro clínico e evolução da doença biliar nos pacientes com pancreatite biliar; diagnóstico, tratamento e presença de complicações da pancreatite biliar e as comorbidades dos pacientes.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, segundo critérios preestabelecidos no manual de Iniciação Científica.

Este projeto dispensou o uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), visto que se tratou de estudo transversal que empregou apenas informações de prontuários médicos, sistema de informação institucional e/ou demais fontes de dados, como dados clínicos disponíveis no HRAN, sem utilização de material biológico. Todos os dados foram manejados de forma anônima, sem notificação nominal dos participantes da pesquisa. Além disso, os resultados foram apresentados de forma agregada, não permitindo a utilização de dados individuais nem a identificação dos sujeitos da pesquisa.

O trabalho não foi um estudo intervencionista (sem intervenções clínicas), não houve alterações/influências na rotina e tratamento dos sujeitos da pesquisa e conseqüentemente, não houve adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores do estudo se comprometeram, individual e coletivamente, que utilizaram dados provenientes do mesmo apenas para os fins descritos e cumprimento de todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução Conselho Nacional de Saúde número 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Os formulários de coleta de dados de todas as variáveis da pesquisa encontram-se nos anexos para apreciação (ANEXO). Os dados do estudo foram tabulados no programa Excel. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e comparativa, adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realização do trabalho foi selecionado um grupo amostral de selecionados 136 pacientes, admitidos na Unidade de Cirurgia Geral do HRAN com quadro de doença biliar para realização de colecistectomia.

Observou-se uma prevalência de 23 pacientes com o histórico de episódios de Pancreatite Aguda Biliar, totalizando 16,78% dos analisados.

Dentre a população examinada que apresentou quadro de Pancreatite Aguda Biliar, em relação ao sexo, o feminino se mostrou predominante, correspondendo a 73,91%, em comparação a 26,09% do masculino, confirmando a maior prevalência de doenças biliares na população feminina.

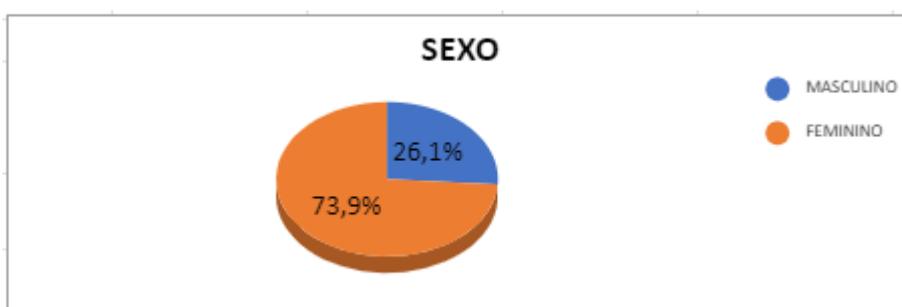


Imagem 1: Representação de porcentagem entre o sexo feminino e masculino nos pacientes diagnosticados com Pancreatite Biliar em 2018 no HRAN.

Em relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes, as principais relatadas foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (27,27%) e dislipidemia (8,69%). Uma porcentagem de 50% dos pacientes negaram doenças prévias. Não sendo analisada a correlação do quadro clínico com a história patológica pregressa relatada na admissão.

