



MED-REVIEW



PANCREATITE CRÔNICA

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



**Didática
Absurda**



**Estudo Ativo &
Repetição Espaçada**



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem
acessível e visual
envolvente.



Simulados
mensais.



Qbank com milhares de
questões comentadas e
filtros inteligentes.



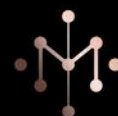
Suporte próximo
para dúvidas.



Flashcards com memória
visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Se você está na correria do plantão ou a poucos dias da prova, este quadro é o seu mapa de sobrevivência. A pancreatite crônica (PC) não deve ser vista como uma doença isolada, mas como um processo contínuo de resposta patológica à lesão pancreática.

PONTOS-CHAVES	O QUE VOCÊ NÃO PODE ESQUECER
A Tríade Clássica	Dor abdominal (epigástrica com irradiação para o dorso), Esteatorreia e Diabetes Mellitus.
Fatores de Risco	Álcool e Tabaco são os grandes vilões; a cessação é a única medida que atrasa a progressão.
O Lab das "Pegadinhas"	Amilase e Lipase costumam estar normais ou baixas nas crises de dor (devido à destruição das células acinares).
Diagnóstico de Imagem	TC ou RM/CP são os testes iniciais. Calcificações são patognomônicas, mas tardias.
Insuficiência Exócrina	Esteatorreia só surge após perda de >90% da função. Tratamento: Enzimas pancreáticas (Lipase).
Tratamento da Dor	Escada da OMS (AINES → Tramadol → Adjuvantes). Evite opioides fortes se possível.
Indicação Cirúrgica	Dor refratária é a principal causa. O divisor de águas é o diâmetro do ducto: $\geq 6-7$ mm (Drenagem) vs < 6 mm (Ressecção).



ATENÇÃO NA PROVA

A gravidade da dor **não** se correlaciona com a gravidade do dano na imagem. Pacientes com exames quase normais podem ter dores incapacitantes.

INTRODUÇÃO

Fisiopatologia

Pense na Pancreatite Crônica como um processo de **cicatrização destrutiva**. Imagine um pâncreas que sofreu tantas agressões (geralmente pelo álcool) que o tecido funcional (ácinos e ilhotas) morreu e foi substituído por fibrose dura e calcificações.

O resultado? Um órgão que **endurece, atrofia e para de funcionar**.

Nas provas, a fisiopatologia gira em torno da teoria da **necrose-fibrose**: surtos repetidos de inflamação aguda levam à destruição irreversível.

Fatores de Risco e Etiologia (O TIGAR-O)

A banca adora perguntar a causa. Na vida real e na prova brasileira, a resposta é quase sempre: **Álcool**.

Porém, existe o mnemônico **TIGAR-O** para causas menos comuns. O que você precisa destacar na sua memória:

- **Tóxica-Metabólica: Álcool (70-80% dos casos)**, Tabagismo (acelera a doença), Hipercalcemia.
- **Idiopática**: Quando não achamos a causa (comum em jovens e idosos).
- **Genética**: Mutações no gene CFTR (**Fibrose Cística** – sempre suspeitar se o paciente for criança) ou SPINK1.
- **Autoimune**: IgG4 elevada, responde a corticoide (diferencial importante de câncer!).
- **Recorrente/aguda grave**
- **Obstrutiva**: Tumores ou estenoses que bloqueiam o ducto por anos.

TIGAR-O



T

– TÓXICO-METABÓLICO

I

– IDIOPÁTICO

G

– GENÉTICO

A

– AUTOIMUNE

R

– RECORRENTE/AGUDA GRAVE

O

– OBSTRUTIVA

QUADRO CLÍNICO

Imagine que chega ao seu consultório o “Seu José”, tabagista e etilista crônico há 20 anos. Ele se queixa de uma dor epigástrica “chata”, em pontada, que irradia para as costas e piora muito cerca de 10 a 15 minutos após as refeições (exacerbação pós-prandial). A dor abdominal é o sintoma principal:

- **Tipo:** Dor epigástrica, “surda”, contínua ou intermitente.
- **Irradiação:** Para as costas (em faixa).
- **Agravante:** Piora 15 a 30 minutos após comer (o paciente para de comer por medo da dor – “sitofobia” – e emagrece).

