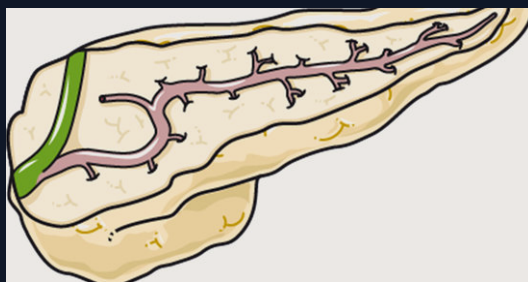

Pancreatite aguda

Da crise leve à necrose — o que é, por que aconteceu e o que vem depois



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Pancreatite aguda

Da crise leve à necrose — o que é, por que aconteceu e o que vem depois

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 72
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. O que está acontecendo aí dentro	5
1.1 A fábrica e o encanamento	5
1.2 Quando a caixa abre cedo demais	6
1.3 As duas metades da história	7
2. Por que aconteceu com você	10
2.1 As duas portas de sempre	10
2.2 As portas menos lembradas	11
2.3 O que não causou	12
3. A crise, o pronto-socorro e os exames	14
3.1 A dor que traz a pessoa ao hospital	14
3.2 A enzima, e por que o número dela não mede gravidade	15
3.3 Por que ninguém pediu a tomografia logo	15
4. Leve, moderada ou grave: o que os primeiros dias decidem	17
4.1 Três palavras com definição precisa	17
4.2 Por que a conta só fecha depois	18
5. A internação: soro, dor e comida	21
5.1 O que a equipe faz, e o que ela não faz	21
5.2 Comer cedo, e por que o jejum longo saiu de cena	22
5.3 O antibiótico que não se dá "por via das dúvidas"	23
6. Quando a causa é a pedra	26
6.1 A pedra que entope, e a que já passou	26
6.2 A CPRE: quando é urgente e quando pode esperar	27
6.3 Tirar a vesícula: por que na mesma internação	27
7. Necrose e coleções: a estratégia em degraus	30
7.1 O que aparece no laudo, e o que cada palavra quer dizer	30
7.2 Quando se mexe, e quando não se mexe	31
7.3 Esperar a coleção amadurecer	32
8. O que vem depois	35
8.1 A alta não é o fim do assunto	35
8.2 Açúcar e digestão	36
8.3 O pseudocisto e a recorrência	37
9. Álcool, cigarro e a chance de repetir	38

9.1 O que os números dizem, sem julgamento	38
9.2 O que muda de verdade depois de uma crise	39
9.3 Os sinais que mudam a pressa	39
10. Quem cuida de você e o que levar anotado	42
10.1 Cada equipe, um pedaço do problema	42
10.2 A transferência, quando ela é indicada	43
10.3 O que levar anotado	43
Glossário	45
Referências	47
Sobre o autor	49
Transparência e licenças	50

O que está acontecendo aí dentro

EM UMA FRASE

O pâncreas fabrica o que digere a comida. Na pancreatite, essa fábrica passa a digerir a si mesma.

1.1 A fábrica e o encanamento

Atrás do estômago existe uma glândula de uns quinze centímetros. Poucas pessoas precisaram pensar nela antes de agora. O pâncreas faz dois trabalhos ao mesmo tempo: fabrica as enzimas que digerem a comida e fabrica a insulina que controla o açúcar do sangue.

As enzimas são fortes por definição: elas existem para dissolver comida. A glândula então as produz desligadas, guardadas como ferramenta em caixa lacrada, e só as liga quando elas já estão dentro do intestino, longe do tecido que as fabricou.



A Figura 1.1 mostra essa posição e o caminho das enzimas.

**FIGURA 1.2**

A prancha anatômica do pâncreas por dentro, com os nomes que você vai ouvir na visita da equipe.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A Figura 1.2 traz o desenho realista da mesma região, com os nomes que a equipe usa na visita.

1.2 Quando a caixa abre cedo demais

A pancreatite aguda começa quando as enzimas se ligam ainda dentro da glândula. O que deveria digerir o almoço passa a digerir o tecido que o fabricou, e o pâncreas incha e despeja na circulação as substâncias da inflamação.

Daí vem a dor. Ela é forte e fica no alto da barriga, atravessando muitas vezes para as costas. Vem com enjoo.

E daí vem também a parte que ninguém enxerga de fora. A inflamação escapa do pâncreas e alarga os vasos. Líquido vaza da circulação. O pulmão e o rim sentem o baque nas primeiras horas.

**FIGURA 1.3**

A cadeia da crise, do gatilho até a repercussão no resto do corpo.

Elaborado pelo autor a partir de (BOXHOORN et al., 2020) e (BANKS et al., 2013)

A Figura 1.3 percorre essa cadeia elo a elo. Guarde o terceiro: a inflamação que sai do pâncreas é a que adocece o resto do corpo.

1.3 As duas metades da história

A doença tem dois tempos. A primeira semana é o tempo da inflamação: o corpo inteiro reage, e o risco mora na sobrecarga dos órgãos. Da segunda semana em diante, quando o quadro dura, o risco muda de endereço e passa a ser a infecção do tecido que morreu na crise.

**FIGURA 1.4**

As duas fases da pancreatite aguda, e o que preocupa em cada uma.

Elaborado pelo autor a partir de (BANKS et al., 2013)

A Figura 1.4 separa as duas fases. A maior parte das crises nunca chega à segunda: resolve-se dentro da primeira semana. É o caminho comum.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

As definições que o mundo inteiro usa nesta doença foram refeitas em 2012, em três rodadas de consulta entre sociedades de pancreatologia, e só ficou no texto final o que tinha evidência publicada por trás (BANKS et al., 2013). Duas ideias de lá sustentam este capítulo. A primeira separa a doença em dois tempos: o precoce e o tardio. A segunda batiza o que a tomografia vê em volta da glândula, e a maior parte desses achados pode estar com bactéria ou sem — é essa diferença que muda o plano. São as palavras do laudo, traduzidas uma a uma no capítulo 7. Uma revisão holandesa de 2020 traduz essa divisão em prognóstico (BOXHOORN et al., 2020). Dois acontecimentos pesam mais do que todo o resto: um órgão que falha e uma necrose que infecta. Na mesma década, o tratamento se repartiu entre várias especialidades, com procedimentos menores.

Fonte: BANKS et al., 2013; BOXHOORN et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu pâncreas está só inchado, ou já há tecido comprometido no exame?
- Em que dia da doença eu estou hoje?

Por que isso aconteceu comigo, e por que agora? É a pergunta que ocupa a primeira noite, e as respostas conhecidas começam pela pedra e pelo álcool.

Por que aconteceu com você

EM UMA FRASE

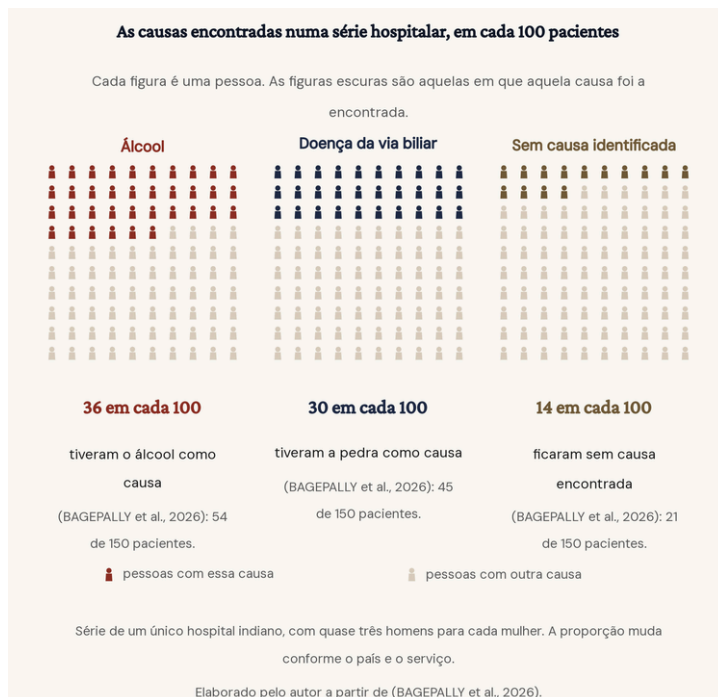
Na maior parte das vezes, a causa é uma pedra que escapou da vesícula ou o efeito do álcool ao longo de anos. Numa parcela nada pequena, ninguém acha causa alguma.

2.1 As duas portas de sempre

O que acontece lá dentro tem gatilho identificável na maioria dos casos, e a procura por ele começa no primeiro dia, com exames de sangue e uma ultrassonografia da barriga.

A primeira porta é a pedra. Cálculos pequenos, formados dentro da vesícula, escapam pelo cano da bile e param na papila, a portinha comum onde a bile e as enzimas entram no intestino. Enquanto a pedra está encravada ali, o suco pancreático não escoar, e a pressão dentro do ducto dispara a crise. Quase sempre ela passa sozinha. Fica a inflamação.

