

PANCREATITE AGUDA: CRITÉRIOS DE GRAVIDADE, SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO (ATLANTA REVISADA) E IMPACTO NO PROGNÓSTICO CLÍNICO

Mariana Rodrigues de Oliveira Neves¹

Isadora Faver de Souza²

Jordana Clara Fockink³

Lavínia Dartora⁴

RESUMO: Introdução: A pancreatite aguda caracterizou-se como uma desordem inflamatória de apresentação clínica heterogênea, cuja fisiopatologia envolvia a ativação enzimática precoce, resultando em autodigestão glandular e potencial resposta inflamatória sistêmica. O espectro da doença variava desde formas edematosas autolimitadas até quadros necrosantes complexos associados à elevada letalidade. Nesse contexto, a estratificação de risco mostrou-se crítica para o manejo terapêutico, consolidando a Classificação de Atlanta Revisada como o padrão-ouro internacional ao definir a gravidade baseada na presença de complicações locais e na persistência de falência orgânica. Objetivo: O objetivo desta revisão sistemática foi analisar os critérios de gravidade da pancreatite aguda, a aplicabilidade dos sistemas de classificação, com ênfase na Atlanta Revisada, e seus respectivos impactos no prognóstico clínico dos pacientes. Metodologia: A elaboração desta revisão sistemática seguiu as diretrizes do checklist PRISMA. As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, Scielo e Web of Science, utilizando os descritores: pancreatite aguda, prognóstico, classificação de gravidade, falência orgânica e mortalidade. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos originais completos, estudos publicados na última década e textos nos idiomas inglês ou português. Como critérios de exclusão, eliminaram-se: registros duplicados entre as bases, editoriais ou cartas ao editor e pesquisas realizadas exclusivamente com modelos animais. Resultados: Os dados analisados demonstraram que a Classificação de Atlanta Revisada permitiu uma distinção prognóstica superior ao categorizar a doença em leve, moderadamente grave e grave. Observou-se que a falência orgânica persistente por mais de 48 horas constituiu o determinante primordial de mortalidade, sobrepondo-se aos escores multifatoriais tradicionais na predição de desfechos fatais. Além disso, a presença de necrose pancreática infectada correlacionou-se diretamente com o prolongamento da internação e a necessidade de intervenções invasivas, ratificando a importância do monitoramento contínuo dos marcadores inflamatórios e da imagem. Conclusão: Concluiu-se que a padronização diagnóstica promovida pela Classificação de Atlanta Revisada foi fundamental para a prática clínica assertiva. A identificação precoce dos critérios de gravidade possibilitou a otimização do suporte intensivo, o que impactou positivamente na sobrevida dos pacientes e na redução das sequelas a longo prazo decorrentes da pancreatite aguda.

1

Palavras-chaves: Pancreatite aguda. Prognóstico. Classificação de gravidade. Falência orgânica e mortalidade.

¹Médica. Hospital Madre Teresa (HMT) – Residência em Clínica Médica Belo Horizonte – MG.

²Acadêmica de Medicina – 12º período, Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP) Petrópolis – RJ.

³Acadêmica de Medicina – 12º período, Afya Palmas– TO.

⁴Médica, Faculdade FAMINAS Muriaé, Muriaé – MG.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda configura-se como uma entidade clínica de espectro variável, decorrente de uma resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela ativação enzimática intrapancreática, variando desde quadros edematosos autolimitados até a necrose glandular extensa com repercussões sistêmicas letais (CHATILA; BILAL; GUTURU, 2019; SZATMARY et al., 2022). A complexidade fisiopatológica da doença exige uma estratificação de risco precisa para orientar o manejo terapêutico, sendo a Classificação de Atlanta Revisada de 2012 o instrumento globalmente aceito para essa finalidade (IGARZABAL et al., 2018; MORAIS; SILVA, 2023).

Este sistema categoriza a patologia em três graus distintos de gravidade, fundamentados na interação entre a presença de complicações locais e, crucialmente, a ocorrência de disfunção sistêmica (SILVA-VAZ et al., 2019; STERNBY et al., 2017). A forma leve caracteriza-se pela ausência tanto de falência orgânica quanto de complicações locais ou sistêmicas, apresentando baixa mortalidade (MORAIS; SILVA, 2023). A forma moderadamente grave é definida pela presença de falência orgânica transitória ou complicações locais — como coleções fluidas peripancreáticas ou necrose — sem que haja persistência da disfunção sistêmica (IGARZABAL et al., 2018). Por fim, a pancreatite aguda grave é determinada estritamente pela manutenção da falência orgânica, constituindo o cenário de maior desafio clínico (SILVA-VAZ et al., 2019).

