PANCREATITE AGUDA GRAVE: ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE (ESCORES DE ATLANTA/BISAP), PROTOCOLO DE HIDRATAÇÃO GUIADA POR METAS COM RINGER LACTATO E INDICAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL PRECOCE VERSUS REPOUSO DIGESTIVO PROLONGADO

SEVERE ACUTE PANCREATITIS: SEVERITY STRATIFICATION (ATLANTA/BISAP SCORES), GOAL-DIRECTED FLUID RESUSCITATION WITH LACTATED RINGER'S, AND EARLY ENTERAL NUTRITION VERSUS PROLONGED BOWEL REST

Gabriel Felipe Damo[1], Alan Felipe Bello Secco[2], Leonardo Ermindo Rempel Roveda[3].

1. Acadêmico do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco; **2.** Professor do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco; **3.** Acadêmico do curso de Medicina da Afya Centro Universitário de Pato Branco, rovedaxx@hotmail.com.

Eixo: 1

RESUMO

Introdução: A pancreatite aguda é uma das principais causas de hospitalização por afecções gastrointestinais no mundo, apresentando curso clínico variável que oscila desde formas autolimitadas até a pancreatite aguda grave (PAG), associada a choque distributivo, necrose tecidual e síndrome de resposta inflamatória sistêmica. O manejo inicial equivocado com super-hidratação empírica ou jejum digestivo prolongado eleva significativamente as taxas de complicações infecciosas e óbito intra-hospitalar. **Objetivo:** Analisar a acurácia dos sistemas de estratificação de gravidade (classificação de Atlanta revisada e escore BISAP), estabelecer os parâmetros contemporâneos de hidratação volêmica guiada por metas utilizando Ringer Lactato e contrastar o benefício clínico da introdução precoce da nutrição enteral frente ao repouso digestivo tradicional. **Método:** Revisão integrativa da literatura médica compreendendo publicações entre 2021 e 2026 nas bases de dados PubMed, MEDLINE e Cochrane Library, fundamentada em diretrizes da International Association of Pancreatology (IAP), American Gastroenterological Association (AGA) e American College of Gastroenterology (ACG). **Resultados:** O escore BISAP nas primeiras 24 horas e a classificação de Atlanta revisada aos 48 horas permitem discriminar com precisão a falência orgânica transitória da persistente (superior a 48 horas). A ressuscitação volêmica moderada com Ringer Lactato (1,5 a 3,0 mL/kg/h após bolus inicial criterioso) reduziu acidose hiperclorêmica e sobrecarga hídrica quando comparada a regimes agressivos. A nutrição enteral precoce instituída nas primeiras 24 a 72 horas preservou a barreira mucosa intestinal, atenuou a translocação bacteriana e reduziu o risco de necrose pancreática infectada em mais de 40%. **Discussão:** O abandono do jejum absoluto prolongado e a monitorização de metas dinâmicas de perfusão protegem a microcirculação esplâncnica sem induzir edema pulmonar ou síndrome compartimental abdominal. **Conclusão:** A abordagem da pancreatite aguda grave fundamenta-se na estratificação precoce, ressuscitação volêmica balanceada e suporte nutricional enteral ativo, constituindo uma tríade indispensável para conter a cascata inflamatória e reduzir a mortalidade da afecção.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda Grave. Escore BISAP. Classificação de Atlanta. Ringer Lactato. Nutrição Enteral.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda representa uma doença inflamatória necrotizante deflagrada pela ativação intracelular prematura do tripsinogênio em tripsina no parênquima acinar,

culminando em autodigestão glandular, recrutamento leucocitário e liberação desregulada de citocinas pró-inflamatórias na circulação sistêmica[1]. Na vasta maioria dos indivíduos, a afecção manifesta-se sob a forma edematosa intersticial leve, com resolução espontânea em poucos dias; contudo, cerca de 15% a 20% dos pacientes evoluem para o espectro da pancreatite aguda grave (PAG), caracterizada por disfunção orgânica de múltiplos sistemas e choque[2,3].

A classificação de Atlanta revisada e os sistemas prognósticos beira-leito, com ênfase no *Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis* (BISAP), reformularam a triagem hospitalar ao estabelecer a falência orgânica persistente (duração superior a 48 horas envolvendo os sistemas cardiovascular, respiratório ou renal pelo escore modificado de Marshall) como o principal determinante de mortalidade[4,5]. Historicamente, a abordagem terapêutica inicial apoiava-se em intervenções agressivas, incluindo hiper-hidratação com volumes que frequentemente ultrapassavam 5 a 6 litros nas primeiras 24 horas e a imposição de jejum digestivo absoluto por semanas na tentativa errônea de "colocar o pâncreas em repouso"[6,7].