A segunda porta é o álcool, e ele cobra pelo tempo de exposição. A conta é de anos. O efeito se acumula sobre as células da glândula, que ficam mais suscetíveis a esse tipo de acidente e reagem a um excesso que antes passaria em branco. A crise costuma chegar depois de um consumo maior do que o habitual.

**GRÁFICO 2.1**

As causas encontradas numa série hospitalar de 150 pessoas internadas por pancreatite aguda, em cada 100 pacientes.

Elaborado pelo autor a partir de (BAGEPALLY et al., 2026)

O Gráfico 2.1 traduz em pessoas a distribuição de causas que uma série indiana encontrou em 150 pacientes internados em sequência. É o retrato de um hospital. A foto do Brasil seria outra: a proporção entre álcool e pedra muda de um serviço para outro.

2.2 As portas menos lembradas

Há outras causas, menos lembradas, e elas importam justamente porque mudam o que se faz depois da alta, quando a investigação continua fora do hospital.

O triglicerídeo muito alto é uma delas, e é a que mais passa despercebida quando ninguém pede a dosagem no primeiro dia. Alguns medicamentos de uso comum também podem desencadear a crise, e quem revisa a sua receita é o seu médico. A CPRE tem a pancreatite como complicação conhecida. Existem ainda as causas raras: cálcio alto, alterações do ducto, algumas infecções e doenças autoimunes. Em quem passou dos cinquenta anos e ficou sem causa aparente, a equipe investiga também um tumor que estreite o cano do pâncreas.

**FIGURA 2.2**

As causas menos lembradas, e o exame que costuma revelar cada uma delas.

Elaborado pelo autor a partir de (BAGEPALLY et al., 2026) e (TENNER et al., 2024)

A Figura 2.2 reúne essas causas e diz por onde cada uma aparece. Uma parcela dos casos fica sem causa encontrada mesmo depois de investigação completa, e isso é um achado conhecido da medicina, não uma falha do seu hospital. Acontece.

2.3 O que não causou

A refeição gordurosa da véspera não fabricou a sua pancreatite. Comida apimentada e churrasco não estão entre as causas descritas. Ninguém tem culpa. O que a gordura faz é pedir mais trabalho da glândula: ela piora a dor de quem já está inflamado, e é essa a razão de a dieta mudar durante a internação.

Uma ressalva, para não sobrar mal-entendido. Álcool e cigarro têm efeito medido sobre o risco desta doença, e o capítulo 9 mostra os números. A diferença está no tempo: o que pesa é o hábito de anos. O prato da noite anterior fica fora dessa conta.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um serviço de gastroenterologia indiano registrou a causa de 150 pessoas internadas em sequência por pancreatite aguda (BAGEPALLY et al., 2026). Vinte e uma ficaram sem causa identificada. Entre as demais, a via biliar respondeu por 45 casos e o álcool por 54. O resto se espalhou: 8 por medicamento, 7 pelo triglicerídeo alto, 5 por infecção, 3 pelo hiperparatireoidismo e 3 pela CPRE. Dois cuidados de leitura acompanham esses números: é um único hospital, de um único país, e a amostra tinha pouco mais de três homens para cada mulher, o que puxa a proporção de álcool para cima. O peso do cigarro vem de outro lugar — um banco de dados americano com 484.624 pessoas, do qual foram excluídas as que tinham pedra na vesícula (MUNIGALA et al., 2015). Quem fumava teve risco 1,78 vez maior de ter pancreatite aguda. Para o álcool, o mesmo cálculo devolveu 4,20.

Fonte: BAGEPALLY et al., 2026; MUNIGALA et al., 2015

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual foi a causa encontrada no meu caso, e como ela foi encontrada?
- Algum remédio que eu tomo todo dia pode ter entrado nessa história?

Sabendo de onde veio, fica mais fácil entender a sequência do dia em que tudo começou: a dor que levou ao pronto-socorro e os exames que fecharam o diagnóstico.

A crise, o pronto-socorro e os exames

EM UMA FRASE

O diagnóstico se fecha com duas coisas: a dor típica e uma enzima do sangue alta. A tomografia entra quando a dúvida continua.

3.1 A dor que traz a pessoa ao hospital

Seja qual for a causa, a dor aconteceu do mesmo jeito. Ela tem assinatura própria. Instala-se no alto da barriga, logo abaixo do osso do peito. Costuma atravessar para as costas, em faixa. Chega com enjoo e com vômitos que não aliviam. Deitar de costas piora. Encolher melhora.

Ninguém confunde essa dor com indigestão, e quase ninguém consegue ignorá-la por muito tempo. É ela que leva a pessoa ao pronto-socorro nas primeiras horas, o que nesta doença ajuda: é cedo que a reposição de líquido rende mais.



A Figura 3.1 mostra essa sequência. Vale ler antes da visita.

3.2 A enzima, e por que o número dela não mede gravidade

O pâncreas inflamado derrama enzima na circulação, e é isso que o exame de sangue detecta. A lipase é a mais usada, porque sobe cedo e fica alta por mais tempo do que a amilase.

Aqui entra a informação que mais economiza sofrimento na internação: o tamanho desse número não entra no critério de gravidade, que olha para os órgãos e para o relógio. Uma lipase dez vezes acima do limite pode acompanhar uma crise leve, que vai embora em três dias. Uma lipase menos alterada pode acompanhar uma crise que complica. Quem mostra a melhora é você.

TABELA 3.2 — O QUE CADA EXAME RESPONDE, NA CRISE

O EXAME	A PERGUNTA QUE ELE RESPONDE	O QUE ELE NÃO RESPONDE
Lipase e amilase no sangue	Há inflamação aguda do pâncreas agora?	Não entra no critério de gravidade, que olha para a falência de órgão e para o tempo dela.
Ultrassonografia da barriga	Há pedra dentro da vesícula? A via biliar está dilatada?	Enxerga mal o próprio pâncreas quando há gás no intestino, e a pancreatite produz gás.
Exames de função do fígado	A pedra passou pela via biliar e deixou rastro?	Não localiza a pedra nem confirma que ela ainda está lá.
Tomografia com contraste	Há necrose, coleção ou outra causa para a dor?	Feita cedo demais, ainda não mostra a necrose, que leva dias para aparecer.
Triglicerídeos e cálcio no sangue	A causa é metabólica?	Não substituem a investigação da via biliar.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (TENNER et al., 2013), (TENNER et al., 2024), (IAP; APA, 2013) e (BANKS et al., 2013).

A Tabela 3.2 organiza os exames pelo que cada um responde. A coluna da direita evita frustração.

3.3 Por que ninguém pediu a tomografia logo

Essa dúvida aparece na primeira noite, e a resposta tem dois lados. O diagnóstico costuma se fechar sem imagem, pela dor típica somada à enzima alta. E a necrose leva dias para ficar visível: uma tomografia feita na madrugada da dor mostraria um pâncreas quase normal.

A imagem entra quando o diagnóstico não fecha. Entra também quando outra doença grave da barriga precisa ser afastada, ou quando alguém que vinha melhorando volta a piorar. Fora disso, esperar é decisão técnica.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Pela diretriz americana de 2013, a dor característica somada ao exame de sangue basta para fechar o diagnóstico na maior parte das vezes (TENNER et al., 2013). A imagem é exceção. O mesmo documento organiza o resto da conduta da primeira semana, e dele vem o lugar do relógio na reposição de líquido: o maior rendimento está nas primeiras 12 a 24 horas, e depois disso o ganho é pequeno. A atualização de 2024 acrescenta a advertência que mais importa a quem está internado hoje (TENNER et al., 2024). Cada paciente evolui de um jeito, e a previsão falha com frequência — por isso a equipe reavalia você várias vezes ao dia, e nenhuma previsão do primeiro dia vale como promessa. Em 2018, a associação americana de gastroenterologia dedicou um documento ao manejo inicial da doença (CROCKETT et al., 2018).

Fonte: TENNER et al., 2013; TENNER et al., 2024; CROCKETT et al., 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu vou precisar de tomografia, e em que momento ela ajudaria mais?
- A ultrassonografia já mostrou pedra na minha vesícula?

As 48 horas seguintes ao diagnóstico servem para responder outra pergunta: o quanto esta crise é grave, e o que isso decide na internação.

Leve, moderada ou grave: o que os primeiros dias decidem

EM UMA FRASE

Ninguém sabe no primeiro dia qual crise será leve. A classificação olha para trás.

4.1 Três palavras com definição precisa

Os exames do pronto-socorro fecham o diagnóstico, e a classificação vem em seguida. As palavras que você vai escutar na visita são categorias com critério fixo, adotado pelo mundo inteiro. Esse critério mora num lugar só: a falência de órgão, e o tempo que ela durou. A dor fica de fora. O valor da enzima também.

O que muda de uma palavra para a outra, no dia a dia do quarto, é o tamanho da vigilância e o tempo dela. A leve é a mais comum. Resolve-se na primeira semana. A moderada cabe a situações bem diferentes entre si, e é o rótulo que mais confunde quem acompanha o paciente de fora. A grave mantém um órgão falhando depois do segundo dia.