Pensa comigo: por que a dor piora ao comer? Porque a comida estimula a secreção de colecistoquinina (CCK), que tenta fazer um pâncreas inflamado e obstruído trabalhar, gerando hipertensão ductal e isquemia.

Conforme a doença de Seu José avança, você notará a evolução para a insuficiência:

1. **Má Digestão e Esteatorreia:** Ele nota que as fezes estão oleosas, fétidas e “boiam” no vaso. Isso demora a acontecer (5 a 10 anos de doença), pois o pâncreas tem uma reserva funcional imensa.
2. **Perda de Peso:** Ocorre tanto pela má absorção quanto pelo medo de comer (sitofobia), já que a comida causa dor.
3. **Diabetes Mellitus:** Aqui o buraco é mais embaixo. O diabetes é “brilhante” (instável), com alto risco de hipoglicemia, pois não falta apenas insulina, mas também o glucagon (hormônio contrarregulador).



PULO DO GATO

Existe um fenômeno chamado “Burnout” pancreático. Com o passar dos anos (10-15 anos de doença), o pâncreas “queima” totalmente. A fibrose é tão extensa que a inflamação cessa. Resultado: a dor desaparece, mas o paciente fica diabético e com diarreia grave. O órgão morreu.



DOR EPIGÁSTRICA CRÔNICA



ESTEATORREIA



DESBALANÇO GLICÊMICO



PERDA DE PESO

DIAGNÓSTICO

A Regra de Ouro (O que NÃO pedir)

Antes de falarmos do que pedir, precisamos fixar o que **não** pedir.

⚠ **Atenção na prova:** Em um caso de dor crônica por pancreatite, **Amilase e Lipase geralmente estão NORMAIS ou apenas discretamente elevadas.**

- **Por quê?** Pense na fisiopatologia: o pâncreas "queimou" (burnout). Há tanta fibrose substituindo os ácinos que não existe mais tecido suficiente para liberar grandes quantidades de enzimas na corrente sanguínea.
- **A pegadinha:** Se a banca der um caso de Pancreatite **Crônica** agudizada (um etilista crônico que bebeu muito no fim de semana), aí sim as enzimas podem subir. Mas na cronificação pura? Normais.

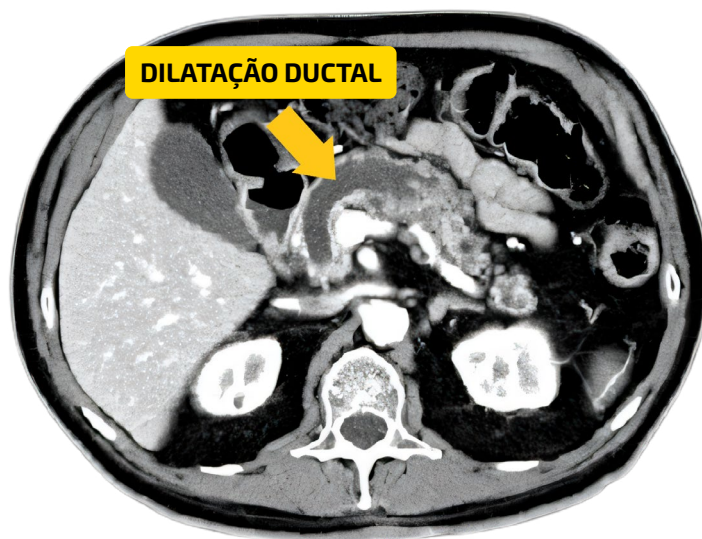
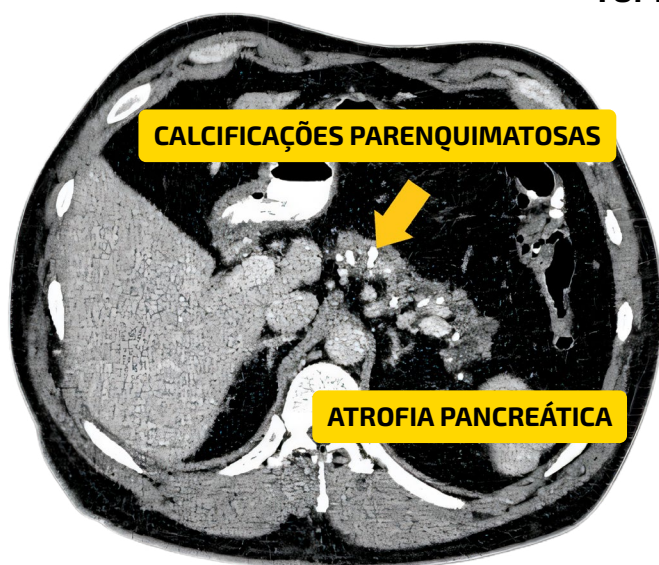
Exames de Imagem (A Prova Anatômica)

