

RESUMO

O que já sabíamos:

- Pancreatite aguda é a maior complicação pós-CPRE
- Os fatores de risco relacionados a pancreatite pós-CPRE incluem: dificuldade ou falha na canulação biliar, dilatação balonada do esfíncter, esfínterotomia pancreática e injeção no ducto pancreático
- Os fatores de risco relacionados ao paciente incluem: pacientes jovens, mulheres, suspeita de disfunção do esfíncter de Oddi, história de pancreatite recorrente, história de pancreatite prévia e ausência de pancreatite crônica

Novos achados:

- A obesidade não aumenta a incidência ou a gravidade da pancreatite pós-CPRE
- IMC baixo não impacta na incidência ou na gravidade da pancreatite pós-CPRE
- Concluindo: o estudo mostrou que não há correlação entre obesidade e incidência ou gravidade de pancreatite. Da mesma forma, os pacientes abaixo do peso não tiveram maior incidência ou gravidade de pancreatite. Estudos futuros sobre o assunto deveriam ser realizados de forma prospectiva, idealmente, para minimizar os vieses e deveriam ser usadas outras mensurações da composição corporal para melhor avaliação da obesidade.

Mohamed M. Abdelfataha,b, Nicholas J. Koutlasa , Eric Gochanoura , Ahmed Hamed , Mariam Ibrahima , Mohamed Barakatc , Prashant R. Mudireddy

East Carolina University, Greenville, NC; Emory University, Atlanta, GA, USA

[Ann Gastroenterol.](#) 2019 May-Jun;32(3):298-302.

INTRODUÇÃO

Embora considerada segura, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) está entre os procedimentos endoscópicos associados a maior risco de complicações. A pancreatite pós-CPRE (PEP, do inglês pos-ERCP pancreatitis) é a complicação mais comum. A incidência de PEP varia de 1 a 9% em pacientes com risco médio e de 11 a 40% em pacientes de alto risco, com 0,1% de mortalidade.

Os fatores de risco para PEP têm sido exaustivamente estudados e são classificados em: fatores de risco

relacionados ao paciente (pacientes jovens, mulheres, com suspeita de disfunção do esfíncter de Oddi, história de pancreatite recorrente, história de PEP prévia e ausência de pancreatite crônica) e fatores relacionados ao procedimento (dificuldade ou falha na canulação biliar, dilatação balonada do esfíncter, esfínterectomia pancreática e injeção de contraste no ducto pancreático).

Alguns estudos têm mostrado que a obesidade pode contribuir na incidência, gravidade e mortalidade da pancreatite aguda. Isso deve-se provavelmente ao estado inflamatório crônico observado nos pacientes obesos.

A correlação entre obesidade e incidência e gravidade da PEP ainda não está bem elucidada. Um grande estudo retrospectivo, de Deenadayalu e colaboradores, com 964 pacientes, mostrou que a taxa de PEP não foi diferente entre pacientes com índice de massa corpórea (IMC) $> 30 \text{ kg/m}^2$ e aqueles com IMC $< 30 \text{ kg/m}^2$ (12,5% vs. 16,4%, respectivamente, $p = 0,14$).

Em contraste, Cotton e colaboradores mostraram que a obesidade está associada com complicações pós-CPRE, incluindo pancreatite.

Um estudo retrospectivo recente com 583 pacientes, de Fujisawa e colaboradores, demonstrou que pacientes obesos (IMC > 30) têm uma taxa significativamente maior de PEP comparados com pacientes com sobrepeso (IMC 25-30), com peso normal (IMC 18,5 – 25) e com pacientes abaixo do peso ($< 18,5$). Entretanto, uma das limitações desse estudo é que apenas 20 pacientes eram obesos. Além disso, Kumar e colaboradores realizaram uma análise na base de dados americana que foi sugestivo que há uma correlação positiva entre obesidade e PEP (odds ratio 1.55, 95% de intervalo de confiança 1.25-1.92).

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo retrospectivo com todos os pacientes submetidos a CPRE diagnóstica ou terapêutica de janeiro de 2009 a outubro de 2016. Os procedimentos foram realizados por 04 endoscopistas experientes. Foram coletados os dados dos pacientes e os detalhes do procedimento. Os pacientes que tiveram pancreatite aguda 72 horas antes do procedimento foram excluídos.