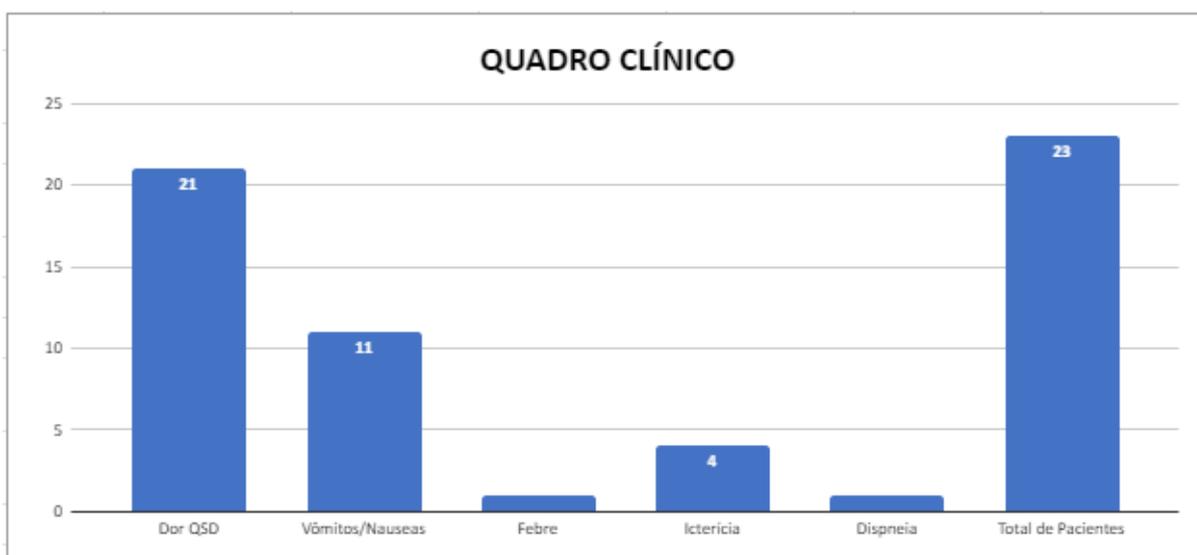


Imagem 2: Relação entre o quadro clínico apresentado pelos pacientes com Pancreatite Biliar em 2018 no HRAN.

A pancreatite aguda de origem biliar tem seu quadro clínico caracterizado pela dor em quadrante superior direito (QSD), associada a náuseas e vômitos. Podendo apresentar em alguns casos icterícia, febre e dispneia (CARVALHO, 2017). Dentre os prontuários utilizados nessa pesquisa foi possível confirmar o padrão de sintomas relatados pelos pacientes, uma vez que 95,65% tinha dor em QSD, 47,82% apresentou náuseas ou vômitos. Porém a icterícia só apareceu em 17,39% e a febre e dispneia em 4,34%.

O trabalho tem como objetivo avaliar a interferência da demora entre o diagnóstico de colelitíase e o seu tratamento e o aumento no risco de desenvolvimento de pancreatite biliar. No Gráfico 3 é possível analisar que 8 dos 23 dos pacientes obtiveram o diagnóstico há mais de 01 ano, correspondendo a 34,78%. O episódio de pancreatite aguda biliar, também teve maior porcentagem há mais de 1 ano antes da resolução definitiva do quadro com a cirurgia.

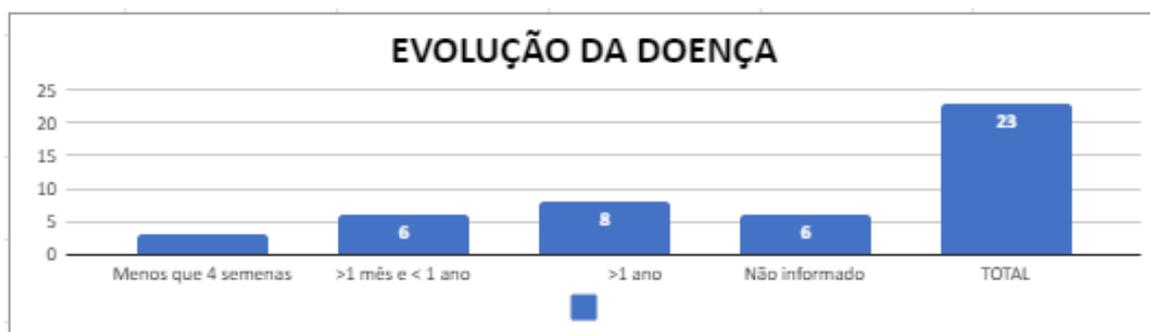


Imagem 3: Relação entre o tempo de diagnóstico de doença biliar e a realização da colecistectomia.

O diagnóstico de Pancreatite Aguda Biliar é definido pela em parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem (RIBEIRO, 2017). Os principais exames complementares utilizados são: Lipase, amilase, Ultrassonografia (USG) e Tomografia computadorizada (TC) (DÚRON, 2018). Na amostra de pacientes analisada, a USG foi utilizada em 100% dos casos, seguida da enzimas pancreáticas, lipase e amilase, em 69,56% e das enzimas canaliculares, gamaglutamiltransferase (GGT) e Fosfatase Alcalina (FAL), em 65,21%. A TC foi realizada em 39,13% dos pacientes e a colangio-ressonância em 8,69%. Em contrapartida, a CPRE, que é considerada para diagnóstico e tratamento, só foi realizada em 13,04% dos casos.