O diagnóstico da PC é, primariamente, **morfológico**. Buscamos cicatrizes.

1. **Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome** é o exame de **escolha inicial**. É barato, rápido e muito específico para fases avançadas.
 - **O que buscar:** Atrofia glandular e, principalmente, **calcificações pancreáticas**.
 - **O "Pulo do Gato":** As calcificações são patognomônicas. Se a questão descreve "calcificações na topografia do pâncreas", o diagnóstico está feito. Não precisa de biópsia.
 - **Limitação:** Tem baixa sensibilidade para doença **precoce** (quando a fibrose ainda é leve e não calcificou).

PANCREATITE CRÔNICA

TOMOGRAFIA



2. **Colangiorressonância (CPRM)** é o exame refinado. Não usa radiação e vê líquidos (ductos) perfeitamente.
 - **Quando pedir:** Quando a TC é inconclusiva ou, crucialmente, para **planejamento cirúrgico**.
 - **Achado Clássico:** O pâncreas "em contas de rosário" (Chain of Lakes). O ducto de Wirsung apresenta estenoses (estreitamentos) alternadas com dilatações.
 - **Dica:** É o melhor exame para ver cálculos **dentro** do ducto (radiolucentes), que a TC às vezes perde.
3. **Ecoendoscopia (Ultrassom Endoscópico - USE)** é o "Sniper" do diagnóstico. Uma sonda de ultrassom entra pelo estômago/duodeno e "cola" no pâncreas.
 - **O "Superpoder":** É o exame **mais sensível** de todos. Consegue ver a doença em fase inicial (mudanças sutis no parênquima, traves de fibrose, lobularidade), muito antes da TC ver calcificação.
 - **Na prova:** Geralmente é a resposta quando a pergunta é: **"Paciente com forte suspeita clínica, mas TC e RM normais. Qual o próximo passo?"**.
 - **Bônus:** Permite biópsia (FNA) se houver dúvida entre Pancreatite Crônica e Câncer de Pâncreas (que às vezes são idênticos na imagem).

Testes de Função Pancreática (A Prova Funcional)

Usamos quando a imagem deixa dúvida ou para quantificar a necessidade de enzimas.

