



## V Jornadas do Internato Médico

# PANCREATITE AGUDA

Sandra Alves – Interna Ano Comum

Orientadora: Dr.ª Paula Sanchez

Serviço de Cirurgia C: Dr. Nuno Pinheiro

Amadora, 16 Novembro de 2011



# **CASO CLÍNICO**



## CASO CLÍNICO

---

---

JCSP, ♂, 68 anos

### **Antecedentes pessoais:**

- ➔ Etanolismo crónico
- ➔ Litíase renal
- ➔ ADC cólon ascendente (2008) – Hemicolecomia dta + QT
- ➔ Esteatose hepática
- ➔ Prótese total da anca à direita
- ➔ ∅ medicação habitual
- ➔ ∅ alergias medicamentosas



## CASO CLÍNICO

---

---

### Serviço de urgência:

- ➔ Dor abdominal epigástrica com irradiação bilateral ao dorso – em “cinturão”
- ➔ Náuseas e vômitos

### Exame objectivo:

- ➔ Muito queixoso, fácies de dor
- ➔ Normotenso, taquicárdico (100bpm), apirético
- ➔ Abdómen:
  - ➔ Cicatriz de laparotomia mediana infra-umbilical
  - ➔ Doloroso à palpação nos quadrantes superiores, com defesa, sem reacção peritoneal
  - ➔ Sem massas ou organomegalias
- ➔ Restante EO sem alterações relevantes



## CASO CLÍNICO

### Exames complementares de diagnóstico:

#### 1. Análises

<b>Hb</b>	17,7 g/dL	<b>GGT</b>	<b>552</b> UI/L
<b>Htc</b>	50,5%	<b>Amilase</b>	<b>347</b> UI/L
<b>VGM</b>	100.2 fL	<b>Bilirrubina T</b>	1,28 mg/dL
<b>Leu</b>	6900 $\mu$ L	<b>PCR</b>	0,91 mg/dL
<b>N</b>	72,9%		

#### 2. Exames de imagem – Ecografia abdominal

“... Vias biliares não dilatadas. Vesícula sem litíase...”

“... Pâncreas visualizado proeminente e heterogéneo, compatível com pancreatite...”

“ ... fina lâmina de derrame pleural esquerdo...”



## CASO CLÍNICO

---

---

### Diagnóstico:

1. Pancreatite aguda alitiásica de provável etiologia etanólica

### Critérios de gravidade:

**BISAP – 2** (idade >60 anos; derrame pleural)

### Internamento:

- ➔ Terapia de suporte – monitorização, hidratação, oxigenoterapia, profilaxia de TVP
- ➔ Analgesia
- ➔ Suporte nutricional



## CASO CLÍNICO

### D3 internamento

➔ Agravamento clínico

- ➔ Agravamento da dor
- ➔ Hipotensão

➔ Analiticamente

	<b>D 0</b>	<b>D 3</b>		<b>D 0</b>	<b>D 3</b>	
<b>Hb</b>	17,7	18,3	g/dL	<b>PCR</b>	0,91	42,05 mg/dL
<b>Htc</b>	50,5	52,3	%	<b>Amilase</b>	347	693 UI/L
<b>Leu</b>	6900	14 800	/ $\mu$ L	<b>Creatinina</b>	1,00	2,10 mg/dL
<b>N</b>	72,9	85	%	<b>Ureia</b>	22,0	86,0 mg/dL



## CASO CLÍNICO

---

---

### TC-abdominal

“... aumento de volume do pâncreas com área de hipocaptação de contraste na cauda compatível com necrose...”

“... líquido peripancreático que se estende ao longo da fascia para-renal anterior esquerda...”