A Figura 4.1 põe as três definições lado a lado.

4.2 Por que a conta só fecha depois

Aqui está o que mais incomoda quem está internado: a classificação depende de saber quanto tempo a falência de órgão durou, e isso só se sabe depois que ela passou. Quem chega ao hospital com pressão baixa e falta de ar pode estar bem em 24 horas. A crise vira moderada. O susto continua tendo sido grande.

Existem escores de risco calculados na admissão, e a equipe os usa para decidir quem merece vigilância mais próxima. Cumprem bem esse papel de triagem. Nenhum deles prevê o seu caso com precisão suficiente para mudar o que se faz com você hoje. A equipe reavalia, e reavalia de novo.



A Figura 4.2 separa as complicações pela fase em que aparecem. A maioria das pessoas internadas passa longe de todas elas.

SINAIS DE ALERTA

Durante a internação, avise a equipe **imediatamente** se a falta de ar aumentar, se houver tontura ao sentar na cama, se a urina praticamente parar ou se a barriga endurecer. São os sinais de falência de órgão.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A revisão de 2012 das definições de Atlanta fixou os três graus que você ouviu na visita (BANKS et al., 2013). A leve é a que mais aparece: atravessa a primeira semana e vai embora, sem órgão nenhum falhando. Sob o rótulo de moderada cabem coisas bem diferentes entre si — desde a falência que passa em menos de 48 horas até a piora de uma doença que a pessoa já tinha antes da crise, passando pela complicação local no próprio pâncreas. A grave tem definição única. É de relógio: o órgão que falha e continua falhando depois de 48 horas. Sobre a frequência, a diretriz americana de 2024 põe o número em perspectiva de pessoas (TENNER et al., 2024). Em cada cinco pacientes, cerca de um terá alguma complicação, às vezes com internação prolongada e procedimento invasivo. Os outros quatro têm sintomas por poucos dias.

Fonte: BANKS et al., 2013; TENNER et al., 2024

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Pelo critério de Atlanta, como está classificada a minha crise hoje?
- O que exatamente vocês estão vigiando em mim nas próximas horas?

Classificada a crise, o que ocupa os dias seguintes é a internação propriamente dita — bem menos dramática do que a maioria imagina.

A internação: soro, dor e comida

EM UMA FRASE

Nenhum remédio desinflama o pâncreas. O hospital sustenta o corpo enquanto a inflamação passa.

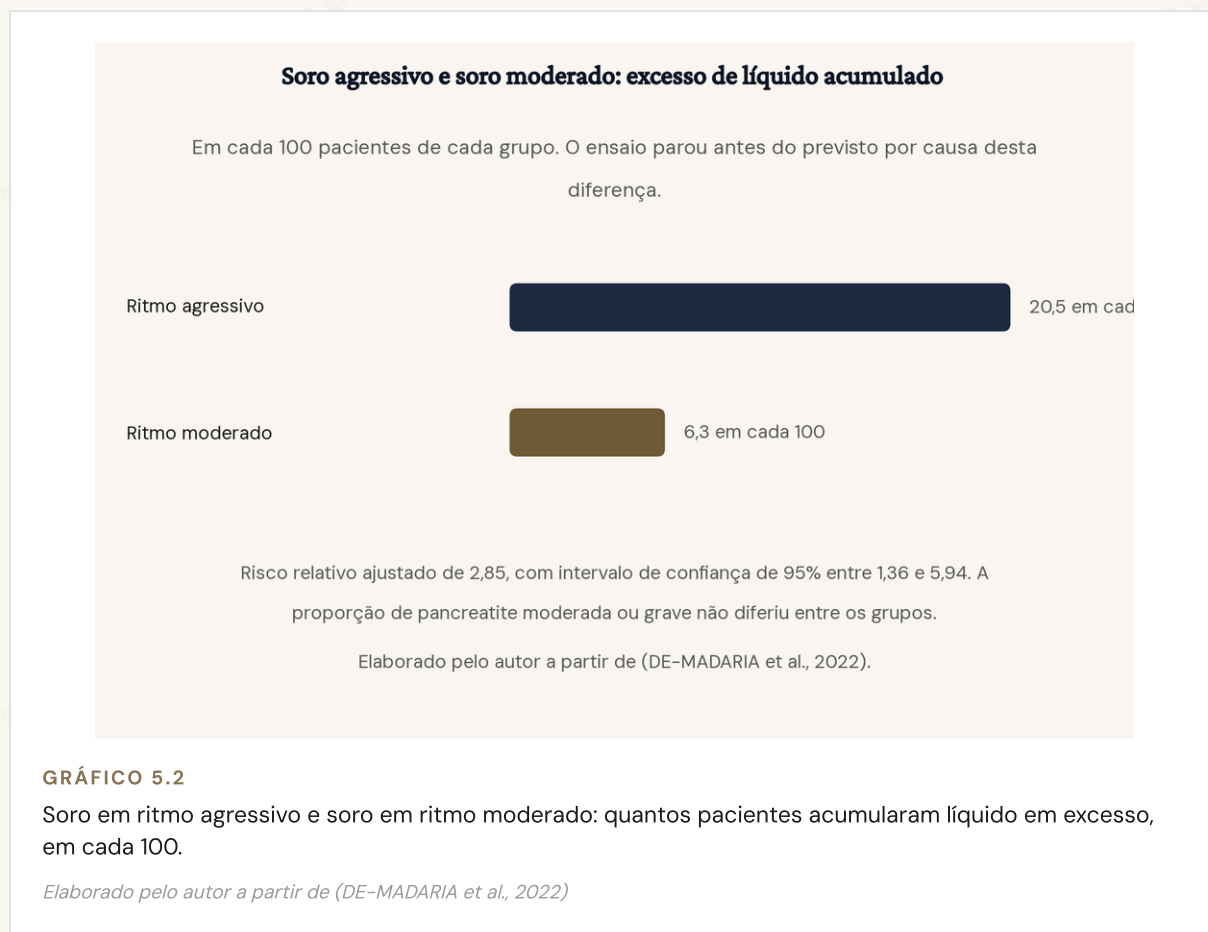
5.1 O que a equipe faz, e o que ela não faz

Antes que a crise ganhe o rótulo de moderada ou grave, o tratamento é o mesmo para todo mundo. Saber que ele se resume a soro e observação costuma frustrar. Mas o trabalho é bem ativo: repor volume na medida certa, controlar a dor de verdade, vigiar os sinais de falência de órgão e devolver a comida assim que o corpo aceitar.

O soro repõe o líquido que vazou da circulação. Durante anos, a orientação foi correr o máximo possível nas primeiras horas: mais seria sempre melhor, dizia a regra. Um ensaio com 18 centros testou essa crença de frente e encontrou o contrário.



A Figura 5.1 organiza o calendário dos primeiros dias. Repare na comida. Ela volta cedo.



O Gráfico 5.2 mostra por que o ritmo do soro mudou nos hospitais.

A dor merece parágrafo próprio. Ela é o que faz o relógio andar devagar, vem da glândula inflamada e do tecido em volta, e não cede com posição nem com jejum: enquanto a inflamação está no auge, quem a segura é a medicação que a equipe prescreve e ajusta. Controlá-la é parte do tratamento, com o mesmo peso do soro e da comida. É por isso que alguém pergunta a você, várias vezes ao dia, um número de zero a dez: ele orienta a dose e o intervalo. Se a dor voltar antes do horário seguinte, diga na hora. No ensaio holandês que definiu quando tirar a vesícula, um dos três sinais de que a crise havia passado era a pessoa já não precisar de analgésico forte.

5.2 Comer cedo, e por que o jejum longo saiu de cena

A regra antiga mandava deixar o pâncreas em repouso, com jejum prolongado. O raciocínio parecia impecável. Comida estimula enzima, e enzima agrava a inflamação. Não comer apagaria o incêndio. Fazia sentido.

Quando enfim o testaram, apareceu outra coisa: o intestino que passa dias sem trabalhar perde a barreira que separa as bactérias dele do resto do corpo, e o jejum longo cobrava um preço próprio. Hoje a orientação é oferecer comida assim que a pessoa tolerar.

TABELA 5.3 — COMER CEDO OU ESPERAR: O QUE SE SABE DE CADA CAMINHO

A CONDUTA	O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA	O LIMITE HONESTO
Oferecer comida cedo, nas crises leves e moderadas	Menos tempo de internação e menos custo, em oito ensaios randomizados.	Os ensaios são pequenos. Mortalidade, recaída da dor e intolerância à dieta não mostraram diferença, e os intervalos de confiança são largos.
Esperar a enzima normalizar para liberar a dieta	Foi a prática padrão por décadas, por raciocínio de repouso da glândula.	Nenhum ensaio mostrou vantagem dessa espera. A orientação atual é liberar pela tolerância do paciente.
Sonda nasoentérica precoce, nos casos de alto risco	Testada contra dieta oral iniciada em 72 horas, não reduziu infecção nem morte.	No grupo que esperou, dois terços conseguiram comer pela boca e dispensaram a sonda.
Nutrição pela veia	Reservada a quem não pode receber nada pelo tubo digestivo.	Carrega risco de infecção de cateter. Na pancreatite, a via digestiva tem preferência sempre que funciona.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (YAO et al., 2022), (BAKKER et al., 2014) e (TENNER et al., 2013).