1. **Elastase Fecal (O que se usa na prática)** A elastase é uma enzima produzida pelo pâncreas que passa pelo intestino **intacta**, sem ser degradada.
 - **Como funciona:** Medimos quanto sai nas fezes.
 - **Interpretação:**
 - 200 mcg/g: Normal.
 - 100 - 200 mcg/g: Insuficiência leve/moderada.
 - **< 100 mcg/g:** Insuficiência Exócrina Grave.
 - **Vantagem:** O paciente não precisa parar de tomar as enzimas (cápsulas) para fazer o exame, pois a elastase das cápsulas (porcina) não interfere no teste (humano).
2. **Teste da Secretina (O Padrão-Ouro Histórico)** Aparece em prova antiga ou teórica.
 - **Como é:** Passa-se uma sonda nasogástrica até o duodeno, injeta-se o hormônio Secretina (que manda o pâncreas trabalhar) e aspira-se o suco duodenal para medir o bicarbonato.
 - **Realidade:** Extremamente invasivo, caro e desconfortável.
 - **Status:** É o "padrão-ouro" acadêmico para sensibilidade, mas foi substituído na prática pela Ecoendoscopia (anatomia) e Elastase (função).

3. Pesquisa de Gordura Fecal (Sudan III e Van de Kamer)

- **Sudan III:** Qualitativo (corante). É um teste de triagem. Se positivo, tem gordura.
- **Van de Kamer:** Quantitativo (coleta fezes de 72h - "o terror do laboratório"). Foi o padrão-ouro antigo para esteatorreia, mas quase ninguém faz mais por ser logisticamente difícil.

Questão Estratégica – Diagnóstico



QUESTÃO INEP - 2024

Um paciente com 57 anos, queixa-se, em consulta, de dor abdominal difusa intermitente, há 3 meses, que piora com ingestão de alimentos, associada a emagrecimento de 9 quilogramas nesse período, além de diarreia com gotículas de gordura nas fezes. É tabagista e etilista há 30 anos. Ao exame físico, apresenta dor abdominal difusa que piora à palpação profunda em região mesogástrica, sem outras particularidades. Com base no quadro acima, quais são, respectivamente, o diagnóstico e a conduta para o paciente?

- A) Pancreatite aguda; hidratação, analgesia e jejum.
- B) Pancreatite crônica; analgesia e orientação dietética.
- C) Hepatite alcoólica; corticosteroides e orientação dietética.
- D) Cirrose hepática; biópsia hepática e tratamento do etilismo.

Comentário:

Essa questão é um exemplo clássico de "reconhecimento de padrão". Vamos dissecar as pistas do enunciado:

1. Fator de Risco: Etilista e tabagista de longa data (30 anos).
2. Cronologia: Quadro de 3 meses (exclui causas agudas súbitas).
3. Dor Típica: Dor que piora com a ingestão de alimentos (dor pós-prandial), levando ao emagrecimento (o paciente evita comer para não sentir dor).
4. Insuficiência Exócrina: Diarreia com gordura (esteatorreia).

Juntando tudo: Pancreatite Crônica. A conduta inicial é sempre clínica: cessar o álcool/tabaco, analgesia (para a dor) e orientação dietética (fracionada, pobre em gordura) associada à reposição enzimática se houver esteatorreia.

- Por que não A? Jejum e hidratação vigorosa são condutas para a crise aguda. O paciente tem um quadro arrastado de 3 meses, ambulatorial.
- Por que não C ou D? O quadro é dominado pela dor mesogástrica e má absorção, não há estigmas de hepatopatia (icterícia, ascite, eritema palmar) descritos.



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão reforça a História Natural da Doença que vimos na introdução (Dor→Falência Exócrina) e os Pilares do Tratamento Clínico (Analgesia + Dieta).

