Litíase biliar (40% dos casos):
Pancreatite aguda biliar

Alcoolismo (30% dos casos):
Pancreatite aguda alcoólica

Idiopática (cerca de 20% dos casos):
- microlitiase biliar (lama biliar)
- disfunção de esfíncter de Oddi

Trauma abdominal

Causas comuns

Genéticas:
- Fibrose cística

Metabólicas:
- Hipertrigliceridemia (1 a 3% dos casos)
- Hipercalcemia (0,2% dos casos)

Induzida por fármacos (2 a 5% dos casos)
- Anti-retrovirais: Pentaminda e Didanosina
- Furosemida e Tiazídicos
- Ácido valpróico
- Estrogênios
- ATB: Metronidazol e Tetraciclina
- Escorpionismo

Infecções:
- infecção viral (Caxumba)
- infecção parasitária (ascaridíase)

Iatrogênica:
- Cirurgias abdominais
- Pos-CPRE

Causas incomuns

Etiologia

Fisiopatologia:
- Evento inicial desencadeador
- Lesão inicial das células acinares
- Liberação de enzimas pancreáticas ativas
- Autodigestão tecidual por enzimas próprias (colocalização)
- Ativação e quimiotaxia de células inflamatórias
- Dano a microcirculação com microtrombose e isquemia progressiva
- Lesão de órgãos contíguos
- Dano da barreira intestinal com translocação bacteriana

Fatores de risco:
- idade > 60
- obesidade: IMC > 30
- presença de comorbidades

Manifestações clínicas:
- dor abdominal contínua em andar superior com disposição em barra e irradiação para dorso
- náuseas
- vômitos
- inquietação, agitação e alívio
- posição antálgica em genupeitoral

80 a 90% dos casos

Sugestivo de Pancreatite aguda adematosa ou intersticial: pancreatite aguda leve

Complicações:
- mortalidade: 1%

10 a 20% dos casos

Sugestivo de Pancreatite aguda edematosa ou necro-hemorrágica: pancreatite aguda grave
- mau estado geral (toxêmico, pálido,hipotenso, taquicárdico, taquipneico,febril)
- sensório deprimido
- distensão abdominal (íleo paralítico)
- sinais de irritação peritoneal (Blumberg)
- sinais cutâneos (Grey-Turner, Cullen, Paniculite, Fox)
- derrame pleural à esquerda (extensão da inflamação)

Complicação:
- SIRS (precoce: < 2 semanas)
- IRA pré-renal e renal (NTA)
- Sepse (tardia: > 2 semanas)
- mortalidade: 30-60%

Diagnóstico: Critérios de Atlanta (pelo menos 2 dos 3):
- Quadro clínico
- Aumento de Amilase e Lipase > 3 x VR
- Imagem radiológica (TCA) compatível

Diagnóstico diferencial:
- UPG
- Colelitíase, Coledocolitíase, Colicistite aguda
- Isquemia mesentérica
- Obstrução intestinal aguda
- IAM inferior
- Dissecção aórtica abdominal
- Gravidez ectópica

Diagnóstico: Pancreatite aguda

Definição da causa:
- USG para pesquisa de coledocolitíase: CPRE para extração
- Droga com potencial efeito colateral: Suspender droga
- História de libação alcoólica

Classificação de gravidade: Prognóstico
- Dosagem de cálcio
- Glicemia
- Transaminases
- LDH
- Gasometria
- Hematócrito
- Leucometria
- Ureia
- Cálcio sérico

Forma leve:
- Escore de Ranson < 3
- Apache II < 8
- Ausência de complicações orgânicas sistêmicas

Forma grave:
- Escore de Ranson >/= 3
- Apache II >/= 8
- Presença de complicações orgânicas sistêmicas

Se:
- paciente cujo diagnóstico clínico é duvido após 48hr
- paciente com Ranson >/= 3 ou Apache II >/= 8 após 48hr
- paciente apresentando deterioração apesar de tratamento conservador
- paciente apresentando deterioração após melhora clínica inicial

TC A contrastada: Critérios de Baltazar
- Grau A: Pâncreas de aparência normal
- Grau B: Aumento focal ou difuso do pâncreas
- Grau C: Alterações pancreáticas associadas à alterações peripancreáticas leves
- Grau D: Coleção fluída em uma única localização (geralmente em no limite do espaço pararrenal anterior)
- Grau E: Duas ou mais coleções fluídas próximas ao pâncreas ou presença de gás (no pâncreas ou peripâncreas)

Pancreatite edematosa: aumento uniforme do pâncreas

Pancreatite necrosante: diminuição do tecido pancreático normal

Necrocalcinose: calcificação difusa do parênquima renal

Tratamento agudo

Da forma leve:
- repouso
- dieta zero inicialmente
- analgesia
- hidratação venosa
- controle eletrolítico e ácido-básico
- antieméticos e CNG

Se etiologia biliar:
Colecistectomia semi-seletiva, de preferência na mesma internação

Da forma grave: CTI
- Repouso
- Dieta oral zero inicialmente
- Analgesia
- Hidratação venosa vigorosa
- Antieméticos e CNG
- Suporte nutricional desde o 1º dia: nutrição enteral jejunal ou nutrição parenteral total se os pacientes não toleram a dieta enteral ou se as necessidades calóricas não são atingidas;
- ATB profilático NÃO é indicado

Se etiologia biliar:
- CPRE para extração ou Papilotomia após 6 semanas se CVL proibitiva
- Colecistectomia semi-eletiva após 6 semanas

Da forma grave complicada

Primeiras 3-4 semanas com:
- febre
- leucocitose
- TC A com bolhas de gás

Diagnóstico: Necrose pancreática infectada

Tratamento:
- punção do tecido necrótico guiada por TC
- exame bacteriológico: gram (-) entéricos, S. aureus, anaeróbios e Candida sp.;
- ATB: imipenem/cipro + metro;
- Necrosectomia: postergar se a condição clínica permitir, mas precoce se piora, hemorragia, perfuração, síndrome do compartimento abdominal

Primeiras 4-6 semanas com:
- febre
- leucocitose
- massa palpável
- níveis flutuantes de amilasemia
- deterioração após melhora inicial
- TC A com coleção fluída heterógenea

Diagnóstico: Abscesso pancreático

Tratamento:
- Punção guiada por método de imagem
- Drenagem externa cirúrgica

Primeiras 4-6 semanas com:
- TC A com coleção fluída
- persistência da amilase aumentada

Diagnóstico: Pseudocisto pancreático

Tratamento

Mínimos sintomas e sem crescimento:
USG seriada expectante

Sintomáticos e aumento progressivo:
1) Abordagem endoscópica
2) Abordagem cirúrgica

Complicações:
- Comunicação com ducto pancreático principal
- Comunicação com ducto pancreático secundário
- Rotura com Ascite pancreática
- Fistula pancreaticopleural
- Fistula pancreaticoentérica
- Obstrução intestinal