

Pancreatite Aguda Recorrente – Etiologia e Diagnóstico

Pancreatite Aguda Recorrente (PAR) é definida como dois ou mais episódios de pancreatite aguda (PA), com intervalo de no mínimo 3 meses entre os eventos, na ausência de sinais de pancreatite crônica (PC).

- No geral, a etiologia dos episódios de pancreatite consegue ser elucidada em 70-90% dos casos, com a investigação adequada.
- Ainda assim, com todas as armas diagnósticas disponíveis hoje, 10-30% dos casos permanecem sem etiologia definida.
- O risco de recorrência após um episódio de pancreatite aguda é de 11-32%

Etiologia

As principais causas de pancreatite aguda de repetição são:

- Litíase biliar – assim como em episódios únicos, a litíase biliar é a principal causa de PAR, sendo responsável por cerca de 40% dos casos.
- Alcool: o consumo de álcool é fator de risco para pancreatite aguda, pancreatite aguda recorrente e pancreatite crônica. Nos EUA, estima-se que 30% das PAR sejam causadas por libação alcoólica, geralmente em indivíduos já etilistas.
- Tabagismo: o tabagismo atualmente é reconhecido como fator de risco independente para PA e PAR
- Obstruções ductais por neoplasias de pâncreas ou peri-ampulares.
- Medicamentos: algumas medicações são causadoras de PA e

PAR, embora seja difícil estabelecer a relação causa/efeito. Nos casos suspeitos, é recomendado que se afaste outras etiologias mais frequentes.

- Hipertrigliceridemia: o aumento de triglicérides séricos (> 1000 mg/dL) está relacionado com episódios únicos ou recorrentes de PA.
- Pancreatite auto-imune: a PAI tipo II (doença restrita ao pâncreas) pode ser causa de PAR, embora não se saiba a real prevalência. A doença por IgG4 (Pancreatite auto-imune tipo I) raramente é causa de PAR
- Anormalidades genéticas: a genética envolvida em doenças pancreáticas é bastante complexa. Sabe-se que variantes patogênicas de alguns genes como: CFTR, PRRS-1, CTSC, SPINK-1 estão mais presentes em pacientes com PAR, sugerindo que possam ter relação com o aparecimento do quadro clínico

Possíveis etiologias controversas

- *Pancreas divisum*: a variação anatômica de dominância do ducto dorsal é presente em até 10% da população, e 95% não apresenta nenhum sintoma pancreático. Entretanto, ao estudar a população com PAR, a prevalência do *pancreas divisum* pode chegar a 50%. Ainda assim, não está estabelecido como causa de PAR.
- Disfunção do esfíncter de Oddi (SOD): a anormalidade está presente em apenas 1,5% da população, entretanto é muito mais frequente nas PAR idiopáticas (até 72%). A suspeita deve ser levantada quando, além da dor e elevação de enzimas pancreáticas, observamos elevação de enzimas canaliculares.

Como investigar

O primeiro passo diante de um quadro de PAR é a exclusão de malignidades e da própria pancreatite crônica. Uma boa história clínica e exame físico podem nos direcionar para alguns fatores de risco, como etilismo e tabagismo ou uso de medicações, ou sintomas sugestivos de pancreatite crônica.