### Terapêutica

- ➔ Antibioterapia – Meropenem
  
- ➔ Sem melhoria clínica nem laboratorial



## CASO CLÍNICO

### TC-abdominal

"... indefinição de  
de colecções per

### Terapêutica

➔ Drenagem pe



tiplas imagens



## CASO CLÍNICO

---

---

### **Drenagem das colecções:**

- ➔ "... aspirado conteúdo achocolatado, claramente purulento..."
- ➔ Microbiologia – *Staphylococcus aureus* Meticilino-sensível
  
- ➔ Manteve AB – Meropenem – 14dias

### **Evolução clínica**

- ➔ Melhoria clínica e laboratorial
- ➔ Início de alimentação oral
- ➔ Alta clinicamente estável
- ➔ Sem insuficiência pancreática exócrina ou endócrina



## CASO CLÍNICO

### Análises de entrada

#### ➔ Cálcio sérico elevado

<b>Cálcio</b>	11,0	11,9	11,6	11,1	11,4	mg/dL
---------------	------	------	------	------	------	-------

#### ➔ PTH elevada

<b>iPTH</b>	104	145	Val. ref: 10-60	pg/mL
-------------	-----	-----	-----------------	-------

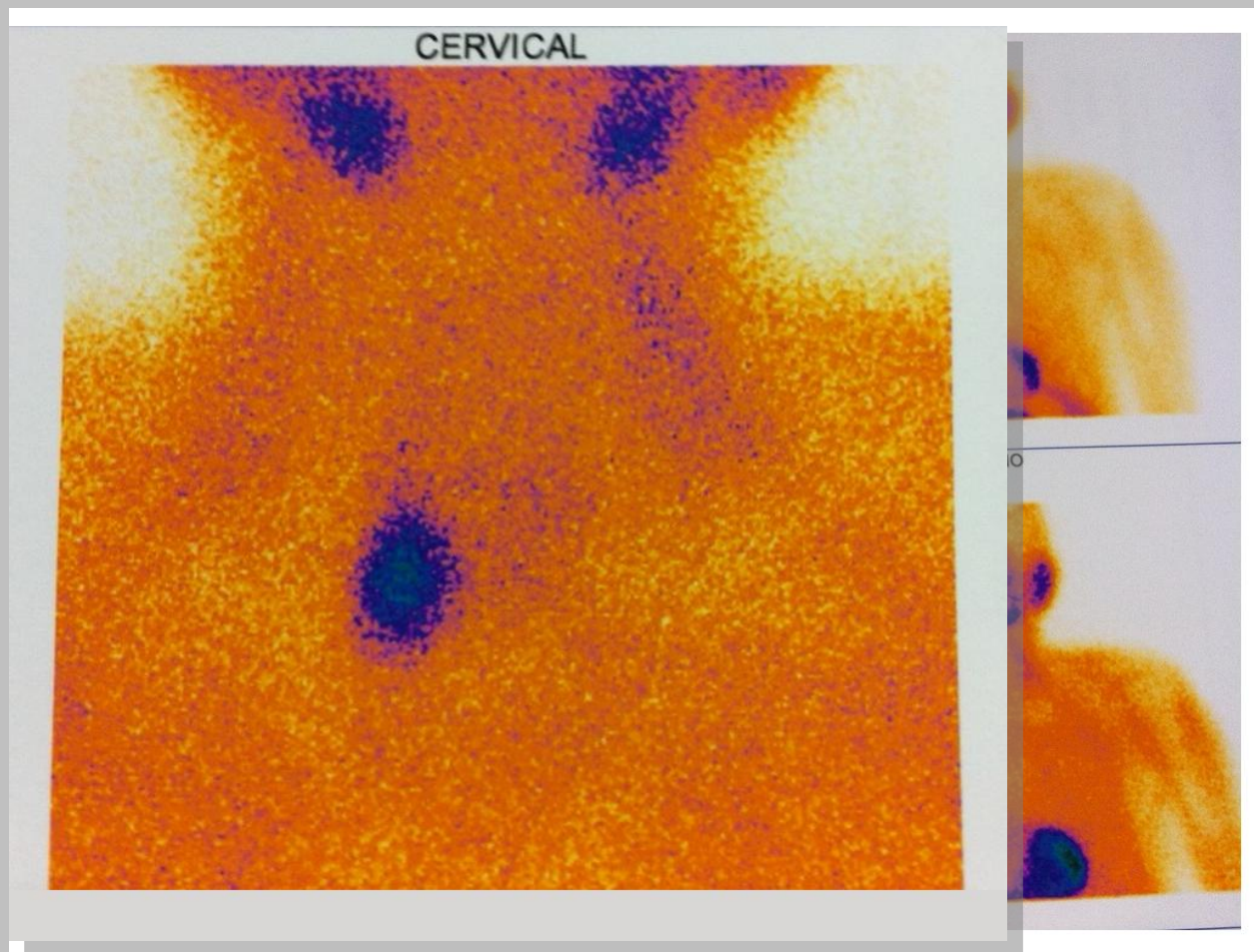
### TC cervical

"... mediastino superior, em posição latero-traqueal direita observa-se formação ovalada de densidade sólida... poderá estar em relação com adenoma da paratiroideia..."