TRATAMENTO CLÍNICO

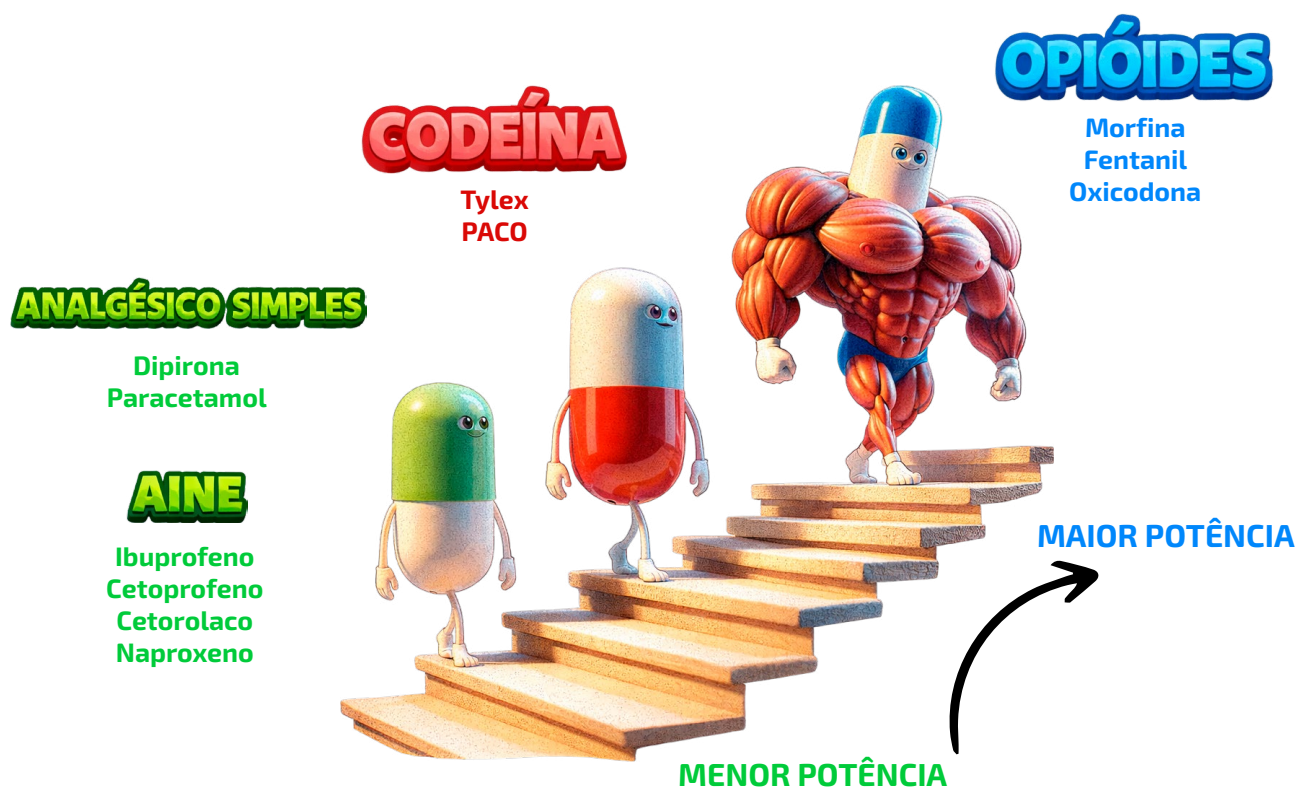
A Base do Tratamento (Mudança de Estilo de Vida e Analgesia)

Antes de cogitar qualquer cirurgia, você deve esgotar as tentativas clínicas. O tratamento se baseia em interromper a agressão ao pâncreas e manejar o conforto do paciente. O "passo zero" é inegociável: **cessar o etilismo e o tabagismo**.

Não é apenas uma recomendação de saúde geral; continuar bebendo ou fumando acelera drasticamente a calcificação e aumenta exponencialmente o risco de Adenocarcinoma de Pâncreas. Na prova, se o paciente não parar de beber, a mortalidade dispara.

Sobre a dieta e a dor, o raciocínio é fisiológico: se o pâncreas dói quando é estimulado, devemos estimulá-lo pouco e várias vezes. Indicamos dieta fracionada, com baixo teor de gordura (para reduzir a secreção de colecistoquinina, que "espreme" o pâncreas).

Para a analgesia, seguimos a escada da OMS:





ATENÇÃO NA PROVA

A maioria desses pacientes têm histórico de abuso de substâncias (álcool). O uso de opioides fortes deve ser evitado ao máximo pelo altíssimo risco de dependência química iatrogênica. Preferimos o uso de analgésicos simples, AINEs (com cuidado gástrico) e adjuvantes como Amitriptilina ou Pregabalina (que ajudam muito na dor crônica/neuropática).

