

## RELATO DE CASO: MANEJO CLÍNICO EM PACIENTE COM COMPLICAÇÃO DE PANCREATITE ALCOÓLICA NECROSANTE

**AUTORES:** Letícia Koslowski Simões<sup>1</sup>, Sofia Gazola Faé<sup>1</sup>, Diana Regina Ruaro<sup>2</sup>

**ORIENTADORA:** Diana Regina Ruaro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discentes da Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES

<sup>2</sup>Docente da Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES

**Introdução:** Pancreatite aguda (PA), processo inflamatório agudo do pâncreas, tem como principais etiologias a litíase biliar, o álcool e a hipertrigliceridemia, podendo envolver tecidos peripancreáticos e/ou órgãos a distância com formação de edema intersticial, infiltração de células inflamatórias e apoptose celular, hemorragias e necrose. Embora no Brasil a principal etiologia seja a doença biliar, deve-se considerar que o álcool é responsável por 30% das PAs, afetando predominantemente homens jovens com história de consumo alcoólico abusivo.

**Objetivo:** Demonstrar a importância do diagnóstico precoce de PA e seu papel no desfecho do manejo clínico.

**Método:** Relato de caso.

**Relato:** Paciente L.S, 39 anos, masculino, etilista pesado, apresentou dor abdominal progressiva com evolução de três dias associado à febre, dispneia aos moderados esforços, náusea e êmese. Apresentava icterícia, distensão abdominal e dor à palpação em região epigástrica e sinal de Cullen. Na investigação diagnóstica: Tomografia Computadorizada (TC) demonstrando pancreatite necrosante com risco de síndrome compartimental abdominal com coleção peripancreática comprimindo estômago e marcadores de função pancreática elevados, em uso de Ciprofloxacino e Metronidazol. Após estabilização hemodinâmica e início de nova antibioticoterapia (Cefepime + Metronidazol), foi realizada punção percutânea de coleções intra-abdominais com drenagem de meio litro de secreção purulenta com coleta de cultura, assim como laparotomia exploradora (LE) e necrosectomia pancreática. Devido picos febris e disenteria, foi escalonado antibiótico Meropenem enquanto aguardado resultado de cultura, sucedendo em *Acinetobacter baumannii* e *Stenotrophomonas maltophilia*, alterado antibióticos para Ampicilina-Sulbactam e Sulfametoxazol-Trimetoprima. Após uma semana, necessitou de uma nova LE e troca de drenos devido à saída de secreção fecalóide em consequência de fístula enteral com exteriorização abdominal não localizada devido abdômen congelado, necessitando colostomia para tentativa de deter extravasamento da secreção intra-abdominal. Apesar das tentativas de manejo, não houve melhora do quadro. Nova TC abdominal mostrou possível perfuração de alça intestinal, necessitando nova LE e lavagem abdominal, ainda sem sucesso de melhora do quadro.

**Conclusão:** Este relato reforça a importância de estabelecer o diagnóstico precoce de PA, bem como manejar suas complicações a fim de diminuir os índices de mortalidade desta afecção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pancreatite Aguda; Pancreatite Necrosante; Pancreatite Alcoólica.