A Tabela 5.3 reúne os quatro caminhos e o preço de cada um. Vale ler a coluna da direita.

5.3 O antibiótico que não se dá "por via das dúvidas"

Esta conduta gera estranheza na família. A pessoa está internada, com dor forte e exame alterado, e ninguém prescreve antibiótico. A pancreatite começa como inflamação química, e antibiótico não age sobre inflamação.

O uso preventivo foi testado em ensaios randomizados, sem que se demonstrasse benefício em reduzir infecção da necrose ou morte. O receio que motivou a pergunta tem dois nomes: bactéria resistente e infecção por fungo. A revisão declara que não reuniu dados suficientes para medir o primeiro; quanto ao segundo, a diferença entre os grupos ficou sem significado estatístico. O antibiótico entra quando há infecção documentada ou fortemente suspeitada, e aí entra com alvo definido.

**GRÁFICO 5.4**

Antibiótico preventivo contra nenhum antibiótico, nos ensaios reunidos por uma revisão sistemática: mortalidade e infecção da necrose.

Elaborado pelo autor a partir de (VILLATORO et al., 2010)

O Gráfico 5.4 põe lado a lado os números dos dois grupos. As barras parecem favorecer o antibiótico, e a legenda precisa vir junto: nenhuma dessas diferenças alcançou significado estatístico.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dezoito centros sortearam pacientes com pancreatite aguda entre um ritmo de soro moderado e um agressivo (DE-MADARIA et al., 2022). O estudo foi interrompido com 249 participantes, por diferença nos desfechos de segurança. No ritmo moderado, cerca de 6 em cada 100 acumularam líquido em excesso; no agressivo, o número subiu para 20. O risco relativo ajustado ficou em 2,85, com intervalo de confiança de 95% entre 1,36 e 5,94. A proporção que evoluiu para pancreatite moderadamente grave ou grave ficou parecida: 17,3% e 22,1%, sem significado estatístico. Sobre a comida, oito ensaios randomizados com 748 pacientes de pancreatite leve a moderada foram reunidos numa revisão sistemática (YAO et al., 2022). Não apareceu diferença em mortalidade nem em recaída da dor. Apareceram internação mais curta e custo menor em quem comeu cedo, num conjunto de dados que os autores chamam de limitado. Num ensaio holandês com 208 pacientes de alto risco, 27 em cada 100 do grupo da dieta oral com 72 horas chegaram a infecção grave ou morte, contra 30 em cada 100 do grupo da sonda nasointestinal precoce (BAKKER et al., 2014). O intervalo atravessa a ausência de diferença, e a sonda, que era a aposta do ensaio, não se mostrou superior. E, no braço que esperou, 72 dos 104 pacientes toleraram comer pela boca. Quanto ao antibiótico preventivo, sete ensaios e 404 pacientes com necrose comprovada entraram numa revisão sistemática (VILLATORO et al., 2010). Sem antibiótico, morreram 14,4%. Com ele, 8,4%. A necrose infectou em 24,4% e em 19,7%. Nenhuma dessas diferenças foi estatisticamente significativa, e nenhum estudo incluído tinha poder adequado.

Fonte: DE-MADARIA et al., 2022; YAO et al., 2022; BAKKER et al., 2014; VILLATORO et al., 2010

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quando eu posso voltar a comer?
- O que vocês esperam da minha dor nas próximas horas, e o que eu faço se ela não melhorar?
- Se eu não estiver com antibiótico, o que faria vocês começarem um?

Quando a causa da crise é a pedra, entram duas decisões que não existem nas outras causas. As duas costumam ser tomadas ainda durante esta internação.

Quando a causa é a pedra

EM UMA FRASE

Tirar a pedra da via biliar e tirar a vesícula são decisões diferentes. A primeira depende de obstrução ou infecção. A segunda tem hora marcada, e é logo.

6.1 A pedra que entope, e a que já passou

A internação corre igual para todos até aqui. Quase sempre o cálculo que provocou a crise já saiu da papila quando você chega ao hospital. Sobra a inflamação. E sobra uma vesícula cheia de outras pedras, prontas para repetir o trajeto.

Numa minoria dos casos, a pedra continua encravada. A bile também para de escoar, e o quadro ganha dois sinais novos: a icterícia, que é a cor amarelada nos olhos, e a febre com calafrio quando a via biliar obstruída infecta. Esse segundo quadro chama-se colangite. Ele muda a urgência de tudo.



A Figura 6.1 mostra por que uma pedra pequena causa tanto estrago: o cano da bile e o cano do pâncreas dividem a mesma porta de saída.

6.2 A CPRE: quando é urgente e quando pode esperar

A CPRE é o exame endoscópico que chega até a papila por dentro do tubo digestivo, abre a portinha com um corte pequeno e retira a pedra. Tem risco próprio. O mais conhecido deles é provocar pancreatite.

A regra de hoje separa dois grupos. Quem tem colangite, ou sinal persistente de via biliar obstruída, faz a CPRE com urgência. Em quem tem pancreatite pela pedra sem colangite, antecipar o procedimento não reduziu morte nem complicação maior, mesmo quando a previsão de gravidade era ruim. Essa segunda parte é recente.



A Figura 6.2 separa essas situações. É legítimo perguntar à sua equipe em qual delas o seu caso se encaixa.

6.3 Tirar a vesícula: por que na mesma internação

Depois que a crise leve passa, a vesícula continua lá, com as mesmas pedras dentro. O trajeto pode se repetir antes da data de uma cirurgia marcada para dali a algumas semanas.

Um ensaio holandês mediu esse risco: operar antes da alta reduziu o retorno por nova complicação da pedra. A diretriz americana de 2024 recomenda a cirurgia para evitar que a doença volte.

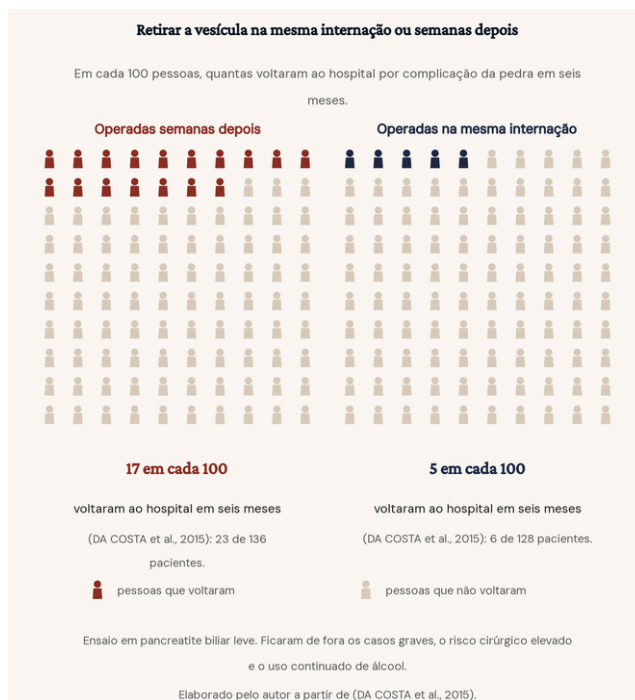


GRÁFICO 6.3

Retirar a vesícula na mesma internação ou semanas depois: quantas pessoas em cada 100 voltaram ao hospital por complicação da pedra, em seis meses.

Elaborado pelo autor a partir de (DA COSTA et al., 2015)

O Gráfico 6.3 põe os dois grupos lado a lado. Vale registrar quem ficou de fora desse ensaio: quem tinha pancreatite grave ou risco cirúrgico elevado não entrou, e o mesmo valeu para quem mantinha uso continuado de álcool. Nesses casos, a data da operação é decisão individual.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Vinte e seis hospitais holandeses sortearam 232 pacientes com pancreatite biliar de gravidade prevista como alta, nenhum deles com colangite (SCHEPERS et al., 2020). Um braço recebeu CPRE com papilotomia nas primeiras 24 horas; o outro seguiu no tratamento conservador. No conservador, 44% chegaram ao desfecho de morte ou complicação maior; no da CPRE urgente, 38% — e o risco relativo de 0,87, com intervalo de confiança de 95% entre 0,64 e 1,18, inclui a ausência de diferença. Um componente isolado se moveu: no braço conservador, 11 dos 113 pacientes tiveram colangite; no da CPRE, 2 dos 117. Os autores sustentam a estratégia conservadora nesse cenário. O segundo ensaio cuidou da vesícula, em 266 pessoas que se recuperavam de pancreatite biliar leve (DA COSTA et al., 2015). Quem foi operado antes da alta voltou ao hospital por nova complicação da pedra, ou morreu, em 6 de 128 casos; entre os que esperaram de 25 a 30 dias, foram 23 de 136, e o risco relativo ficou em 0,28, com intervalo de 0,12 a 0,66. Quatro eventos graves no total, dois em cada braço. Nenhum fatal.

