



## **CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DE PANCREATITE AGUDA DE RANSON: CORRELAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL**

*José Guilherme da Silva Amorim<sup>1</sup>; Reinaldo Kosudi<sup>2</sup>; Ivan Murad<sup>3</sup>*

**RESUMO:** A pancreatite aguda é um processo inflamatório do pâncreas que pode lesar além do pâncreas, tecidos peripancreáticos e até mesmo órgãos distantes, por isso ainda é uma doença grave, mesmo com vários critérios para o diagnóstico a sua morbimortalidade devido às complicações é significativa. O objetivo da pesquisa foi analisar a evolução clínica por meio dos critérios de gravidade da pancreatite aguda de Ranson coletados nos prontuários do Hospital Universitário Regional de Maringá. O método utilizado foi um estudo retrospectivo dos prontuários de janeiro de 2008 a setembro de 2010 com diagnóstico prévio de pancreatite aguda e os dados foram extraídos a partir de prontuários. Foi constatado que a aplicabilidade dos critérios de Ranson no nosso serviço teve um forte impacto positivo na definição da conduta terapêutica e grande concordância entre escore a partir das variáveis dos critérios de Ranson e o prognóstico do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Critérios de Ranson; Hospital Universitário Regional de Maringá; Pancreatite aguda.

### **INTRODUÇÃO**

A pancreatite aguda corresponde a processo inflamatório agudo do pâncreas, que pode comprometer tecidos peripancreáticos e/ou sistemas à distância. Segundo o DATASUS, a incidência da pancreatite aguda no Brasil é de 15,9 casos/100.000 habitantes/ano. A classificação de Atlanta, proposta em 1992, para estudar as pancreatites agudas as divide em leve (intersticial) e grave (necrosante). Dentre os fatores adotados por esse critério entram: presença de insuficiência orgânica (inclusive choque, insuficiência pulmonar e insuficiência renal) e/ou a presença de complicações locais (especialmente necrose pancreática). O critério de Ranson, criado em 1974 serve como preditor precoce de gravidade nas 48 horas iniciais de hospitalização. Esse critério leva em consideração a idade, a leucocitose, hiperglicemia, aumento da enzima hepática aspartato aminotransferase (AST) e o aumento da lactato desidrogenase (LDH).

*Tabela 1.*

Complicações como pseudocisto de pâncreas que é uma coleção de suco pancreático rico em enzimas, limitada por uma parede não epitelizada, formando um

<sup>1</sup>Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-Pr, [jg\\_amorim@hotmail.com](mailto:jg_amorim@hotmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-Pr, [r\\_kosudi@hotmail.com](mailto:r_kosudi@hotmail.com)

<sup>3</sup>Professor Adjunto de Clínica Cirúrgica do Depto. de Medicina da Universidade Estadual de Maringá e Chefe do Serviço de Residência Médica de Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Maringá. Maringá-Pr [muradivan@yahoo.com.br](mailto:muradivan@yahoo.com.br)

tecido de granulação ou fibrose. Por definição, a infecção do pseudocisto o torna um abscesso pancreático que é um pseudocisto infectado.

Inúmeros fatores etiológicos da pancreatite aguda são relatados. Os principais são a litíase biliar de 6 a 8% casos e o consumo exacerbado de bebida alcoólica cerca de 5 a 10%<sup>3</sup>. A gravidez e drogas são outros fatores que podem induzir uma pancreatite aguda.

Os sintomas iniciam com dor abdominal repentina, de localização epigástrica, distensão abdominal e outros sinais e/ou sintomas, acompanhada ou não de náuseas e vômitos. Os mecanismos moleculares envolvidos na patogênese da pancreatite aguda apontam o passo central para a conversão do tripsinogênio em tripsina dentro das células acinares pancreáticas, em quantidade suficiente para ultrapassar os normais mecanismos de defesa. É esta conversão que desencadeia o processo de autodigestão pancreática e inflamação local.

O objetivo do presente estudo foi realizar uma abordagem clínica avaliando a evolução dos pacientes por meio dos critérios de Ranson dos casos internados com diagnóstico de pancreatite aguda no Hospital Universitário Regional de Maringá, no período janeiro de 2008 a setembro de 2010.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo retrospectivo, a partir de janeiro de 2008 até setembro de 2010 com dados de pacientes internados no Hospital Universitário Regional de Maringá, com diagnóstico prévio de pancreatite aguda a partir da coleta de dados de prontuários. Os dados pessoais e qualquer informação que possa identificar os pacientes foram mantidos sob sigilo. O estudo foi realizado com base especificamente no critério de gravidade de sistema de escore clínico-bioquímico de Ranson de admissão que diverge em seus valores de referência para cada parâmetro de acordo com a etiologia da pancreatite (alcoólica ou biliar). Durante o período levantado foram selecionados quinze pacientes, com diversas causas etiológicas de pancreatite.