Reposição Enzimática (Como prescrever corretamente)

A reposição de enzimas pancreáticas (lipase, amilase, protease) é o pilar nutricional. Mas você não prescreve para todo mundo. Existem duas indicações clássicas de prova:

1. Presença de **Esteatorreia** (diarreia gordurosa).
2. **Perda de peso progressiva** (mesmo que o paciente não relate diarreia franca).



PULO DO GATO

A banca adora perguntar "como tomar". O erro clássico é o paciente tomar o remédio em jejum ou depois de comer. Para funcionar, as enzimas precisam estar misturadas com o bolo alimentar. Portanto, a regra é clara: as cápsulas devem ser ingeridas DURANTE as refeições (ou imediatamente antes da primeira garfada).



DICA PRÁTICA

O ácido do estômago pode destruir as enzimas antes que elas cheguem ao duodeno para trabalhar. Por isso, é muito comum associarmos um **Inibidor de Bomba de Prótons (IBP - ex: Omeprazol)** junto com as enzimas. O IBP reduz a acidez gástrica e protege a integridade da reposição enzimática.

TRATAMENTO CIRÚRGICO (ABORDAGEM CIRÚRGICA)

Indicações e Raciocínio (Quando e Como operar)

Primeiro, vamos alinhar a expectativa: **para que serve a cirurgia?**

✗ **Erro comum:** A cirurgia **NÃO** recupera a função do pâncreas. Quem já está diabético ou tem má absorção continuará assim após o procedimento. O pâncreas "queimado" não volta à vida.

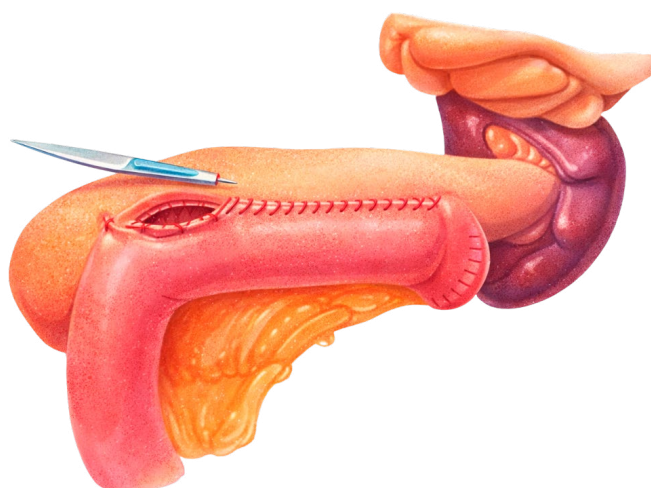
A indicação cirúrgica, em 90% dos casos de prova, é para tratar a **DOR INTRATÁVEL**. Estamos falando daquele paciente que já parou de beber, ajustou a dieta, toma enzimas, usa opioides e continua sofrendo. Além da dor, operamos se houver complicações mecânicas (obstrução do duodeno ou via biliar) ou suspeita de câncer.

Qual cirurgia escolher?

Para decidir **qual** cirurgia fazer, você precisa olhar para a anatomia do pâncreas na Tomografia ou Ressonância. O divisor de águas é o tamanho do **Ducto de Wirsung**.

1. **O Cenário do Ducto Dilatado (> 7mm)** Imagine que o ducto principal está entupido e pressurizado ("doença do grande ducto"). A dor vem da hipertensão ductal. A solução lógica é "abrir a porta" e deixar o suco pancreático escoar.
 - **A Cirurgia: Puestow modificada** (Pancreatojejunostomia Latero-Lateral).
 - **Como é feita:** O cirurgião abre o pâncreas longitudinalmente (como um pão de hot dog) e costura uma alça de jejuno em cima. Isso drena toda a extensão do ducto.
 - **Por que é a favorita?** É uma cirurgia de **drenagem**, não de retirada. Tem baixa mortalidade e resolve a dor muito bem preservando o pouco de pâncreas que resta.