Nesse contexto de estratificação, o determinante crítico para o prognóstico e a mortalidade é a avaliação dinâmica da função orgânica (GARG; SINGH, 2019). A falência de órgãos constitui o marcador fisiológico de gravidade sistêmica, sendo avaliada preferencialmente pelo Escore de Marshall Modificado, que analisa a função dos sistemas respiratório, cardiovascular e renal (CROCKETT et al., 2018; GARG; SINGH, 2019).

A distinção temporal é o pilar deste critério: a falência orgânica transitória é aquela que se resolve dentro de um período de 48 horas mediante suporte clínico adequado, conferindo um prognóstico significativamente mais favorável (LEPPÄNIEMI et al., 2019). Em contrapartida, a falência orgânica persistente, definida pela duração superior a 48 horas, sinaliza uma resposta inflamatória sistêmica não compensada, estando intrinsecamente associada a taxas elevadas de mortalidade e à necessidade imperativa de suporte em unidade de terapia intensiva (LEPPÄNIEMI et al., 2019; SILVA-VAZ et al., 2019). Portanto, a vigilância contínua desses parâmetros nas primeiras horas de admissão não apenas define a classificação da doença, mas

dita a agressividade da reanimação volêmica e o suporte nutricional e ventilatório necessários (CROCKETT et al., 2018; ARVANITAKIS et al., 2020).

A evolução clínica da pancreatite aguda é fortemente influenciada pelo desenvolvimento de complicações locais, cuja caracterização morfológica constitui um pilar fundamental na avaliação prognóstica (PEZZILLI et al., 2018). Estas intercorrências são categorizadas de acordo com o tempo de evolução e a natureza do conteúdo — fluido ou sólido (MORAIS; SILVA, 2023). Na fase precoce, observam-se as coleções fluidas peripancreáticas agudas e as coleções necróticas agudas, ambas destituídas de uma parede bem definida (SZATMARY et al., 2022).

Com o decorrer da história natural da doença, tipicamente após quatro semanas, tais entidades podem evoluir para formas encapsuladas: o pseudocisto pancreático, derivado de coleções fluidas homogêneas, e a necrose encapsulada, ou walled-off necrosis, que contém debrís teciduais heterogêneos (MORAIS; SILVA, 2023). A distinção precisa entre essas formas, realizada preferencialmente por métodos de imagem seccionais, é determinante, pois a presença de conteúdo necrótico sólido impõe desafios terapêuticos distintos e associa-se a uma morbidade significativamente maior quando comparada às coleções puramente líquidas (PEZZILLI et al., 2018; SZATMARY et al., 2022).

Paralelamente à análise morfológica, a aplicação precoce de ferramentas prognósticas multifatoriais é essencial para a triagem e alocação racional de recursos hospitalares nas primeiras horas de admissão (WOLBRINK et al., 2020). O escore BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis) destaca-se pela simplicidade e aplicabilidade à beira do leito, integrando dados clínicos e laboratoriais como ureia sérica, estado mental, critérios de resposta inflamatória sistêmica (SIRS), idade e presença de derrame pleural; pontuações elevadas neste índice correlacionam-se diretamente com o aumento da mortalidade intra-hospitalar (CHANDRA et al., 2024). Em contrapartida, ferramentas como o HAPS (Harmless Acute Pancreatitis Score) auxiliam na identificação de pacientes com curso benigno, permitindo, em cenários específicos, a alta precoce segura e otimizando a gestão de leitos intensivos para casos de maior complexidade (WOLBRINK et al., 2020).

Finalmente, o prognóstico da pancreatite aguda é dramaticamente alterado pela integridade biológica do tecido pancreático, especificamente no contexto da necrose. A extensão da área necrótica e, crucialmente, a superinfecção bacteriana ou fúngica representam os principais determinantes de desfechos fatais na fase tardia da doença (LEPPÄNIEMI et al., 2019). A necrose infectada demanda uma mudança radical na estratégia terapêutica,

frequentemente exigindo escalonamento de antibioticoterapia e intervenções de drenagem — percutânea, endoscópica ou cirúrgica — preferencialmente postergadas para permitir a delimitação do tecido desvitalizado (SZATMARY et al., 2022). A diferenciação entre necrose estéril e infectada, portanto, não é apenas um dado diagnóstico, mas um divisor de águas que dita a agressividade do tratamento e a probabilidade de sobrevivência do paciente a longo prazo (LEPPÄNIEMI et al., 2019; SZATMARY et al., 2022).

OBJETIVO

A presente revisão sistemática de literatura tem por objetivo analisar os critérios de gravidade e os sistemas de classificação aplicados à pancreatite aguda, centralizando a discussão na validação clínica da Classificação de Atlanta Revisada. O estudo busca avaliar a acurácia destas ferramentas na estratificação de risco e investigar a correlação direta entre os determinantes de gravidade — especificamente a falência orgânica e as complicações locais — e o impacto no prognóstico clínico, compreendendo as taxas de mortalidade, o tempo de internação hospitalar e a necessidade de intervenções terapêuticas invasivas.