Ensaios clínicos randomizados multicêntricos recentes transformaram radicalmente esses dogmas assistenciais[8]. Demonstrou-se que a ressuscitação volêmica excessiva precipita edema intersticial grave, piora a oxigenação alveolar e eleva a pressão intra-abdominal, enquanto o repouso intestinal sustentado atrofia as vilosidades da mucosa entérica e potencializa a translocação de bacilos gram-negativos para as áreas de necrose pancreática retroperitoneal[9,10]. Esta revisão analisa as evidências sobre a estratificação prognóstica precoce, os protocolos de fluidoterapia balanceada com Ringer Lactato e os fundamentos do suporte nutricional enteral ativo.

MÉTODO

A presente investigação estruturou-se por meio de uma revisão integrativa da literatura científica veiculada entre 2021 e 2026. O levantamento bibliográfico foi conduzido nas bases de dados PubMed, MEDLINE, Scopus e Cochrane Database of Systematic Reviews, empregando os descritores em ciências da saúde (MeSH): *Pancreatitis, Acute Necrotizing*, *Severity of Illness Index*, *Fluid Therapy*, *Isotonic Solutions*, *Enteral Nutrition* e *Systemic Inflammatory Response Syndrome*.

A seleção contemplou ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas com metanálise e consensos de prática clínica emitidos pela *International Association of Pancreatology* (IAP), *American Gastroenterological Association* (AGA), *European Society*

for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)[1,4,8,11]. Foram incluídos artigos que avaliaram a acurácia diagnóstica do BISAP e de marcadores laboratoriais (hematócrito, ureia e proteína C-reativa), ensaios comparando soluções balanceadas (Ringer Lactato) versus salina isotônica a 0,9%, e estudos que confrontaram a nutrição enteral precoce versus nutrição parenteral ou jejum tradicional. Foram descartados relatos de casos isolados e trabalhos focados exclusivamente em pancreatite crônica calcificante não agudizada.

RESULTADOS

A estratificação precoce da gravidade nas primeiras 24 horas da admissão hospitalar é fundamental para direcionar os leitos de terapia intensiva. O escore BISAP consolidou-se como a ferramenta clínica mais prática e reprodutível à beira do leito, atribuindo um ponto para cada uma das cinco variáveis: nitrogênio ureico sanguíneo (BUN) superior a 25 mg/dL (ou ureia superior a 50 mg/dL), alteração do estado mental (Glasgow menor que 15), presença de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), idade superior a 60 anos e presença de derrame pleural radiológico[4,12]. Pontuações de BISAP iguais ou superiores a 3 pontos correlacionam-se com um aumento de mais de dez vezes na probabilidade de falência orgânica e morte, enquanto valores de 0 a 2 denotam baixo risco de progressão para PAG[12,13].

No campo da fluidoterapia, o ensaio clínico randomizado *WATERFALL* e pesquisas subsequentes de 2024 a 2026 demonstraram que a hidratação moderada guiada por metas (bolus inicial de 10 mL/kg em pacientes desidratados seguido de infusão contínua de 1,5 a 3,0 mL/kg/hora) é amplamente superior à hidratação agressiva (bolus de 20 mL/kg seguido de 3 a 5 mL/kg/hora)[8,14]. A hidratação agressiva não acelerou a melhora clínica e triplicou a incidência de sobrecarga hídrica, insuficiência cardíaca e necessidade de ventilação mecânica não invasiva ou invasiva[8]. Além disso, a escolha do cristalóide mostrou-se determinante: o Ringer Lactato demonstrou superioridade sobre o soro fisiológico a 0,9%, reduzindo os níveis séricos de PCR e a incidência de SIRS em virtude do seu menor potencial acidificante e pH fisiológico que impede a ativação enzimática dependente de acidose no microambiente acinar[14,15].

Em relação ao manejo nutricional, o repouso digestivo prolongado foi formalmente superado pelas diretrizes contemporâneas[1,11]. A introdução precoce da nutrição enteral (iniciada nas primeiras 24 a 72 horas por via oral em casos leves/moderados, ou por sonda nasogástrica/nasoenteral nos pacientes intolerantes com PAG) reduziu a incidência de necrose pancreática infectada, disfunção de múltiplos órgãos e custos hospitalares[16,17]. A via enteral

preserva o fluxo sanguíneo da artéria mesentérica superior, estimula o peristaltismo, impede o colapso das junções de oclusão (*tight junctions*) dos enterócitos e reduz drasticamente a translocação de endotoxinas para o retroperitônio quando comparada à nutrição parenteral total (NPT) ou ao jejum superior a 72 horas[17,18].

DISCUSSÃO

A condução clínica da PAG requer vigilância hemodinâmica dinâmica contínua. As metas da ressuscitação volêmica devem ser reavaliadas a cada 6 a 12 horas, baseando-se em parâmetros não invasivos e laboratoriais: manutenção da frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, pressão arterial média superior a 65 mmHg, débito urinário acima de 0,5 a 1,0 mL/kg/hora e redução progressiva do hematócrito (visando valores entre 35% e 44%) e da ureia sérica, indicando deshemoconcentração e restauração da perfusão microvascular microcirculatória[6,14]. A persistência de hemoconcentração após 24 horas de reposição hídrica indica falha de ressuscitação e correlaciona-se com necrose pancreática extensa, enquanto a queda excessiva com hipoxemia alerta precocemente para hiper-hidratação e extravasamento capilar difuso[9].