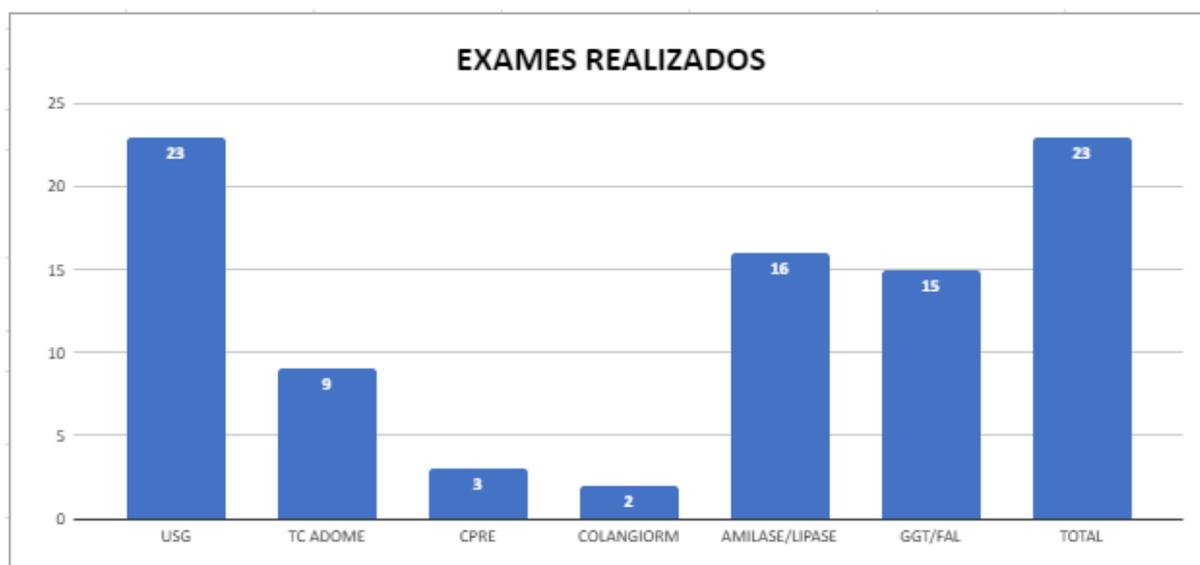


Imagem 4 : Representação gráfica dos exames realizados para complementar o diagnóstico de Pancreatite Biliar realizados em 2018 no HRAN.

Conforme demonstrado na imagem 5, a via de acesso laparoscópica foi utilizada em 20 dos 23 casos de doença biliar, correspondendo a 95,65% relatados em prontuários no ano de 2018 no hospital analisado, já a via aberta foi utilizada em 3 dos 20 casos, correspondendo a 4,36%. Ratificando o que é indicado como método de escolha para o tratamento de doença biliar calculosa sintomática.

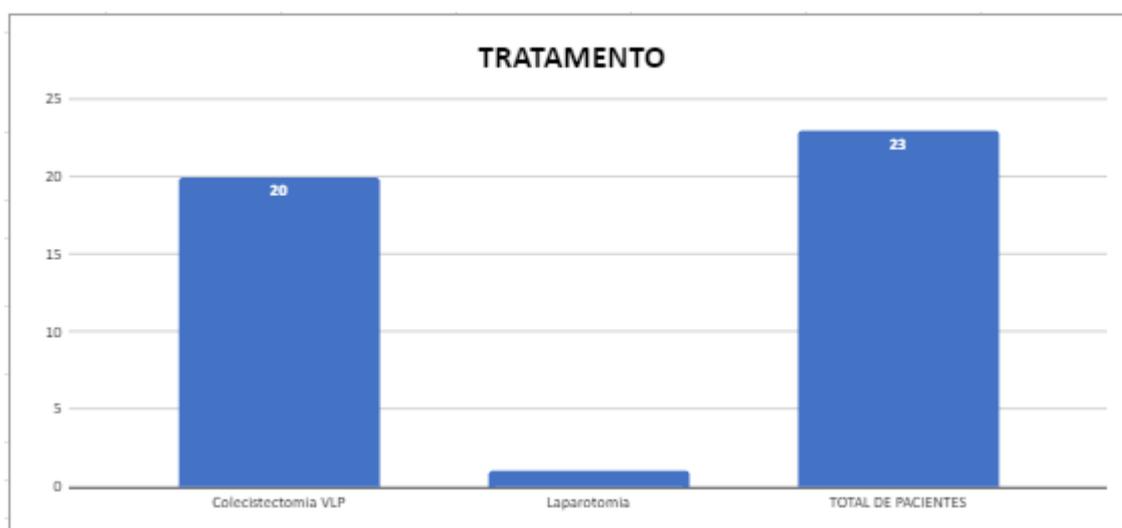


Imagem 5: Relação entre a via de acesso escolhida para realização de colecistectomia no ano de 2018 no HRAN.

