

Antibioticoprofilaxia na pancreatite aguda (PA) grave: relato de caso e revisão da literatura

Prophylactic antibiotics in severe acute pancreatitis (AP): a case report and review

Cintia Domingues Bernardes¹, Elisa de Paula França¹, Fabiana Arantes de Araújo¹, Fernanda Silva Trindade¹, Louise Galantini Lana¹, Marcela Alves Girundi¹, Maria Carolina Magalhães de Castro¹, Vinícius de Moura Domingues¹, Henrique Neves da Silva Bittencourt²

RESUMO

A pancreatite aguda possui espectro de manifestações muito variáveis, desde formas leves e autolimitadas até graves com disfunção de múltiplos órgãos. Sua abordagem é controversa, principalmente quanto à utilização de antibioticoprofilaxia. O objetivo deste trabalho é analisar a abordagem de um caso de pancreatite aguda grave, acompanhada no Hospital das Clínicas da UFMG, em relação à antibióticoprofilaxia.

Palavras-chave: Pancreatite/terapia; Pancreatite Necrosante Aguda; Antibioticoprofilaxia.

ABSTRACT

The acute pancreatitis has a range of various manifestations since mild cases until severe forms associated with multiple organs dysfunction. The management of the acute pancreatitis is controversial, mainly in relation to the use of the prophylactic antibiotics. The aim of this article is to analyze the management of a severe acute pancreatitis in the Hospital das Clínicas da UFMG with emphasis in the use of prophylactic antibiotics.

Key words: Pancreatitis/therapy; Pancreatitis, Acute Necrotizing; Antibiotic Prophylaxis.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é uma emergência abdominal com curso grave em cerca de 20% dos casos, sendo 10 a 30% fatais² e 80% das mortes associadas à infecção secundária do pâncreas e área peripancreática.³ A antibioticoprofilaxia, entretanto, não constitui consenso na abordagem da PA. O caso aqui apresentado objetiva discutir possíveis abordagens a partir do confronto de um exemplo da prática com a contraditória literatura sobre o tema.

RELATO DO CASO

Homem de 55 anos de idade, admitido no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG) com queixa de dor profunda no abdômen superior, de moderada intensidade, em faixa, com irradiação para o dorso, associada a náuseas, vômitos e anorexia. Etilista há 12 anos (600 mL/dia), em abstinência há 18 dias. Hipertensão crônica, em uso de Captopril 25 mg MID. Sem outras comorbidades progressivas.

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFMG
² Doutor Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG

Instituição:
Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

Endereço para correspondência:
Av. Prof. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte, MG, Brasil.
CEP: 30130-100
Email: elisafranca86@yahoo.com.br

Apresentava, ao exame físico, frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial sistêmica de 150/90 mmHg e temperatura axilar de 38,1°C. O abdômen estava distendido, timpânico e doloroso à palpação da fossa ilíaca esquerda.

Os exames laboratoriais à admissão mostravam amilase de 33 U/L (VR 20 a 104 U/L), lipase de 226 U/L (VR < 60U/L), proteína C reativa de 269 mg/dL (VR < 8mg/dL), cálcio total de 8,0 mg/mL (VR 8,6 a 10 mg/mL), glicemia de 99 mg/dL e creatinina sérica de 2,9 mg/dL (VR 0,7 a 1,3). O hemograma revelava leucócitos 28.500 cel/mm³, com 82% neutrófilos e 7% bastonetes, hemoglobina de 12,1 g% e plaquetas de 679.000 cel/mm³. A ultrassonografia abdominal (US) revelou pâncreas aumentado, hipocogênico e com contornos mal definidos, dados sugestivos de PA. A tomografia computadorizada (TC) de abdômen mostrou: pâncreas edemaciado e heterogêneo com limites imprecisos, inflamação peripancreática com derrame na loja pré-renal, consolidação em base pulmonar esquerda e pequeno derrame pleural, indicando processo inflamatório agudo.

Foi suspensa a dieta por via oral e iniciadas hidratação venosa, analgesia e antibioticoterapia com Ciprofloxacina 400mg MID e Metronidazol 500 mg TID.

O paciente manteve leucócitos de 28.000 cel/mm³ com 12% de bastonetes e creatinina sérica em seu valor máximo de 3,3 mg/dL, apesar de diurese satisfatória e exames de urina rotina e Gram de gota normais.

O paciente passou a apresentar, sete e seis dias após a internação e o início da antibioticoterapia, respectivamente, picos de aumento da temperatura, em torno do máximo de 38,4°C, mas com melhora da dor abdominal, embora sem retorno do apetite, apesar da liberação da dieta oral. A contagem de leucócitos reduziu para 9.080 cel/mm³.

Aos dez dias de internação, nova TC de abdômen mostrou tecido pancreático com área heterogênea ao redor, coleção peripancreática, ausência de áreas de necrose e rins sem alterações.