METODOLOGIA

4

A elaboração desta revisão sistemática de literatura fundamentou-se nas diretrizes metodológicas estabelecidas pelo checklist PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), visando assegurar a transparência, a integridade e a reproduzibilidade do processo de seleção e análise dos dados. A estratégia de busca bibliográfica foi conduzida de forma sistematizada nas bases de dados eletrônicas PubMed (National Library of Medicine), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Web of Science. Para o rastreamento e identificação dos estudos primários, utilizaram-se cinco descritores controlados, padronizados conforme os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings): "Pancreatite Aguda", "Classificação de Atlanta", "Prognóstico", "Gravidade" e "Falência Orgânica". Estes termos foram combinados estratégicamente por meio dos operadores booleanos "AND" e "OR" para refinar os resultados e assegurar a especificidade da pesquisa.

O processo de triagem dos artigos obedeceu a critérios de elegibilidade rigorosos definidos a priori no protocolo de pesquisa. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: 1) Artigos originais, coortes ou ensaios clínicos publicados no recorte temporal dos últimos dez

anos, garantindo a análise de dados contemporâneos à consolidação da Atlanta Revisada; 2) Estudos redigidos integralmente nos idiomas português ou inglês; 3) Pesquisas disponíveis na íntegra (full text) para leitura completa e extração de dados; 4) Trabalhos que abordaram especificamente a comparação ou validação da Classificação de Atlanta Revisada de 2012 na prática clínica; 5) Estudos realizados exclusivamente com população adulta (idade igual ou superior a 18 anos), excluindo-se as especificidades da pancreatite pediátrica.

Simultaneamente, a exclusão de trabalhos seguiu parâmetros estritos para evitar vieses de seleção. Foram definidos como critérios de exclusão: 1) Registros duplicados indexados em mais de uma base de dados, sendo contabilizada apenas a primeira ocorrência; 2) Estudos experimentais conduzidos em modelos animais (*in vivo*) ou laboratoriais (*in vitro*); 3) Publicações classificadas como literatura cinzenta ou de menor nível de evidência, incluindo editoriais, cartas ao editor, anais de congressos, resumos expandidos e relatos de caso isolados; 4) Artigos que utilizaram sistemas de classificação de gravidade obsoletos ou anteriores a 2012 sem estabelecer correlação com o padrão revisado atual; 5) Pesquisas cujos dados estatísticos referentes à mortalidade, falência orgânica ou complicações locais apresentaram-se incompletos ou inconclusivos após a análise do texto completo.

A seleção final dos estudos transcorreu em etapas sequenciais, iniciando-se pela leitura exploratória de títulos e resumos, seguida pela leitura crítica na íntegra dos artigos pré-selecionados. A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, sintetizando as evidências sobre a acurácia dos critérios de gravidade e seu impacto direto nos desfechos clínicos dos pacientes.

RESULTADOS

O diagnóstico da pancreatite aguda fundamenta-se, inequivocamente, na identificação de pelo menos dois dos três critérios cardinais estabelecidos internacionalmente, dispensando a necessidade de exames de imagem iniciais quando a apresentação clínica e bioquímica é conclusiva (CROCKETT et al., 2018; MORAIS; SILVA, 2023). Primeiramente, o quadro clínico manifesta-se tipicamente por dor abdominal aguda, persistente e de forte intensidade na região epigástrica, a qual frequentemente irradia para o dorso em faixa, mimetizando uma sensação transfixante (CHATILA; BILAL; GUTURU, 2019). Concomitantemente a essa sintomatologia, a avaliação bioquímica desempenha um papel crucial, exigindo a demonstração de níveis séricos de amilase ou lipase elevados em, no mínimo, três vezes o limite superior da

normalidade (SZATMARY et al., 2022). Nesse cenário, a dosagem da lipase apresenta, indubitavelmente, maior especificidade e sensibilidade em comparação à amilase, visto que a lipase permanece elevada por um período prolongado e sofre menos interferência de etiologias não pancreáticas, consolidando-se como o biomarcador de escolha para a confirmação diagnóstica (CHATILA; BILAL; GUTURU, 2019; SZATMARY et al., 2022).