Fonte: SCHEPERS et al., 2020; DA COSTA et al., 2015; TENNER et al., 2024

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, a pedra ainda está na via biliar ou já passou?
- A minha vesícula será retirada nesta internação? Se não, por quê, e para quando?
- Alguma condição minha — gravidez, anticoagulante, idade avançada — muda a data ou a via dessa cirurgia?

Para a minoria em que a inflamação matou parte do tecido — a necrose —, a internação toma outro rumo. Ela é mais longa e tem decisões próprias, e a lógica delas vale ser entendida antes de aparecer na visita.

Necrose e coleções: a estratégia em degraus

EM UMA FRASE

Necrose é tecido que morreu na crise. Ela existe sem problema em muita gente. O que muda o rumo é a infecção.

7.1 O que aparece no laudo, e o que cada palavra quer dizer

A pedra explica boa parte das crises, e é uma causa que se resolve. Mas quando a inflamação é intensa, parte do pâncreas ou da gordura em volta perde o suprimento de sangue e morre. Esse tecido continua ali, misturado a líquido. É o que a tomografia descreve quando o laudo fala em necrose.

O laudo costuma trazer palavras que assustam sem explicar. Coleção é acúmulo de líquido. Nas primeiras semanas ela não tem parede própria, e muitas vezes some sozinha. Pseudocisto é a coleção que ganhou uma parede com o tempo. Necrose encapsulada é o tecido morto que, depois de algumas semanas, ficou cercado por essa mesma parede firme — e é esse amadurecimento que torna a drenagem mais segura.



A Figura 7.1 traduz essas palavras. Nenhuma delas significa cirurgia.

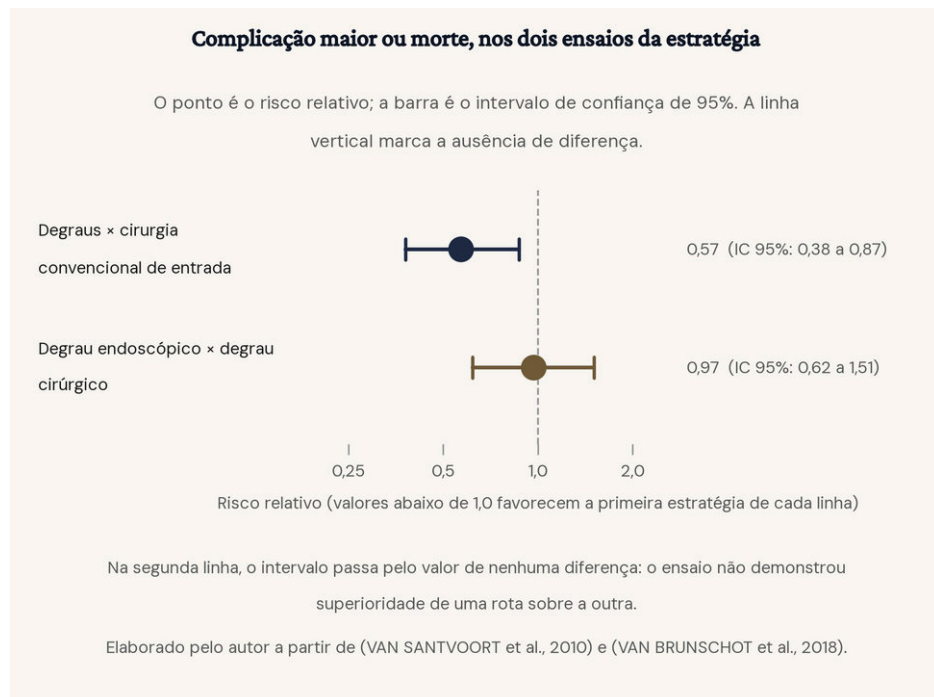
7.2 Quando se mexe, e quando não se mexe

O princípio deste capítulo cabe numa frase: tecido morto estéril e sem sintoma se deixa quieto, por maior que ele seja no laudo. Coleção sem infecção e sem queixa também dispensa procedimento. É pouco intuitivo.

O que muda o plano é a infecção da necrose. A suspeita nasce quando alguém que vinha estável passa a ter febre, na segunda ou terceira semana, junto com a piora dos exames de inflamação. Aí entra intervenção, numa ordem definida. Ela não se pula.



A Figura 7.2 mostra os degraus: começa-se pelo menor procedimento que pode resolver, e só se sobe quando ele não basta. Uma parte considerável das pessoas para no primeiro ou no segundo degrau.

**GRÁFICO 7.3**

Complicação maior ou morte: a estratégia em degraus comparada à cirurgia convencional, e o degraú endoscópico comparado ao cirúrgico.

Elaborado pelo autor a partir de (VAN SANTVOORT et al., 2010) e (VAN BRUNSCHOT et al., 2018)

O Gráfico 7.3 reúne os dois ensaios que sustentam essa estratégia, com o intervalo de confiança de cada um. A primeira linha mostra vantagem dos degraus sobre a operação convencional de entrada. A segunda não permite dizer que uma rota supere a outra.

7.3 Esperar a coleção amadurecer

Fica a pergunta do tempo: assim que a infecção é reconhecida, drena-se na hora ou espera-se a parede se formar? A resposta veio de um ensaio desenhado para isso. Ela surpreendeu.

**GRÁFICO 7.4**

Drenagem imediata ou adiada na necrose infectada: quantos pacientes do grupo que esperou não precisaram de drenagem nenhuma, em cada 100.

Elaborado pelo autor a partir de (BOXHOORN et al., 2021)

O Gráfico 7.4 mostra o achado que mais muda a conversa com a família. Dezenove pessoas do grupo que esperou nunca precisaram de drenagem. Dessas dezenove, dezessete sobreviveram.

SINAIS DE ALERTA

Na fase das coleções, procure a equipe **no mesmo dia** se aparecer febre persistente, calafrio ou dor que voltou a crescer depois de dias de melhora. Vá **agora ao pronto-socorro** se houver vômito que impede qualquer líquido, barriga distendida e dura, confusão mental ou falta de ar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O primeiro ensaio holandês desta série pegou 88 pacientes com necrose e infecção suspeitada ou confirmada, e sorteou dois caminhos: a cirurgia convencional logo de entrada, ou a subida em degraus a partir de uma drenagem percutânea (VAN SANTVOORT et al., 2010). Entre os operados de entrada, 31 de 45 chegaram a complicação maior ou morte. Na estratégia em degraus, foram 17 de 43. O risco relativo ficou em 0,57, com intervalo de confiança de 95% entre 0,38 e 0,87. Dois números merecem destaque: a mortalidade não separou os grupos, e 35% dos pacientes dos degraus nunca passaram da drenagem. O ensaio seguinte comparou os dois modos de subir, em 98 pacientes (VAN BRUNSCHOT et al., 2018). Pela rota cirúrgica, 21 de 47 chegaram ao desfecho; pela endoscópica, 22 de 51. O risco relativo de 0,97, num intervalo de 0,62 a 1,51, não permite dizer que uma rota supere a outra. A endoscópica teve menos fístula pancreática. O terceiro ensaio testou o relógio. Foram 104 pacientes. O sorteio foi entre drenar nas primeiras 24 horas ou esperar a necrose encapsular (BOXHOORN et al., 2021). O índice que soma as complicações de seis meses ficou em 58 pontos entre os que esperaram e 57 entre os drenados cedo. A espera, porém, poupou intervenções: 2,6 em média, contra 4,4. Dos 49 que esperaram, dezenove nunca precisaram de drenagem: o antibiótico bastou. Dezesete desses dezenove sobreviveram. A diretriz americana de 2013 já mandava adiar a drenagem por cerca de quatro semanas (TENNER et al., 2013).

Fonte: VAN SANTVOORT et al., 2010; VAN BRUNSCHOT et al., 2018; BOXHOORN et al., 2021; TENNER et al., 2013

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O que exatamente o meu exame mostrou?
- Se eu precisar de drenagem, qual rota o serviço de vocês costuma usar?

A pergunta que sobra é a da alta: e depois? O capítulo 8 responde pelo que fica quando a inflamação vai embora.

O que vem depois

EM UMA FRASE

O episódio termina. Pode ficar uma coleção ainda se resolvendo, um pâncreas que fabrica menos enzima e um açúcar que mudou.

8.1 A alta não é o fim do assunto

Terminada a fase das coleções, o assunto muda. A maioria das pessoas sai do hospital sem sequelas nenhuma e volta a comer normalmente em poucas semanas. É o desfecho mais comum, e ele precisa ser dito antes de tudo o que vem a seguir.

Ainda assim, a consulta de retorno existe por bons motivos. Há coleções que continuam se resolvendo em silêncio, há a causa da crise à espera de tratamento e há duas consequências de longo prazo que só aparecem quando alguém procura por elas. Nenhuma dói.



FIGURA 8.1

Os meses seguintes, do dia da alta ao seguimento de longo prazo.

