

Pancreatite aguda secundária à hipertrigliceridemia

Cirino, VCMG¹; Gomes, PFPP¹; Fonseca, SR¹; Whyte, PPM¹; Alvarenga, SB¹;Fonseca, S¹;Orlando, VR¹; Rezende, VV¹; Serufo,JC²

RESUMO

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;
² Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

O objetivo é relatar um caso de Pancreatite Aguda (PA) secundária à hipertrigliceridemia, embora rara, é uma causa bem estabelecida. Trata-se de uma paciente de 26 anos que foi admitida no HC – UFMG queixando-se de dor em andar superior do abdômen. Ela, assim como sua irmã, apresenta passado de hipertrigliceridemia evidenciado em exames laboratoriais e de imagem prévios. Uma questão relevante deste caso é a possibilidade da paciente ter desenvolvido dependência química à meperidina devido ao quadro de PA recorrente.

Palavras-chave: Pancreatite Aguda; Hipertrigliceridemia; Dependência; Meperidina.

ABSTRACT

The objective is to report a case of acute pancreatitis (AP) due to hypertriglyceridemia, although rare, is a well recognized condition. The patient is a – years old woman who was admitted at HC-UFMG complaining about a pain at the upper right abdomen. She, as well as her sister, has a past of hypertriglyceridemia shown in previous blood tests and also previous episodes of AP well documented. A special issue about this case is the addiction on Meperidine developed by the patient. That's why the conduct on this case was simple the administration of pain killers, a abdominal CT and clinical observation.

Key words: Acute Pancreatitis; Hypertriglyceridemia; Meperidine; Addiction.

INTRODUÇÃO

Hipertrigliceridemia (HTG) é uma causa rara de pancreatite. A pancreatite secundária à HTG pode apresentar-se como pancreatite aguda (PA), PA recorrente e, raramente, pancreatite crônica. Triglicérides (TG) superior a 1000 mg/dL é necessário para precipitar um episódio agudo. Um segundo fator de risco associado, como alcoolismo, diabetes mellitus (DM) descontrolado ou uso de certos medicamentos, contribui para o aumento dos níveis lipídicos e sempre deve ser investigado nos pacientes. A redução dos níveis de TG para abaixo de 1000 mg/dL seria medida eficaz para prevenção de episódios futuros de pancreatite. Os princípios básicos do tratamento são restrição de gordura na dieta e medicamentos hipolipemiantes, além do controle dos outros fatores de risco.

Este relato tem como objetivo apresentar o caso de paciente com episódios recorrentes de PA secundária à HTG familiar que, em função das sucessivas internações, pode ter desenvolvido dependência à meperidina.

Endereço para correspondência:
renatacampos05@yahoo.com.br

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 25 anos, feoderma, solteira, do lar, natural de Planaltina/DF. Procurou o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais queixando-se de dor intensa e constante em região epigástrica, repentina, irradiando para dorso e flancos, precipitada por ingestão de alimentos e associada a náuseas e vômitos.

Relata episódios semelhantes duas a três vezes ao mês, com repetidas hospitalizações. Associa tais recorrências ao fato de ser portadora de HTG familiar grave, assim como dois de seus cinco irmãos. Encontra-se em acompanhamento especializado e em uso de fenofibrato 100mg MID. Não faz uso de ácido nicotínico e atorvastatina, apesar de terem sido prescritos, nem traz consigo nenhum documento ou registro de exames referentes ao acompanhamento. Nega alcoolismo, DM ou uso de outros medicamentos. Relata alergia à dipirona, fentanil e morfina. Ao exame físico inicial, apresentava-se corada, hidratada no limiar, normotensa, abdome peristáltico, doloroso à palpação difusamente, porém mais intenso em região epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal ou visceromegalias. Ausência de xantomas ou xantelasmas.

Diante do quadro clínico típico, história progressiva e familiar, firmou-se diagnóstico de PA, julgando-se desnecessária a realização de propeidêutica extensa para sua confirmação. O tratamento dispensado à paciente foi basicamente suspensão da dieta oral, hidratação venosa e uso de opióide para alívio da dor. O analgésico de escolha foi meperidina, uma vez que a paciente relatou alergia a outros analgésicos e enfatizou sua melhora apenas com o uso deste. Em 12 horas a paciente apresentou melhora dos sintomas e recebeu alta do serviço de urgência.

DISCUSSÃO

Há dois tipos de HTG: adquirida e genética. As formas adquiridas podem ser secundárias a ingestão excessiva de álcool, ganho de peso/obesidade, DM mal controlado, gestação, hipotireoidismo e uso de medicamentos. Porém, essas, por si só, não são capazes de elevar o nível de TG a ponto de precipitar um episódio de PA. A coexistência de outras anormalidades no metabolismo lipídico pode ele-

var os níveis de TG acima de 1000 mg/dL. Apesar da maior fonte de TG, em um indivíduo saudável, ser a dieta, falhas no metabolismo de lipoproteínas ricas em TG (VLDL) são as maiores causas de HTG.

Apesar de a paciente não ter consigo nenhuma propeidêutica prévia, a irmã que a acompanhava, portadora de mesma patologia, encontrava-se em posse de alguns de seus exames que são válidos para ilustrar o caso, como parte da história familiar (Figura 1 e Quadro 1). Na ultrassonografia percebe-se que a irmã desenvolveu cisto pancreático devido à recorrência de episódios de PA.