DEFINIÇÕES

O IMC foi definido de acordo com a Organização Mundial da Saúde (IMC abaixo do peso $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ / IMC normal ente 18,5 e 25 kg/m^2 / Obesidade entre 30-40 kg/m^2 / Obesidade mórbida IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$).

PEP foi definida como início ou piora de dor abdominal causando admissão hospitalar não planejada em pacientes submetidos a CPRE de forma ambulatorial ou prolongamento de internação em pacientes internados submetidos a CPRE. O diagnóstico foi associado a aumento da amilase ou lipase sérica pelo menos 3 vezes o limite superior da normalidade aproximadamente 24 h após o procedimento.

A gravidade da pancreatite foi graduada de acordo com a classificação de Atlanta revisada: leve (sem evidência de falência orgânica sistêmica ou local ou complicações sistêmicas); moderada (falência orgânica transitória ou falência orgânica sistêmica ou local não persistente); ou grave (falência orgânica persistente ou necrose pancreática). CPRE de alto risco foi definida baseada nos fatores de risco dos pacientes e relatados no procedimento.

OBJETIVOS

O objetivo primário foi a incidência de PEP em CPREs. O objetivo secundário foi a gravidade da CPRE.

RESULTADOS

Um total de 2236 pacientes cujo IMC foi verificado e que tiveram o seguimento adequado foram incluídos na análise final. A idade média dos pacientes foi 60 ± 18 anos; 1247 (56%) pacientes eram mulheres e 991 (44%) eram homens. A média do IMC foi 29 ± 8 (kg/m^2). Os fatores de risco não foram diferentes nos dois grupos.

No total, 17% dos pacientes submetidos a CPRE foram de alto risco para PEP. O diagnóstico de PEP foi feito em 107 (4,8%) pacientes. No total, 921 pacientes tinham IMC ≥ 30 kg/m^2 enquanto 1315 pacientes tinham IMC < 30 kg/m^2 . Não houve diferença estatisticamente significativa entre os fatores de risco dos pacientes e relacionados ao procedimento nos grupos de IMC baixo (< 30 kg/m^2) e alto (≥ 30 kg/m^2). Dos 921 pacientes com IMC BMI ≥ 30 , 49 foram diagnosticados com PEP (5,3%). Em comparação, 58 pacientes (4,4%) foram diagnosticados com PEP dos 1317 com IMC < 30 kg/m^2 (odds ratio [OR] 1.2, 95% CI 0.82-1.8; $P=0.32$). Não houve diferença significativa na incidência de PEP nos subgrupos.

Na análise univariada, os seguintes fatores foram associados a PEP: mulheres < 40 anos, esfínterectomia biliar, esfínterectomia pancreática, canulação do ducto pancreático principal, injeção de contraste no ducto pancreático principal, dificuldade de canulação, falha na colocação de prótese no ducto pancreático principal e história de pancreatite recorrente.

Na análise multivariada, sexo feminino e idade < 40 anos, esfínterectomia biliar, esfínterectomia pancreática, injeção de contraste no ducto pancreático principal, dificuldade de canulação e falha na colocação da prótese pancreática foram associados com PEP. Entretanto, IMC > 30 não teve impacto na incidência de PEP (OR 1.1, 95% CI 0.75-1.8; $P=0.48$). Da mesma forma, não houve diferença de incidência de PEP na análise de subgrupos de diferentes categorias de IMC.

Gravidade da PEP

Sete pacientes foram diagnosticados com pancreatite moderada de acordo com a classificação de Atlanta revisada: 1 do grupo com IMC baixo (< 18), 2 com IMC normal, 3 do grupo com sobrepeso e 1 do grupo de obesidade mórbida.

Nove pacientes foram diagnosticados com pancreatite grave: 1 do grupo abaixo do peso, 2 do grupo com IMC normal, 1 do grupo do sobrepeso, 3 do grupo obeso e 2 do grupo obeso mórbida. Três desses 9 pacientes morreram em 30 dias: 1 do grupo obeso mórbido, 1 do grupo obeso e 1 do grupo com IMC normal.

DISCUSSÃO

Embora com limitações, esse foi o maior estudo retrospectivo que investiga a relação entre PEP e IMC. Os resultados indicam que IMC aumentado (≥ 30 kg/m^2) não aumenta o risco de PEP. Além disso, diferentes categorias de IMC, incluindo baixo peso, sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, não estão associadas com uma incidência diferente de PEP comparada com pacientes de peso normal.

Leia o artigo na íntegra em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6479648/pdf/AnnGastroenterol-32-298.pdf>