Elaborado pelo autor a partir de (ZHI et al., 2019) e (HOLLEMANS et al., 2018)

A Figura 8.1 organiza esse calendário, do primeiro controle de imagem à conversa sobre açúcar e digestão. Anote as datas.

8.2 Açúcar e digestão

O pâncreas faz dois trabalhos, e a crise pode cobrar dos dois. Quando parte da glândula se perde, a produção de insulina cai e o açúcar do sangue sobe, às vezes meses depois da alta. Quando a produção de enzima cai, a gordura da comida deixa de ser digerida: as fezes ficam claras, gordurosas e com cheiro forte, dá gases e o peso cai sem explicação. Nada disso é frescura.

Os dois problemas têm exame simples e tratamento estabelecido. Força de vontade não resolve. O segundo é assunto do volume desta série sobre pancreatite crônica e insuficiência exócrina.

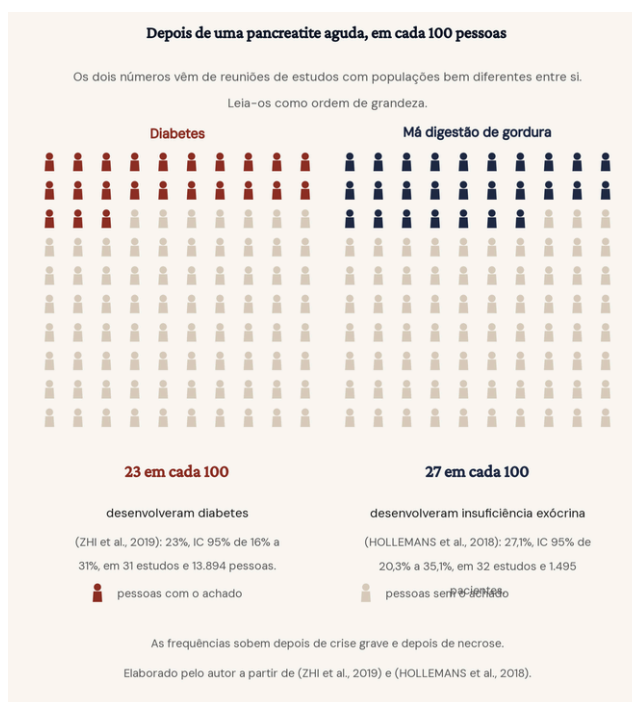


GRÁFICO 8.2

Depois de uma pancreatite aguda: quantas pessoas em cada 100 desenvolvem diabetes, e quantas desenvolvem má digestão de gordura.

Elaborado pelo autor a partir de (ZHI et al., 2019) e (HOLLEMANS et al., 2018)

O Gráfico 8.2 põe as duas frequências lado a lado. Os dois números vêm de reuniões de estudos com populações bem diferentes entre si. Eles valem como ordem de grandeza. A sua probabilidade pessoal é outra conta.

8.3 O pseudocisto e a recorrência

Entre as coisas que podem ficar, a mais visível é o pseudocisto. Ele costuma ser acompanhado por imagem enquanto não incomoda, e recebe drenagem quando dói, quando infecta ou quando comprime o estômago a ponto de atrapalhar a alimentação. Nem todo pseudocisto chega lá.

A outra pendência é a mais importante deste capítulo, porque está ao alcance de uma decisão: se a causa da crise não for tratada, a crise pode voltar. Vesícula com pedra que ninguém retirou, triglicerídeo alto que ninguém controlou, remédio que ninguém reviu, bebida que continuou — cada um é um caminho aberto de volta ao pronto-socorro.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Trinta e um estudos e 13.894 pessoas foram reunidos para medir o diabetes que aparece depois de uma pancreatite aguda (ZHI et al., 2019). De cada 100 pessoas acompanhadas, cerca de 23 o desenvolveram, num intervalo de confiança de 95% que vai de 16 a 31. A variação entre os estudos é alta. Depois de crise leve, a frequência caiu para 14 em cada 100; depois de crise grave, subiu para 39. E a pancreatite biliar deixou menos diabetes do que a alcoólica, 12 contra 28. Do lado da digestão, outra revisão reuniu 1.495 pacientes de 32 estudos, testados em média 36 meses depois da internação (HOLLEMANS et al., 2018). Cerca de 27 em cada 100 tinham insuficiência exócrina. O intervalo vai de 20 a 35. Uma revisão de 2019 organiza essas sequelas dentro de uma proposta de prevenção em três níveis (PETROV; YADAV, 2019).

Fonte: ZHI et al., 2019; HOLLEMANS et al., 2018; PETROV; YADAV, 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu preciso repetir alguma imagem depois da alta?
- O que ficou pendente do tratamento da causa da minha crise?

Falta o assunto que mais gera silêncio na visita médica, e que decide boa parte da chance de repetir: a bebida e o cigarro.

Álcool, cigarro e a chance de repetir

EM UMA FRASE

Este capítulo evita o sermão. Os números aparecem para que a decisão seja sua.

9.1 O que os números dizem, sem julgamento

O capítulo 8 terminou numa decisão, e é dela que trata esta página. Duas coisas são verdadeiras ao mesmo tempo, e segurar as duas juntas permite uma conversa honesta. A primeira é que o álcool tem efeito medido e expressivo sobre o risco desta doença. A segunda é que o consumo de álcool costuma ser uma dependência, que é doença tratável e não se resolve com conselho dado no corredor do hospital. Isso muda a conversa.

O cigarro entra nessa conta por conta própria. Ele multiplica o risco em quem bebe e em quem não bebe, antecipa a idade da primeira crise e aumenta a chance de repetição. Pesa sozinho.



A Figura 9.1 traz os números ao lado do que se pode fazer com eles. A última coluna é a que interessa. Parar de fumar e reduzir o álcool têm apoio na rede pública e na saúde suplementar, e pedir esse encaminhamento durante a internação é bem mais fácil do que procurá-lo sozinho.

9.2 O que muda de verdade depois de uma crise

A chance de repetir depende sobretudo da causa. Quem teve pancreatite pela pedra e retirou a vesícula fecha a porta mais larga: no ensaio holandês do capítulo 6, o retorno ao hospital por nova complicação da pedra caiu de 17 para 5 em cada 100, em seis meses. Cinco em cada 100 ainda voltaram. Quem teve pancreatite pelo álcool e mantém o consumo mantém o risco aberto, e cada nova crise cobra um pedaço do tecido que fabrica enzima e insulina.

Vale dizer com clareza que nenhum livro decide isso por você, e que a recaída não é fracasso moral. O que muda o rumo é um plano combinado com alguém antes da alta. Promessa feita na cama do hospital costuma durar até o estacionamento.

9.3 Os sinais que mudam a pressa

Esta é a página para fotografar antes de ir para casa.

Sinais de alerta depois da alta

Três níveis, três condutas. Guarde esta página no celular.

Emergência — vá ao pronto-socorro agora

- Dor no alto da barriga que volta forte, com vômitos que impedem qualquer líquido.
- Febre com calafrio junto de olhos amarelados.
- Falta de ar, tontura ao levantar ou suor frio.
- Confusão mental ou sonolência fora do comum.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje

- Febre acima de 38 graus sem outra explicação.
- Dor que voltou a crescer depois de dias de melhora.
- Vômitos que impedem comer.
- Urina muito escura ou fezes muito claras.

Telefone do consultório e do plantão, à mão, desde a alta.

Na próxima consulta — anote e leve

- Fezes claras, gordurosas ou com cheiro forte.
- Perda de peso sem explicação.
- Sede e vontade de urinar aumentadas, ou glicemia alta em exame de rotina.
- Qualquer dúvida sobre a data da retirada da vesícula.

Anote quando começou e o que melhora ou piora.

Esta lista orienta, a avaliação é sempre da equipe que acompanha você.

Elaborado pelo autor. A triagem em três níveis é organização clínica do autor; a lista de complicações que ela vigia vem de (TENNER et al., 2024).

FIGURA 9.2

Sinais de alerta em três níveis, do pronto-socorro à próxima consulta.

Elaborado pelo autor. A triagem em três níveis é organização clínica do autor; a lista de complicações que ela vigia vem de (TENNER et al., 2024)

A Figura 9.2 reúne os mesmos sinais da caixa abaixo, num formato que cabe na tela do celular. Fotografe-a hoje.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: dor no alto da barriga que volta forte, com vômitos que impedem qualquer líquido; febre com calafrio junto de olhos amarelados; falta de ar, tontura ao levantar ou suor frio; confusão mental ou sonolência fora do comum.

No mesmo dia: febre acima de 38 graus sem outra explicação; dor que voltou a crescer depois de dias de melhora; vômitos que impedem comer; urina muito escura ou fezes muito claras.

Na próxima consulta: fezes claras, gordurosas ou com cheiro forte; perda de peso sem explicação; sede e vontade de urinar aumentadas, ou glicemia alta em exame de rotina; qualquer dúvida sobre a data da retirada da vesícula.