PARTINGTON-ROCHELLE OU PUESTOW MODIFICADO



Pancreatojejunostomia Longitudinal

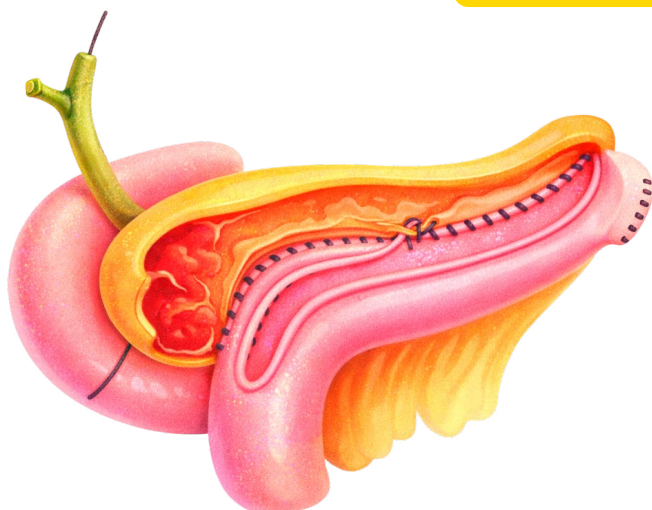


Para quando ducto principal está **DILATADO**

2. A Opção Híbrida (Moderna): Cirurgia de Frey.

- Pense nela como a filha da **Beger** com a **Puestow**.
- **A técnica:** O cirurgião faz uma drenagem do ducto (igual Puestow) e apenas **escava** ("co-ring out") o miolo da cabeça do pâncreas, sem precisar seccionar a cabeça inteira como na Beger. É tecnicamente mais simples e muito eficaz.

CIRURGIA DE FREY



Pancreatojejunoanastomose Longitudinal



Ressecção da Cabeça do Pâncreas

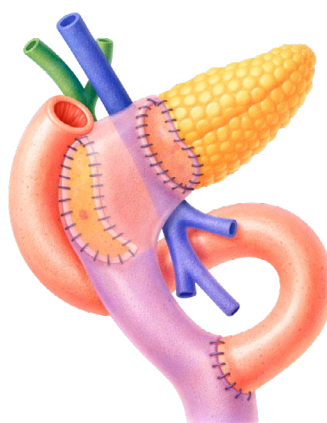
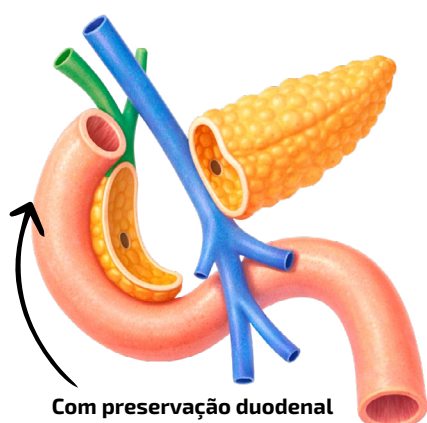


Para quando o ducto principal **DILATADO** e acometimento maior na **CABEÇA PANCREÁTICA**

3. **Cenário 2: Doença da Cabeça do Pâncreas (Ducto fino, massa inflamatória na cabeça)** O problema é a massa inflamatória na cabeça que causa dor. Precisamos ressecar, mas temos opções:

- **A Opção Clássica (Agressiva): Whipple** (Gastroduodenopancreatectomia).
 - É a mesma cirurgia do câncer. Remove a cabeça do pâncreas, mas leva junto o duodeno, a via biliar principal e parte do estômago. É muito mórbida para uma doença benigna.
- **A Opção Anatômica (Preservadora): Cirurgia de Beger.**
 - Chamada de "Ressecção da cabeça do pâncreas com preservação duodenal".
 - **A técnica:** O cirurgião secciona (corta) o pâncreas na altura do colo, remove a cabeça doente, mas **preserva o duodeno** e a via biliar. Depois, reconstrói o trânsito com uma alça de jejuno.
 - **Dica:** É anatomicamente mais complexa que a Frey, pois envolve "descolar" a cabeça do pâncreas do duodeno.