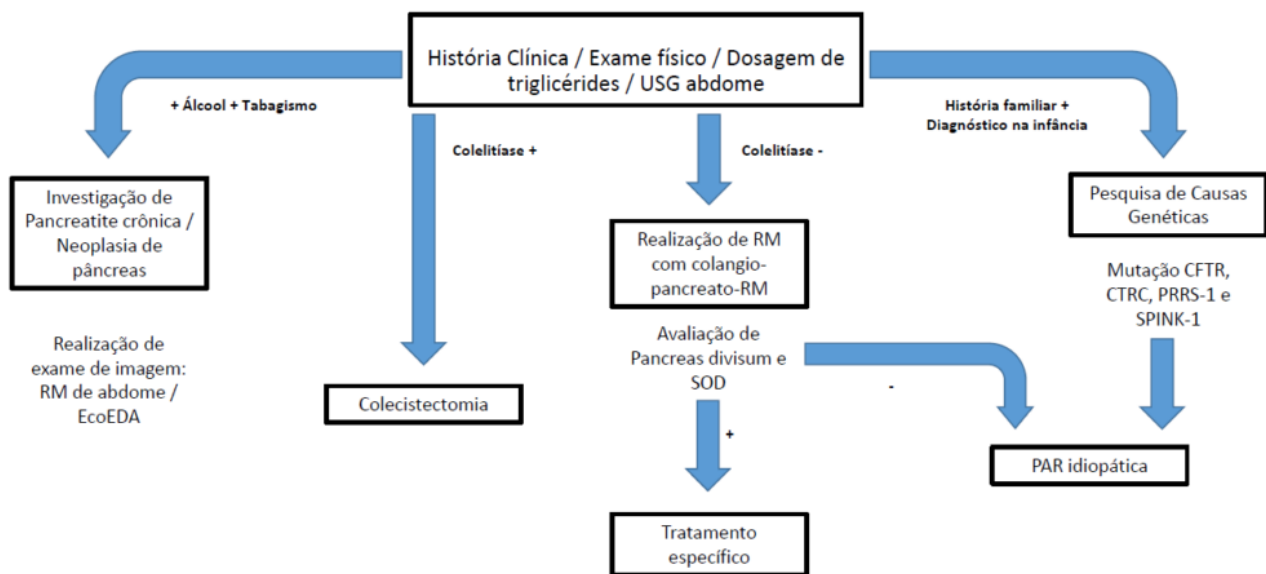
Uma imagem adequada da glândula, através da ressonância magnética com colangio-pancreato ressonância pode afastar a possibilidade de neoplasias pancreáticas ou peri-ampulares.

A ecoendoscopia tem acurácia semelhante à RM para exclusão de tumores, entretanto pode auxiliar no diagnóstico de pancreatite crônica precoce, além de afastar o diagnóstico de microlítiase, que pode ser a etiologia da PAR. Em lugares em que há disponibilidade, é interessante realizar o exame.

A pesquisa genética pode ser realizada nos pacientes com PAR, especialmente se o quadro clínico se der em pacientes jovens ou com histórico familiar de pancreatite. Entretanto deve-se atentar para o real benefício da testagem, visto que não há terapia específica possível no caso de diagnóstico de mutação, e o custo da pesquisa ainda é elevado.

A manometria do esfíncter de Oddi é o exame adequado para os casos de suspeita de disfunção do esfíncter, entretanto esse exame é pouco disponível no Brasil, além do risco de 25% de pancreatite aguda pós procedimento. Além disso, nos casos de SOD sem dilatação de ductos na imagem (SOD tipo III), a sensibilidade do exame é apenas 42%.

Abaixo, um algoritmo para investigação de casos de pancreatite aguda recorrente:



Referências Bibliográficas

1. Guda MN et al. Recurrent Acute Pancreatitis International State-of-the-Science Conference With Recommendations. *Pancreas* 2018;47: 653–666
2. Jagannath S, Garg PK. Recurrent Acute Pancreatitis: Current Concepts in the Diagnosis and Management. *Curr Treat Options Gastro* (2018) 16:449–465.
3. Rehman A et al. Sphincter of Oddi dysfunction: an evidence-based review. *Curr Treat Options Gastro* (2018) 16:449–465.
4. Somogyi L et al. Recurrent Acute Pancreatitis: An Algorithmic Approach to Identification and Elimination of Inciting Factors. *Gastroenterology* 2001;120:708–717
5. [Imagem de macrovector](#) no Freepik

Como citar este artigo

Marzinotto, M. Pancreatite Aguda Recorrente – Etiologia e Diagnóstico. *Gastropedia* 2023, vol 1. Disponível em: gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/pancreas/pancreatite-

[aguda-recorrente](#)