Nenhuma dessas listas substitui a orientação da equipe que acompanha você. Diante de qualquer sinal da primeira lista, o caminho é o pronto-socorro agora.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O banco de dados americano citado no capítulo 2 acompanhou 484.624 pessoas ao longo de dez anos, e ele permite separar o cigarro do álcool (MUNIGALA et al., 2015). Entre 2001 e 2007, 6.799 dessas pessoas tiveram pancreatite aguda — 1,4% do total. Entre quem não bebia, fumar levou a frequência de 0,57% para 1,1%. Entre quem bebia, ela foi de 2,6% para 4,1%. Dois achados desse mesmo banco dizem respeito a quem já teve uma crise. Entre fumantes, chegar a quatro episódios ou mais foi mais frequente, e isso valeu tanto para quem bebia quanto para quem não bebia. A idade média do primeiro episódio, nesse grupo, também foi mais baixa. Cabem duas ressalvas. O estudo é retrospectivo, feito sobre uma população de veteranos com grande maioria de homens, e a exclusão de quem tinha pedra na vesícula significa que esses números descrevem a pancreatite não biliar. Uma revisão de 2019 sobre epidemiologia e prevenção propõe o enquadramento que este capítulo adota (PETROV; YADAV, 2019).

Fonte: MUNIGALA et al., 2015; PETROV; YADAV, 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é a chance de isso voltar, na minha causa?
- Vocês me encaminham para ajuda com a bebida ou com o cigarro antes da alta?

Resta a pergunta prática de quem está de saída: quem cuida de cada parte disso, e o que vale a pena levar anotado.

Quem cuida de você e o que levar anotado

EM UMA FRASE

Nesta doença, o tratamento muda de mãos. Saber quem responde por qual parte evita tempo perdido.

10.1 Cada equipe, um pedaço do problema

A conversa sobre o álcool e o cigarro tem dono, e ele é só um dos vários. A pancreatite aguda é tratada por mais de uma equipe, e a estratégia em degraus do capítulo 7 supõe que todas elas estejam à mão no mesmo lugar. Pergunte como funciona aí.

O clínico ou o gastroenterologista conduz a internação. O cirurgião do aparelho digestivo entra para a vesícula, e de novo se houver necrose que precise de intervenção. O endoscopista e o radiologista fazem as drenagens, cada um pelo seu caminho. A terapia intensiva assume quando algum órgão falha, e depois da alta a atenção primária e a endocrinologia cuidam do que ficou. São muitas mãos.



FIGURA 10.1

Quem cuida de cada parte, do pronto-socorro ao seguimento depois da alta.

Elaborado pelo autor. A divisão de tarefas entre as equipes é organização do autor; o cuidado por várias especialidades está descrito em (BOXHOORN et al., 2020)

A Figura 10.1 mostra essa divisão de tarefas. Se você não sabe a quem endereçar a dúvida que sobrou da visita, o desenho ajuda a formular a pergunta. Use-o assim.

10.2 A transferência, quando ela é indicada

Nem todo hospital tem endoscopia, radiologia de intervenção e terapia intensiva no mesmo prédio. Para a crise leve, isso não faz diferença alguma. Para quem tem necrose infectada, o caminho em degraus depende justamente dessas peças, e quando falta alguma delas a transferência entra na conversa entre as duas equipes.

Essa transferência acontece todo dia, e nunca significa que alguém errou.

10.3 O que levar anotado

O que levar anotado para a consulta de retorno

Imprima, ou fotografe. Quem chega com a lista pronta costuma sair tendo entendido o plano.

1 A causa Qual foi a causa encontrada, e o que ainda falta investigar.	2 A gravidade Como a crise foi classificada, e se algum órgão falhou.	3 A vesícula Se ela já saiu; se não, a data marcada e quem opera.
4 O que ficou Coleção, pseudocisto ou necrose no último exame, e quando repetir a imagem.	5 Açúcar e digestão Glicemia no retorno, e exame de digestão se houver sintoma.	6 Os contatos Quem é o médico responsável, e para quem ligar diante de um sinal de alerta.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 10.2
O que levar anotado para a consulta de retorno, agrupado por assunto.
Elaborado pelo autor

A Figura 10.2 organiza as perguntas em blocos. Imprima. Quem chega à consulta com a lista pronta, e com os exames na pasta, costuma sair de lá tendo entendido o plano inteiro, e não apenas concordado com ele.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A revisão holandesa que abriu este livro é a mesma que descreve o movimento da última década, e este capítulo dá nome às equipes que ela cita (BOXHOORN et al., 2020). Ela não termina em tom de vitória: a mortalidade da forma grave segue em patamar alto. É uma frase dura, e ela está aqui de propósito: este livro descreve o que a medicina sabe fazer, sem prometer resultado a ninguém. A diretriz americana de 2024 insiste no que cabe à fase inicial, que é identificar e tratar cedo (TENNER et al., 2024).

Fonte: BOXHOORN et al., 2020; TENNER et al., 2024

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quem é o médico responsável pelo meu seguimento depois da alta?
- Se eu tiver um sinal de alerta, ligo para quem?

EM UMA FRASE

A pancreatite aguda cobra tempo de hospital, uma investigação da causa e, às vezes, meses de acompanhamento. Nenhum procedimento tem resultado garantido, e nenhuma página deste livro substitui a equipe que examina você. Estas páginas podem ir junto à consulta de retorno.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Pâncreas

Glândula comprida, atrás do estômago. Fabrica as enzimas que digerem a comida e os hormônios que controlam o açúcar do sangue.

Enzima digestiva

Substância que quebra gordura, proteína e amido dentro do intestino.

Lipase

Enzima que digere gordura. É o exame de sangue que mais ajuda a confirmar a pancreatite.

Ducto pancreático

O cano que leva as enzimas de dentro do pâncreas até o intestino.

Colédoco

O cano que leva a bile do fígado e da vesícula até o intestino.

Papila

A portinha comum, na parede do duodeno, por onde a bile e as enzimas entram no intestino.

Duodeno

A primeira alça do intestino delgado, que abraça a cabeça do pâncreas.

Cálculo biliar

A pedra formada dentro da vesícula.

Colangite

Infecção da via biliar entupida, com febre, olhos amarelados e dor.

CPRE

Exame com endoscópio que chega até a papila, abre a portinha e retira a pedra entalada ali.

Colecistectomia

A operação que retira a vesícula, quase sempre por vídeo, com pequenos furos.

Falência de órgão

Quando pulmão, rim ou circulação deixam de dar conta e precisam de suporte.

Necrose

Tecido do pâncreas, ou da gordura em volta, que morreu durante a crise.

Coleção

Acúmulo de líquido em volta do pâncreas.

Pseudocisto

Coleção de líquido que ganhou uma parede própria com o tempo.

Necrose encapsulada

Necrose que, depois de semanas, ficou cercada por uma parede firme.

Drenagem

Colocar um cano fino dentro da coleção para esvaziá-la, por punção na pele ou por endoscopia.

Necrosectomia

Retirada do tecido morto, por endoscopia ou por cirurgia.

Insuficiência exócrina

Quando o pâncreas fabrica enzima de menos e a gordura da comida deixa de ser digerida.

Elastase fecal

Exame de fezes que estima quanta enzima o pâncreas ainda fabrica.

Triglicerídeos

Tipo de gordura do sangue. Em nível muito alto, pode desencadear a crise.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor–data e remetem a esta lista.

BAGEPALLY, R. S. et al. Acute Pancreatitis beyond Gallstones and Alcohol. **The Journal of the Association of Physicians of India**, [S. l.], v. 74, n. 4, p. 32–35, 2026. DOI: 10.59556/japi.74.1460. Disponível em: <https://doi.org/10.59556/japi.74.1460>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 42003141.

BAKKER, O. J. et al. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 371, n. 21, p. 1983–93, 2014. DOI: 10.1056/NEJMoa1404393. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1404393>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 25409371.

BANKS, P. A. et al. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. **Gut**, [S. l.], v. 62, n. 1, p. 102–11, 2013. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-302779. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 23100216.

BOXHOORN, L. et al. Acute pancreatitis. **Lancet**, [S. l.], v. 396, n. 10252, p. 726–734, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31310-6. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31310-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31310-6). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32891214.

BOXHOORN, L. et al. Immediate versus Postponed Intervention for Infected Necrotizing Pancreatitis. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 385, n. 15, p. 1372–1381, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2100826. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2100826>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 34614330.

CROCKETT, S. D. et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 154, n. 4, p. 1096–1101, 2018. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.01.032. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29409760.

DA COSTA, D. W. et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 386, n. 10000, p. 1261–1268, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00274-3. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00274-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00274-3). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26460661.

DE-MADARIA, E. et al. Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 387, n. 11, p. 989–1000, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2202884. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2202884>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 36103415.

HOLLEMANS, R. A. et al. Pancreatic exocrine insufficiency following acute pancreatitis: Systematic review and study level meta-analysis. **Pancreatology**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 253–262, 2018. DOI: 10.1016/j.pan.2018.02.009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2018.02.009>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29482892.

IAP; APA. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. **Pancreatology**, [S. l.], v. 13, n. 4 Suppl 2, p. e1–15, 2013. DOI: 10.1016/j.pan.2013.07.063. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 24054878.