Observou-se, um dia após, tendência a normalização da curva térmica e da função renal. A alta ocorreu a seguir em boas condições clínicas. Os antibióticos foram suspensos à alta, e o paciente foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de PA é baseado em parâmetros clínicos, como dor abdominal característica e náuseas, associados à elevação dos níveis de enzimas

pancreáticas no sangue. Os exames de imagem são úteis na confirmação do diagnóstico e na exclusão de outras causas de abdômen agudo.²

A terapêutica adequada requer a predição da gravidade da crise de pancreatite, que pode ser determinada pela presença de um dos cinco critérios de Atlanta: (a) complicações locais (abscesso, necrose e pseudocisto); (b) complicações sistêmicas; (c) falência de órgãos; (d) escala de Ranson com pelo menos três critérios; ou (e) escala de Apache II com pelo menos oito critérios, nas primeiras 48 horas.⁴ No caso aqui relatado, diagnosticou-se PA alcoólica pelas manifestações clínicas, confirmada pela US e pela TC. As alterações clínicas eram graves, pois houve acometimento renal (creatinina > 2 mg/dL) e pulmonar (consolidação e derrame), além de elevação da proteína C reativa, critério que tem se tornado de confiabilidade na predição da gravidade.²

A maioria dos casos de PA é leve com recuperação em cinco a sete dias de tratamento suportivo.¹ O paciente pode evoluir, entretanto, para estado crítico devido a complicações como infecção, que aumenta a mortalidade em mais de 40%.⁵ Dentre os casos fatais, 80% decorrem de infecção secundária do pâncreas e área peripancreática, geralmente tardia (após a segunda semana). Por isso a importância clínica de se considerar a antibioticoprofilaxia para prevenir a sepse e a progressão da necrose pancreática.

A questão que se apresenta é se a antibioticoprofilaxia realmente deve ser utilizada e quando deve ser utilizada, uma vez que não é inócua. Estudos experimentais avaliam que ela pode prevenir infecção, mas também promover resistência bacteriana, alterar a microbiota e favorecer infecção fúngica, especialmente se utilizada por 10 a 14 dias.⁵ Alguns estudos mostram redução da mortalidade na PA grave com o uso de antibioticoprofilaxia, mas não da infecção na necrose.⁵⁻⁸ Avery *et al.* afirmam que não há justificativa para essa conduta em pacientes sem necrose e não recomendam o uso rotineiro de antibióticos sistêmicos na PA necrotizante.¹⁰ A aplicação da metanálise para aferir o valor da antibioticoprofilaxia EV na PA não evidenciou decréscimo significativo da infecção e da mortalidade na forma necrotizante.¹¹ Outros estudos confirmam esses dados,¹² e a antibioticoprofilaxia deve ser aplicada apenas em pacientes com mais de 30% do tecido pancreático com necrose.¹³

As contradições existentes são causadas principalmente pela diversidade de estudos envolvendo o tema, nos quais os critérios de inclusão são variáveis (PA grave e PA necrotizante principalmente), assim como os antibióticos utilizados e o momento do iní-

cio de sua administração, o que dificulta comparações entre as diversas pesquisas.

Optou-se, no caso aqui apresentado, pela administração de Ciprofloxacina e Metronidazol. O estudo que administrou esses antibióticos na PA grave não mostrou redução significativa no risco de desenvolver pancreatite infectada, nem na mortalidade na PA necrotizante.⁹ A escolha do antibiótico como profilaxia baseou-se na classificação da gravidade apresentada, na ausência de necrose e no custo da terapêutica. A boa evolução clínica do paciente mostrou que, nesse caso, a antibioticoprofilaxia foi associada a um curso favorável.

CONCLUSÃO

A abordagem da PA é controversa, principalmente quanto à utilização de antibioticoprofilaxia. Este trabalho apresenta a abordagem de um caso de PA em que a antibioticoprofilaxia foi instituída com boa evolução clínica, apesar da gravidade dos critérios que definem sua intensidade.

REFERÊNCIAS

1. Vege SS, Chari ST. Treatment of acute pancreatitis. Up to date; 2009;
2. Whitcomb DC. Acute Pancreatitis. *N Eng J Med.* 2006; 354(20):2142;
3. Laws HL, Kent RB, 3rd. Acute pancreatitis: management of complicating infection. *Am Surg.* 2000; 66(2):145-52;
4. Bradley EL III. A clinically based classification system for acute pancreatitis: summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga., September 11 through 13, 1992. *Arch Surg.* 1993; 128:586;
5. Villatoro E, Bassi C, Larvin M. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. *Cochrane database. Syst Rev* 2006;
6. Sharma VK, Howden CW. Prophylactic Antibiotic Administration Reduces Sepsis and Mortality in Acute Necrotizing Pancreatitis: A Meta-Analysis. *Pancreas.* 2001; 22(1):28-31;
7. Heinrich S, Schafer M, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms. *Ann Surg.* 2006; 243:154;
8. Sainio V, Kempainen E, Puolakkainen P, Taavitsainen M, Kivisaari L, Valtonen V *et al.* Early antibiotic treatment in acute necrotizing pancreatitis. *Lancet.* 1995; 346:663;
9. Isenmann R, Runzi M, Kron M, *et al.* Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: A placebo-controlled, double blind trial. *Gastroenterology.* 2004; 126:997;
10. Nathens AB, Curtis JR, Beale RJ, Cook DJ, Moreno R, Romand JA, *et al.* Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis. *Crit Care Med.* 2004; 32(12):3524;
11. Bai Y, Gao J, Zou DW, Li ZS. Prophylactic antibiotics cannot reduce infected pancreatic necrosis and mortality in acute necrotizing pancreatitis: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Gastroenterol.* 2008; 103:104;
12. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:2379.;
13. Forsmark CE, Baillie, J. AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis. *Gastroenterology.* 2007; 132:2022