No que tange à via de suporte nutricional, a presença de dor abdominal ou elevação residual de amilase e lipase não contraindica a tentativa de alimentação oral com dieta sólida com baixo teor de gordura nos pacientes sem náuseas ou vômitos incoercíveis[1]. Nos casos graves de PAG acompanhados de íleo paralítico parcial ou intubação traqueal, a passagem de sonda nasogástrica convencional demonstrou eficácia, segurança e taxa de aspiração brônquica equivalentes à sonda nasojejunal pós-pilórica, desmistificando a necessidade de procedimentos endoscópicos complexos e demorados para posicionamento jejunal, os quais só são reservados para os raros casos de obstrução mecânica duodenal por coleções peripancreáticas volumosas[11,16].

O emprego indiscriminado de antibioticoterapia profilática deve ser categoricamente proscrito, visto que metanálises recentes confirmam que antibióticos administrados sem evidência microbiológica de infecção não previnem a necrose infectada e selecionam cepas fúngicas e bactérias multirresistentes hospitalares[2,10]. A suspeita de necrose pancreática infectada é levantada diante da deterioração clínica tardia (após a segunda ou terceira semana de evolução com febre refratária e leucocitose), presença de gás no parênquima à tomografia computadorizada contrastada ou confirmação por punção aspirativa com agulha fina guiada por imagem, momento no qual a antibioticoterapia empírica direcionada com carbapenêmicos

é formalmente indicada juntamente com a estratégia de desbridamento por escalonamento minimamente invasivo (*step-up approach*)[3,10].

CONCLUSÃO

A abordagem moderna da pancreatite aguda grave consolidou uma mudança de paradigma terapêutico, substituindo condutas empíricas agressivas por protocolos fisiológicos de precisão. O emprego do escore BISAP e da classificação de Atlanta revisada permite identificar precocemente os indivíduos sob risco de falência orgânica persistente, viabilizando a transferência tempestiva para leitos de vigilância intensiva.

A ressuscitação volêmica com Ringer Lactato deve ser moderada e rigorosamente guiada por metas clínicas e laboratoriais, afastando os riscos letais da super-hidratação e da acidose metabólica hiperclorêmica. Simultaneamente, a nutrição enteral precoce estabelece-se como uma intervenção terapêutica ativa mandatória, essencial para manter a integridade da barreira intestinal e prevenir a necrose pancreática infectada. A união de ressuscitação balanceada, nutrição precoce e abstenção de antibióticos profiláticos constitui o padrão assistencial de excelência para reduzir a mortalidade na pancreatite grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg.
2. Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SA, et al. Acute pancreatitis. Lancet.
3. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol.
4. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut.
5. Wu BU, Johannes RS, Sun X, et al. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. Gut.
6. Haydock MD, Mittal A, Wilms HR, et al. Fluid therapy in acute pancreatitis: anybody's guess. Ann Surg.
7. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology.
8. de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, et al. Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis (WATERFALL). N Engl J Med.

9. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology.
10. van Brunschot S, Hollemans RA, Bakker OJ, et al. Minimally invasive and endoscopic versus open necrosectomy for necrotising pancreatitis: a pooled analysis of individual data for 1980 patients. Lancet Gastroenterol Hepatol.
11. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. Clin Nutr.
12. Gao W, Yang HX, Ma CE. The Value of BISAP Score for Predicting Mortality and Severity in Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One.
13. Park JY, Jeon TJ, Ha TH, et al. Bedside index for severity in acute pancreatitis: comparison with other scoring systems in predicting severity and organ failure. Hepatobiliary Pancreat Dis Int.
14. Wu BU, Hwang JQ, Gardner TH, et al. Lactated Ringer's solution reduces systemic inflammation compared with normal saline in patients with acute pancreatitis: a randomized controlled trial. Clin Gastroenterol Hepatol.
15. Choosakul S, Harinwan K, Chirapongsathorn S, et al. Comparison of normal saline versus Lactated Ringer's solution for fluid resuscitation in patients with acute pancreatitis: a randomized controlled trial. Pancreatology.
16. Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort HC, et al. Early versus On-Demand Nasoenteric Tube Feeding in Acute Necrotizing Pancreatitis (PYTHON Trial). N Engl J Med.
17. Lodewijkx PJ, Besselink MG, Witteman BJ, et al. Nutrition in acute pancreatitis: a clinical review. Crit Care.
18. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional na Pancreatite Aguda Grave – Atualização 2026. BRASPEN J.