Os dados foram coletados utilizando-se um protocolo. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, evolução e exames laboratoriais. Os dados foram avaliados conforme a evolução clínica do paciente.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No período deste estudo foram analisados 15 prontuários de pacientes que foram internados com diagnóstico de pancreatite aguda. A prevalência de pacientes do sexo masculino foi de 40,00% (6 pacientes) e de 60,00% (9 pacientes) do sexo feminino. Com relação à idade, o mais jovem tinha 23 anos e o mais velho 77 anos, ilustrado na figura 1, sendo a média de idade de 49,7. Dos pacientes da amostra, 60% deles foram internados na enfermaria e, apenas, 40% dos pacientes necessitaram de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva.

A etiopatogenia pode ser definida na maioria dos casos. Assim, dos pacientes analisados nesse estudo, 80,00% deles (12 pacientes) tinham como etiopatogenia da pancreatite causa biliar; ao passo que 0,06% (1 paciente) pancreatite idiopática. Um dos pacientes, 0,06% do total, teve o diagnóstico de pancreatite por complicação de compressão por insulinoma e, por último, apenas um teve o diagnóstico de pancreatite hemorrágica necrotizante.

Segundo os critérios de gravidade de Ranson para pancreatite biliar<sup>5</sup>, tivemos os seguintes resultados. Quando se considerou o número de leucócitos maior que 18.000 na admissão evidenciamos que 26,66% dos pacientes (4 dos casos) tinham leucocitose. Por outro lado, 20% dos pacientes apresentaram leucograma não infeccioso. Ao se estudar a glicemia, apenas 20% dos casos apresentaram aumento. Em relação ao aumento da

enzima hepática aspartato aminotransferase, tivemos o total de 46,66% de valores acima de 250 UI/L. Em relação, a enzima lactato desidrogenase apenas 13,33% apresentaram valores acima de 250 UI/l. A idade como critério de gravidade, ou seja, acima de 70 anos estava presente em 26,66% dos casos.

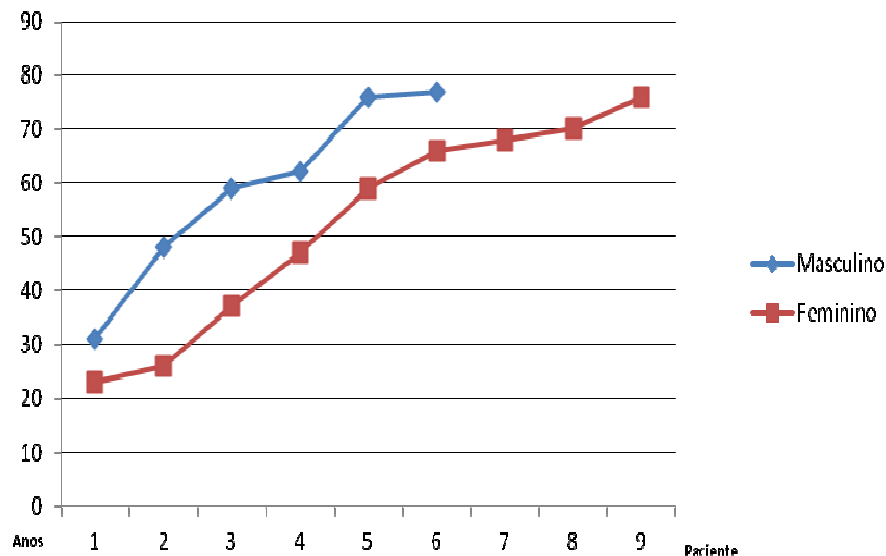
À proporção que se eleva a escore de Ranson de admissão, piora o prognóstico do paciente. Segundo essa premissa, avaliamos os casos levantados em nosso estudo e obtivemos os seguintes resultados: Três casos (20,00% dos pacientes) apresentaram um escore de 4 pontos dos 5 possíveis, um paciente somou 3 pontos, dois pacientes somaram 2 pontos, três pacientes somaram 1 ponto e, por fim, três não atingiram nenhum dos critérios de gravidade. Foram relatados 2 óbitos, um deles atingiu o escore de 4 pontos e o outro, 2 pontos.