MUNIGALA, S. et al. Heavy Smoking Is Associated With Lower Age at First Episode of Acute Pancreatitis and a Higher Risk of Recurrence. **Pancreas**, [S. l.], v. 44, n. 6, p. 876–81, 2015. DOI: 10.1097/MPA.0000000000000364. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000000364>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 25906444.

- PETROV, M. S.; YADAV, D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. **Nature reviews. Gastroenterology & hepatology**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 175–184, 2019. DOI: 10.1038/s41575-018-0087-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41575-018-0087-5>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 30482911.
- SCHEPERS, N. J. et al. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy versus conservative treatment in predicted severe acute gallstone pancreatitis (APEC): a multicentre randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 396, n. 10245, p. 167–176, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30539-0. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30539-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30539-0). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32682482.
- TENNER, S. et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 108, n. 9, p. 1400–15; 1416, 2013. DOI: 10.1038/ajg.2013.218. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ajg.2013.218>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 23896955.
- TENNER, S. et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 119, n. 3, p. 419–437, 2024. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002645. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002645>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 38857482.
- VAN BRUNSCHOT, S. et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. **Lancet**, [S. l.], v. 391, n. 10115, p. 51–58, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32404-2. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32404-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32404-2). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29108721.
- VAN SANTVOORT, H. C. et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 362, n. 16, p. 1491–502, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa0908821. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0908821>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 20410514.
- VILLATORO, E.; MULLA, M.; LARVIN, M. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2010, n. 5, p. CD002941, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD002941.pub3. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002941.pub3>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 20464721.
- YAO, Q. et al. Effects of immediate or early oral feeding on acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. **Pancreatology**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 175–184, 2022. DOI: 10.1016/j.pan.2021.11.009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2021.11.009>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 34876385.
- ZHI, M. et al. Incidence of New Onset Diabetes Mellitus Secondary to Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in physiology**, [S. l.], v. 10, p. 637, 2019. DOI: 10.3389/fphys.2019.00637. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00637>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31231233.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade.

Este livro foi escrito para ser lido no quarto do hospital. A visita da equipe dura poucos minutos e sai cheia de palavras novas. Aqui está o que eu explicaria com calma.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.1	Onde fica o pâncreas, e por onde as enzimas saem. A cabeça da glândula fica abraçada pela primeira alça do intestino.	Figura_1.1_onde-fica-o-pancreas.png	Elaborado pelo autor
Figura 1.2	A prancha anatômica do pâncreas por dentro, com os nomes que você vai ouvir na visita da equipe.	Figura_1.2_pancreas-anatomia.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.3	A cadeia da crise, do gatilho até a repercussão no resto do corpo.	Figura_1.3_a-cadeia-da-crise.png	Elaborado pelo autor a partir de (BOXHOORN et al., 2020) e (BANKS et al., 2013)
Figura 1.4	As duas fases da pancreatite aguda, e o que preocupa em cada uma.	Figura_1.4_duas-fases.png	Elaborado pelo autor a partir de (BANKS et al., 2013)
Gráfico 2.1	As causas encontradas numa série hospitalar de 150 pessoas internadas por pancreatite aguda, em cada 100 pacientes.	Grafico_2.1_causas-em-100-pessoas.png	Elaborado pelo autor a partir de (BAGEPALLY et al., 2026)
Figura 2.2	As causas menos lembradas, e o exame que costuma revelar cada uma delas.	Figura_2.2_causas-menos-lembradas.png	Elaborado pelo autor a partir de (BAGEPALLY et al., 2026) e (TENNER et al., 2024)
Figura 3.1	O que acontece no pronto-socorro, do primeiro atendimento à decisão de internar.	Figura_3.1_o-que-acontece-no-ps.png	Elaborado pelo autor a partir de (TENNER et al., 2013) e (TENNER et al., 2024)
Figura 4.1	As três gravidades, com o critério de cada uma e o que ele significa no dia a dia da internação.	Figura_4.1_tres-gravidades.png	Elaborado pelo autor a partir de (BANKS et al., 2013)
Figura 4.2	O que pode complicar, e em que fase da doença cada complicação costuma aparecer.	Figura_4.2_o-que-pode-complicar.png	Elaborado pelo autor a partir de (TENNER et al., 2024) e (BANKS et al., 2013)
Figura 5.1	Os primeiros dias de internação, marco a marco.	Figura_5.1_primeiros-dias.png	Elaborado pelo autor a partir de (TENNER et al., 2024) e (YAO et al., 2022)
Gráfico 5.2	Soro em ritmo agressivo e soro em ritmo moderado: quantos pacientes acumularam líquido em excesso, em cada 100.	Grafico_5.2_soro-demais.png	Elaborado pelo autor a partir de (DE-MADARIA et al., 2022)
Gráfico 5.4	Antibiótico preventivo contra nenhum antibiótico, nos ensaios reunidos por uma revis		

	ão sistemática: mortalidade e infecção da necrose.	Grafico_5.4_antibiotico-preventivo.png	Elaborado pelo autor a partir de (VILLATORO et al., 2010)
Figura 6.1	O caminho da pedra, da vesícula até a papila, e onde ela trava as duas saídas ao mesmo tempo.	Figura_6.1_caminho-da-pedra.png	Elaborado pelo autor
Figura 6.2	CPRE na pancreatite pela pedra: quando ela é urgente, quando ela espera e quando ela não entra.	Figura_6.2_cppe-quando.png	Elaborado pelo autor a partir de (SCHEPERS et al., 2020) e (TENNER et al., 2024)
Gráfico 6.3	Retirar a vesícula na mesma internação ou semanas depois: quantas pessoas em cada 100 voltaram ao hospital por complicação da pedra, em seis meses.	Grafico_6.3-vesicula-agora-ou-depois.png	Elaborado pelo autor a partir de (DA COSTA et al., 2015)
Figura 7.1	As quatro palavras do laudo, traduzidas: coleção, necrose, pseudocisto e necrose encapsulada.	Figura_7.1_o-que-o-laudo-diz.png	Elaborado pelo autor a partir de (BANKS et al., 2013)
Figura 7.2	A estratégia em degraus, do antibiótico à retirada do tecido morto, com a parada em cada degrau que resolver.	Figura_7.2_estrategia-em-degraus.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN SANTVOORT et al., 2010) e (VAN BRUNSCHOT et al., 2018)
Gráfico 7.3	Complicação maior ou morte: a estratégia em degraus comparada à cirurgia convencional, e o degrau endoscópico comparado ao cirúrgico.	Grafico_7.3-degraus-x-cirurgia-convencional.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN SANTVOORT et al., 2010) e (VAN BRUNSCHOT et al., 2018)
Gráfico 7.4	Drenagem imediata ou adiada na necrose infectada: quantos pacientes do grupo que esperou não precisaram de drenagem nenhuma, em cada 100.	Grafico_7.4-drenar-agora-ou-esperar.png	Elaborado pelo autor a partir de (BOXHOORN et al., 2021)
Figura 8.1	Os meses seguintes, do dia da alta ao seguimento de longo prazo.	Figura_8.1_meses-seguintes.png	Elaborado pelo autor a partir de (ZHI et al., 2019) e (HOLLEMANS et al., 2018)
Gráfico 8.2	Depois de uma pancreatite aguda: quantas pessoas em cada 100 desenvolvem diabetes, e quantas desenvolvem má digestão de gordura.	Grafico_8.2-diabetes-e-ma-digestao.png	Elaborado pelo autor a partir de (ZHI et al., 2019) e (HOLLEMANS et al., 2018)
Figura 9.1	O que o álcool e o cigarro mudam no risco, e o que existe de ajuda concreta.	Figura_9.1_alcool-e-cigarro.png	Elaborado pelo autor. Os riscos medidos vêm de (MUNIGALA et al., 2015); a coluna da ajuda é orientação do autor
Figura 9.2	Sinais de alerta em três níveis, do pronto-socorro à próxima consulta.	Figura_9.2_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor. A triagem em três níveis é organização clínica do autor; a lista de complicações que ela vigia vem de (TENNER et al., 2024)

Figura 10.1	Quem cuida de cada parte, do pronto-socorro ao seguimento depois da alta.	Figura_10.1_quem-cuida.png	Elaborado pelo autor. A divisão de tarefas entre as equipes é organização do autor; o cuidado por várias especialidades está descrito em (BOXHOORN et al., 2020)
Figura 10.2	O que levar anotado para a consulta de retorno, agrupado por assunto.	Figura_10.2_o-que-levar-anotado.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes citados nesta obra. Nenhuma empresa a patrocinou.

A ilustração da capa e a prancha anatômica do capítulo 1 (Figura 1.2) são adaptações do acervo Servier Medical Art, usadas sob licença CC BY 4.0, com este crédito: Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0. Foram removidas as legendas em inglês e acrescentados os rótulos em português; o logotipo não é reproduzido.

As demais figuras, gráficos e tabelas foram elaborados pelo autor, com a fonte impressa abaixo de cada um.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.