CIRURGIA DE BEGER



Ressecção da Cabeça do Pâncreas



Pancreatojejunoanastomose



RESUMO PARA A PROVA

- Ducto dilatado? **Puestow**.
- Massa na cabeça + Preservar duodeno? **Beger** (tira a cabeça) ou **Frey** (escava a cabeça).
- Suspeita de Câncer ou anatomia destruída? **Whipple**.

O caso especial das Varizes Gástricas (Trombose de Veia Esplênica)

Esta é uma “pegadinha” clássica de prova que merece destaque. A inflamação crônica do pâncreas ocorre logo à frente da **Veia Esplênica**. Com o tempo, essa inflamação pode causar uma **Trombose da Veia Esplênica**. O sangue que vem do baço tenta sair, encontra a veia fechada e precisa de um caminho alternativo. Ele volta pelas veias gástricas curtas.

O quadro clínico típico: Paciente com Pancreatite Crônica que apresenta **Hemorragia Digestiva Alta** e, na endoscopia, vemos **Varizes de Fundo Gástrico ISOLADAS** (o esôfago está limpo, sem varizes). O fígado também costuma estar normal (sem cirrose).

A Conduta: Como o problema é o fluxo que vem do baço, a solução definitiva é a **Esplenectomia** (retirada do baço).



DICA PRÁTICA

É a única forma de hipertensão portal (segmentar) que é curável apenas com a retirada do baço. Se cair “varizes gástricas isoladas” na sua prova, marque **Pancreatite Crônica** como causa e **Esplenectomia** como tratamento.

Revisão Final

Vamos consolidar o raciocínio clínico completo. Visualize o paciente típico da prova: um homem de meia-idade, etilista de longa data, que chega ao consultório emagrecido e relatando que “tem medo de comer” porque a dor piora após as refeições. Diante desse quadro, esqueça a amilase e a lipase; seu próximo passo é solicitar uma Tomografia de Abdome. O achado de calcificações pancreáticas é o carimbo que confirma o diagnóstico de Pancreatite Crônica.

Confirmada a doença, iniciamos o tratamento clínico, que se baseia em parar o álcool (obrigatório), controlar a dor (evitando opioides fortes) e tratar a má absorção. Prescreva enzimas pancreáticas para serem tomadas durante as refeições, preferencialmente associadas a um IBP. Se, apesar de tudo isso, o paciente mantiver dor intratável, a cirurgia entra em cena. A decisão técnica é puramente anatômica: olhe para o ducto de Wirsung. Se ele estiver dilatado ($> 7\text{mm}$), faça a cirurgia de Puestow (drenagem). Se o ducto for fino e houver uma massa inflamatória na cabeça do pâncreas, a indicação é ressecção, preferencialmente a técnica de Frey ou, em último caso, Whipple.

Resumo em 1 minuto

- **Fatores de Risco principais:** Álcool e Tabaco.
- **Tríade clássica:** Dor + Esteatorreia + Diabetes
- **Lab:** Amilase/Lipase geralmente normais nas crises crônicas.
- **Imagem Inicial:** TC ou RM; padrão-ouro para ductos é RM/CP.
- **Tratamento Clínico:** Parar álcool/tabaco + Enzimas (40-50k unidades/refeição) + Analgesia escalonada.
- **Cirurgia (Ducto $\geq 7\text{mm}$):** Drenagem (Puestow ou Frey).
- **Cirurgia (Ducto $< 7\text{mm}$):** Ressecção (Whipple ou Pancreatectomia Distal)

Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

**O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:
O momento certo para entrar é agora.**

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