## CASO CLÍNICO

Cintigrafia





## CASO CLÍNICO

### Terapêutica:

- ➔ Furosemido
- ➔ Bisfosfonatos

### Referenciado

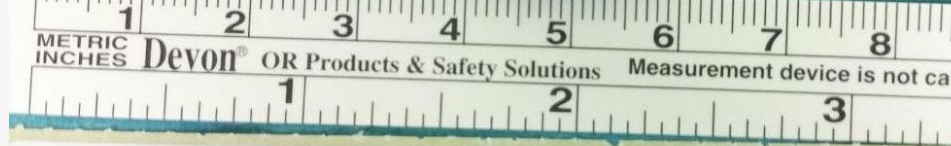
- ➔ Consulta Cirurgia



### Ressecção de g

### Anatomia patol

- ➔ "... glandula para



Nr. Utente: \_\_\_\_\_ N. Proc: 74498

S.S.P.-SEG.SOCIAL PORTUGUESA

D.Nasc: 09-07-1943 Sexo: M Idade: 68 Tlf.: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

aratiroideia."



## CASO CLÍNICO

### Calcémia e PTH durante a cirurgia

	<b>Antes</b> (11h03)	<b>Depois</b> (11h44)	
<b>Cálcio</b>	11,6	8,2	mg/dL
<b>iPTH</b>	104,0	11,0	pg/mL



# **REVISÃO TEÓRICA**



## PANCREATITE AGUDA

- ➔ Patologia frequente no SU
- ➔ Incidência - 4,9 a 35 / 100 000 habitantes

### Etiologia:

- ➔ ≈ 35-40% Litíase biliar
- ➔ ≈ 40 % Etanolimo crónico
- ➔ 20% outras causas
  - ➔ Hipertrigliceridémia
  - ➔ Hipercalcémia
  - ➔ Medicamentosa
  - ➔ Pós-CPRE
  - ➔ Infecciosa





## HIPERCALCÉMIA

### Etiologia

- ➔ 80-90%
- ➔ Hiperparatiroidismo Primário ( $\text{Ca}^{2+}$  10-12mg/dL)
- ➔ Neoplasia ( $\text{Ca}^{2+}$  > 13mg/dL)

### Diagnóstico diferencial

PTH ↑	PTH ↓
<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Hiperparatiroidismo Primário</li><li>➔ Hipercalcémia hipocalciúrica familiar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➔ Neoplasia (excepto Carcinoma paratiroideia)</li><li>➔ Hiperparatiroidismo secundário (IRC)</li><li>➔ Medicação (Diuréticos tiazídicos, Lítio...)</li><li>➔ Doenças granulomatosas</li></ul>



## HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

### Alterações patológicas associadas ao Hiperparatiroidismo Primário:

- ➔ Adenoma da paratiroideia ≈ 89%
  - ➔ 5% – dois ou mais
- ➔ Hiperplasia glandular ≈ 6%
- ➔ Carcinoma ≈ 2%

### Diagnóstico

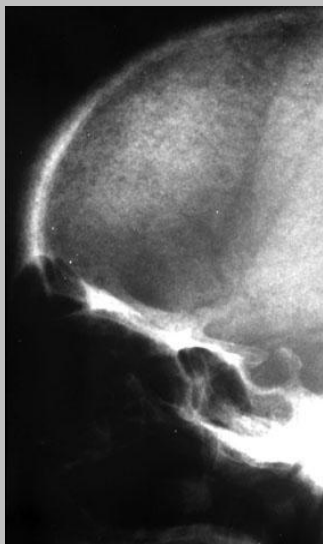
- ➔ Hipercalcémia (10-12mg/dL) + PTH ↑ ou (N)
- ➔ Cálcio urinário ↑ (≠ HHF)



# HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

## Apresentação

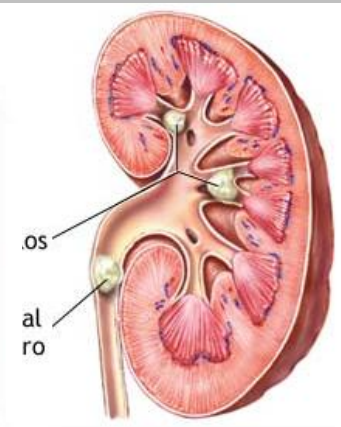
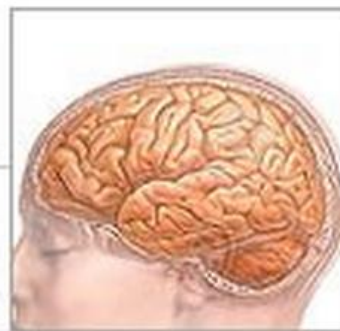
- ➔ Assintomático
- ➔ Cólica renal –
- ➔ Fracturas patológicas (Osteíte fibrosa)



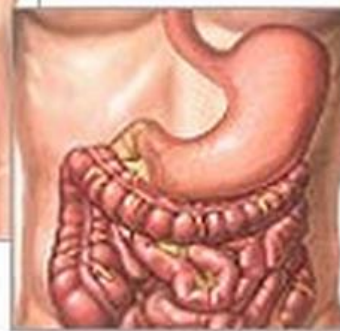
Bones



Psychic groans



Stones



Abdominal moans





# HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

## Tratamento cirúrgico

- ➔ Sintomas
- ➔ Evidência de patologia (ainda que assintomática)



## PARATIROIDECTOMIA

- ➔ **Planeamento cirúrgico** → Ecografia/TC cervical + Cintigrafia



## DISCUSSÃO

---

---

- ➔ **Pancreatite aguda** – frequente
  - ➔ Pesquisa etiológica completa
  - ➔ Os factores mais frequentemente implicados são a litíase biliar e o etanolismo
  - ➔ Outros factores etiológicos podem estar implicados – excluir os mais frequentes
  
- ➔ Neste caso – **Etiologia:**
  - ➔ Hipercalcémia
  - ➔ Etanolismo
  
- ➔ **Adenoma da paratiroideia** – possivelmente um achado





## BIBLIOGRAFIA

- ➔ Fuleihan, G et al (2010) Parathyroid hormone secretion and action. UpToDate
- ➔ Shane, E (2011) Etiology of Hypercalcemia. UpToDate
- ➔ Shane, E (2010) Diagnostic approach to Hypercalcemia. UpToDate
- ➔ Shane, E (2010) Clinical manifestation of Hypercalcemia. UpToDate
- ➔ Shane, E (2011) Treatment of Hypercalcemia. UpToDate
- ➔ Vege, S (2010) Etiology of acute pancreatitis. UpToDate
- ➔ Vege, S (2011) Pathogenesis of acute pancreatitis. UpToDate
- ➔ Vege, S (2010) Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate
- ➔ Vege, S (2011) Predicting the severity of acute pancreatitis. UpToDate
- ➔ Vege, S (2010) Treatment of acute pancreatitis. UpToDate
- ➔ Fuleihan, G et al (2010) Pathogenesis and etiology of Primary Hyperparathyroidism. UpToDate
- ➔ Fuleihan, G et al (2010) Diagnosis and differential diagnosis of Primary Hyperparathyroidism. UpToDate
- ➔ Fuleihan, G et al (2009) Clinical manifestations of Primary Hyperparathyroidism. UpToDate
- ➔ Silverberg, S et al (2010) Management of Primary Hyperparathyroidism. UpToDate
- ➔ Perrier, N et al (2011) Parathyroid exploration for Primary Hyperparathyroidism. UpToDate
- ➔ Valenzuela, J et al (2009) Acute pancreatitis associated with hypercalcemia – A report of two cases. Ver Esp Enferm Dig, 101 (1) 65-69.
- ➔ Lenz, J et al (2010) Acute necrotizing pancreatitis as first manifestation of primary hyperparathyroidism. World J Gastroenterol, 16 (23) 2959-2962.
- ➔ Bilezikian, JP (2009) Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the third international workshop. J Clin Endocrinol Metab. 94(2):335-339.