O nosso estudo que está baseado apenas nos critérios clínico-bioquímicos de admissão dos parâmetros de Ranson. Excluimos, dessa forma, as variáveis após 48 horas de evolução. Nesse contexto de análise, o presente estudo pode ser melhor visualizado com a seguinte figura 2 que expressa a mortalidade associada ao escore clínico de Ranson.

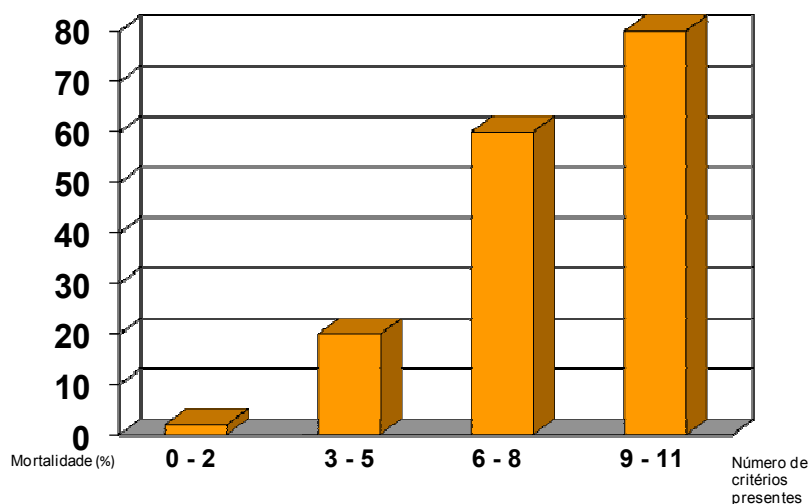
**Tabela 1:** Critérios de Ranson para pancreatite aguda.

Na admissão	
Idade	> 70 anos
Leucometria	> 18.000 /ml
Glicose	> 200 mg/dl
LDH	> 250 UI/l
TGO	> 250 U/dl

Fonte: Adaptado Banks<sup>6</sup>



**Figura 1:** Variação da idade por sexo, nos 15 casos estudados.



**Figura 2:** Mortalidade (%) associada com o número de critérios de Ranson presentes

## CONCLUSÃO

A pesquisa nos orienta para a importância da correlação clínico-laboratorial, no que tange tanto a abordagem inicial como a evolução dos casos. Dessa forma, o prognóstico do paciente fica correlacionado ao sistema de escore clínico-laboratorial. Estudos concordam que há forte relação entre a pontuação recebida pelos critérios de Ranson e o prognóstico. O que ficou evidenciado em nosso levantamento.

Atentamos que a uniformização no manejo desses casos pode proporcionar melhores resultados, o que fortalecerá nossa experiência clínica sobre o tema.

Ainda que em menor escala, os dados refletiram em números os grandes estudos sobre o assunto. Isso impulsiona que se realizem novas análises sobre o tema, no sentido de definir com mais precisão a implicação de cada variável na abordagem inicial e evolução dos casos. Ainda nesse sentido, isso poderá proporcionar novos paradigmas na conduta e terapêutica.

Embora exista uso rotineiro dos critérios de Ranson para pancreatite aguda, não se estabeleceu ainda um protocolo de abordagem para esses casos em nosso serviço. Sugere-se apreciação desse levantamento como base para consolidação de tais ideias.

## REFERÊNCIAS

BANKS P, M.D., M.A.C.G. FREEMAN M, M.D., F.A.C.G., and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am. J. Gastroenterol., 101:2379-2400, 2006

CARNEIRO MC, BATISTA RS. O mosaico patogênico da pancreatite aguda grave. O mosaico patogênico da pancreatite aguda grave. Rev. Col. Bras. Cir., 2004; 391-397.

DATASUS - Ministério da Saúde - Informações de Saúde-Epidemiológicas e morbidade. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

LOPES, A. C.. Tratado de Clínica Médica 2ª Edição. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. v. 1. 1053 p.

NEOPTOLEMOS JP. Endoscopic *sphincterotomy* in acute gallstone pancreatitis. Br J Surg 1993; 80: 547-9

WHITCOMB DC. Genetic polymorphisms in alcoholic pancreatitis. Dig Dis. 2005; 23:247-5