As irmãs apresentam hiperlipidemia tipo IV de Friederickson, no qual há elevação de VLDL, quilomicrons normais e dosagem de colesterol normal ou elevada. A manifestação geralmente se dá na fase adulta, não se observam xantomas e há predisposição ao desenvolvimento de pancreatite, doença arterial coronariana precoce, obesidade e intolerância à glicose.

O mecanismo exato pelo qual a HTG provoca pancreatite ainda permanece incerto. A teoria mais aceita diz que os TG são hidrolisados a ácidos graxos por enzimas pancreáticas e o acúmulo destes torna-se extremamente tóxico tanto para as células acinares quanto para os capilares.

A apresentação clínica da PA secundária à HTG não difere da pancreatite por outras etiologias, sendo caracterizada por dor aguda e constante na região epigástrica e/ou quadrante superior direito abdominal, irradiando para o dorso. A dor pode durar dias e estar associada a náuseas e vômitos.

Duas enzimas (amilase e lipase) são secretadas pelas células acinares durante a pancreatite e suas dosagens séricas são usadas para confirmar o diagnóstico. A amilase, geralmente, aumenta poucas horas após o início dos sintomas e normaliza-se em três a cinco dias. No entanto, os níveis de amilase sérico e urinário em pacientes com pancreatite secundária a HTG encontram-se baixos ou normais em até 50% dos pacientes. Acredita-se que o excesso de TG possa impossibilitar a medição da amilase ou que talvez exista um inibidor da enzima no plasma desses pacientes. Por outro lado, a lipase, além de não sofrer influência da HTG, mantém sua concentração elevada por mais tempo.

Nas formas leves de pancreatite, os princípios do tratamento são os mesmos nas diferentes etiologias. A terapia é suportiva e inclui reposição hídrica, analgésicos, oxigenioterapia, antieméticos e

suspensão da dieta oral. Para prevenir a recorrência de PA são necessários dieta rigorosa, hipograxa, com TG de cadeia média, redução de peso, uso contínuo de fibratos, que podem ser associados a outros medicamentos hipolipemiantes (estatinas, niacina, ácido nicotínico, suplementos de óleo de peixe) ou, ainda, plasmaférese.



Figura 1 - Ultrasonografia evidenciando cisto em cauda de pâncreas.

Quadro 1 - Exames Laboratoriais

Exames Laboratoriais	23/11/2007	23/04/2008	Valores de referência
Coolesterol Total	131 mg/dL	201 mg/dL	Até 200 mg/dL
HDL-C	7 mg/dL	24 mg/dL	Risco em mulheres < 35 mg/dL
Triglicérides	2696 mg/dL	4409 mg/dL	Até 150 mg/dL
Glicemia de Jejum	150 mg/dL	186 mg/dL	Até 99 mg/dL
TGO	52 U/L	74 U/L	5 a 40 U/L
TGP	104 U/L	189 U/L	7 a 56 U/L
GGT	61 U/L	-	Mulheres 4 a 18 U/L
CK Total	-	20 U/L	Até 80 U/L

HDL-C = Ipoproteína de alta densidade; TGO = Transaminase glutâmico oxalacética; TGP = Transaminase glutâmico pirúvico; GGT = Gama-glutamyl transferase; CK = Creatinafosfoquinase

A abordagem, no caso relatado, deve ser repensada, uma vez que a paciente apresenta história de inúmeras internações e tentativas claras de induzir a prescrição de meperidina, em substituição a qualquer outro analgésico. Narcóticos, como a meperidina, podem causar dependência física e psicológica. O quadro de abstinência é caracterizado por náuseas, vômitos, diarreia e cólicas abdominais. Diante de um caso como este, deve-se levantar não só a hipótese de recorrência de PA, mas também a simulação deste quadro devido à dependência à meperidina e ainda a possibilidade de síndrome de abstinência.

REFERÊNCIAS

1. Beck, P.L.; Symonds, C.J.; Edwards, A.L.; Gan, S.I. Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: A case-based review. *World journal of Gastroenterology*. 2006 November 28; 12(44):7197-7202
2. Athyros, V.G.; Giouleme, O.I.; Nikolaidis, N.L.; Vasiliadis, T.V.; Bouloukos, V.I.; Kontopoulos, A.G.; Eugenidis, N. PL ong-term Follow-up of patients With Acute Hypertriglyceridemia-induced Pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34(4):472-475.
3. Pitchumoni, C.S.; Yadav, D. Issues in Hyperlipidemic Pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36(1):54-62.
4. Sankarankutty, A.K.; Scarpelini, S.; Junior, J.E.; Santos, J.S. P ancreatite Aguda: Atualizações de Conceitos e Conduitas. *Medicina, Ribeirão Preto* 2003 abr/ dez, 36:266-282.
5. Frossard, J.L.; Steer, M.L.; Pastor, C.M. Acute Pancreatitis. *Lancet* 2008; 371:143-152.
6. Okura, Y.; Hayashi, K.; Shingu, T.; Kajiyama, G.; Nakashima, Y.; Saku, K. Diagnostic evaluation of acute pancreatitis in two patients with hypertriglyceridemia. *World Journal of Gastroenterology*. 2004; 10(24):3691-3695.