O tempo de internação dos pacientes foi, em sua maioria, por mais de 10 dias. De maneira geral, as principais complicações foram Síndrome de Mirizzi, infecção de cateter, coledocolitíase residual pós-cirúrgica e contaminação do sítio cirúrgico, todas apresentando a mesma frequência, correspondendo a 4,54%. Corrobora com a teoria de que a abordagem

cirúrgica encerra o tratamento da pancreatite biliar na grande maioria dos casos (GARDEN, 2016).

Quanto ao desfecho clínico, não houveram óbitos ocasionados por esse quadro clínico nos pacientes do trabalho. Em estudos, a mortalidade máxima observada foi de 50%, associada a casos mais graves e sua internação prolongada ((NIEHUES, 2017).

Além do que foi inicialmente objetivado para análise nesse trabalho, a completude precária dos prontuários disponibilizados foi ponto de extrema importância, uma vez que itens considerados de caráter obrigatórios a serem apresentados - anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e conduta adotada, assim como evoluções diárias e relato de todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido (Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002- Artigo 5º) - não foram encontrados em todos os arquivos do hospital itens como o quadro clínico apresentado na admissão, tempo de evolução da doença biliar, data do diagnóstico de pancreatite biliar, os resultados dos exames realizados e os relatos de achados intraoperatórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível avaliar que a incidência de pancreatite aguda de origem biliar é relevante em relação aos casos de doenças biliares existentes no Hospital Regional da Asa Norte no ano de 2018. Ainda, é notório que a demora no diagnóstico e tratamento da doença biliar corrobora para o surgimento dos quadros de pancreatite aguda biliar. Dessa forma, conclui-se que o tratamento cirúrgico precoce da colelitíase causaria a prevenção da ocorrência de novos quadros de pancreatite dessa etiologia.

Observou-se a utilização dos critérios clínicos e laboratoriais utilizados pela Diretriz Brasileira de Gastroenterologia para o diagnóstico da maioria dos casos de pancreatite biliar. Sendo a dor em andar superior do abdome o critério clínico mais presente e a dosagem de enzimas pancreáticas e USG de abdome os exames complementares mais utilizados.

Tornou-se evidente que o tratamento cirúrgico mais utilizado para resolução dos quadros foi a colecistectomia videolaparoscópica, entrando em consciência com o que é visto na literatura. Em relação às complicações, percebeu-se que a maioria da amostragem obteve sucesso no tratamento, sem demais alterações.

Quanto à análise das comorbidades associadas, não foi possível observar uma correlação consistente entre uma comorbidade mais prevalente e o quadro de pancreatite biliar.

É importante ressaltar que uma das grandes limitações deste estudo se trata do grande número de informações insuficientes e incompletas em muitos prontuários analisados. E ainda levar em consideração a conjuntura do país durante o ano de 2020 e 2021, com a pandemia da COVID-19, dificultando o acesso aos hospitais para realização das coletas de dados deste projeto.

REFERÊNCIAS

ARVALHO, F.M.V. *Pancreatite aguda. Mar, 2017.* 45. Mestrado Integrado em Medicina. FMUP, Portugal, 2016/2017.

CIFTCI, Fatih; ANUK, Turgut. Acute Biliary Pancreatitis in Cholecystectomised Patients. **Northern Clinics Of Istanbul**, [s.l.], p.73-76, 2017. Kare Publishing. <http://dx.doi.org/10.14744/nci.2017.08108>.

DURÓN, D.B.; *Acute Pancreatitis: Current Evidence.* iMedPub Journals, vol. 14, No. 1:4, 1-10, 2018. Março,2018.

GARDEN, O.J.; PARKS, E.W. Cirurgia Hepatobiliar e Pancreática: Tradução 5. ed. Elsevier Editora Ltda, 2016.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012.

NIEHUES, G.D. Avaliação clínico-laboratorial e prognóstico da pancreatite aguda biliar. Arq. Catarin Med. 46(2):02-14, abr-jun 2017.

RIBEIRO, G.F.F. et.al. Etiologia e mortalidade por pancreatite aguda: uma revisão sistemática. Arq. Cartarin Med. 46(4):168-181. out-dez 2017.

Sabiston Tratado de cirurgia. courtney MTowsend et al. 18^a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2010

SCALZER, P. Terapia nutricional mais adequada para pacientes com pancreatite aguda. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(1):85-91, jan-mar, 2017.

ZILIO, Mariana Blanck. Etiologia da pancreatite aguda-revisão sistemática e metanálise. 2018