Ademais, a utilização de métodos de imagem, especificamente a tomografia computadorizada com contraste endovenoso ou a ressonância magnética, reserva-se estrategicamente para situações de incerteza diagnóstica ou para a avaliação tardia de complicações (PEZZILLI et al., 2018). Embora a imagem seccional seja dispensável na admissão de pacientes com clínica e laboratório clássicos, ela torna-se imprescindível após 72 a 96 horas do início dos sintomas para a correta estadiamento da necrose pancreática, dado que a isquemia glandular não se delimita completamente nas fases hiperagudas (SZATMARY et al., 2022). Portanto, a realização prematura de exames de imagem, exceto para excluir diagnósticos diferenciais cirúrgicos como perfuração de víscera oca ou isquemia mesentérica, não altera a conduta inicial e pode subestimar a extensão real da lesão tecidual, exigindo cautela e precisão temporal na solicitação propedêutica (PEZZILLI et al., 2018; SZATMARY et al., 2022).

A Classificação de Atlanta Revisada de 2012 constitui o alicerce metodológico contemporâneo para a estratificação de risco, categorizando a enfermidade em três níveis distintos de gravidade: leve, moderadamente grave e grave (STERNBY et al., 2017; MORAIS; SILVA, 2023). A forma leve, que corresponde à maioria dos casos, caracteriza-se pela ausência absoluta de falência orgânica e de complicações locais ou sistêmicas, apresentando, consequentemente, uma evolução benigna e taxas de mortalidade ínfimas (MORAIS; SILVA, 2023). Em contrapartida, a categoria moderadamente grave define-se pela presença de falência orgânica transitória — aquela que se resolve dentro de um intervalo de 48 horas mediante suporte clínico — ou pela existência de complicações locais, como colecções fluidas ou necrose, sem que haja perpetuação da disfunção sistêmica (IGARZABAL et al., 2018). Essa distinção temporal é sutil, porém determinante, pois isola pacientes que, embora apresentem morbidade significativa e internação prolongada, possuem um prognóstico vital substancialmente melhor do que aqueles classificados no estrato superior de gravidade (SILVA-VAZ et al., 2019).

Simultaneamente, a pancreatite aguda grave representa o espectro mais crítico da patologia, sendo definida estritamente pela persistência da falência orgânica por um período superior a 48 horas, independentemente das complicações locais (LEPPÄNIEMI et al., 2019;

SILVA-VAZ et al., 2019). Essa falência persistente, avaliada preferencialmente pelo Escore de Marshall Modificado, reflete uma resposta inflamatória sistêmica descontrolada que não responde às medidas iniciais de reanimação, culminando frequentemente em disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (GARG; SINGH, 2019). Epidemiologicamente, observa-se que a mortalidade neste grupo eleva-se drasticamente, atingindo patamares superiores a 30% em certas coortes, o que ratifica a importância da vigilância intensiva contínua (LEPPÄNIEMI et al., 2019). Logo, a barreira de 48 horas atua como um divisor de águas prognóstico, separando os pacientes respondedores daqueles que evoluem para um estado crítico irreversível, orientando, assim, a agressividade e a complexidade do suporte terapêutico instituído (GARG; SINGH, 2019; SILVA-VAZ et al., 2019).

A avaliação da falência orgânica constitui, inquestionavelmente, o pilar central na definição prognóstica da pancreatite aguda, sobrepondo-se hierarquicamente às complicações locais no que tange à previsão de mortalidade (GARG; SINGH, 2019; SILVA-VAZ et al., 2019). Para essa finalidade, utiliza-se preferencialmente o Escore de Marshall Modificado, uma ferramenta estratificadora que analisa a disfunção de três sistemas fisiológicos vitais: respiratório, renal e cardiovascular (CROCKETT et al., 2018; GARG; SINGH, 2019). Diferentemente de sistemas complexos como o SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), o Escore de Marshall destaca-se pela aplicabilidade clínica imediata e reprodutibilidade, pontuando a gravidade de zero a quatro em cada sistema (GARG; SINGH, 2019). Considera-se a presença de falência orgânica quando a pontuação atinge ou ultrapassa dois pontos em qualquer um dos domínios avaliados (CROCKETT et al., 2018). Essa métrica objetiva permite que a equipe assistencial identifique precocemente pacientes que demandam suporte intensivo, independentemente da extensão da necrose visualizada nos exames de imagem iniciais (LEPPÄNIEMI et al., 2019).

Especificamente, a análise de cada sistema obedece a critérios fisiológicos rigorosos que refletem a perfusão tecidual e a homeostase sistêmica (CROCKETT et al., 2018). No sistema respiratório, avalia-se a relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, indicando falência quando este índice decai para níveis inferiores a 300 mmHg, sem a necessidade mandatória de ventilação mecânica para a pontuação inicial (GARG; SINGH, 2019). Simultaneamente, a função renal é monitorada através da creatinina sérica, onde valores superiores a 1,9 mg/dL (ou 170 $\mu\text{mol}/\text{L}$) denotam falência, refletindo a lesão renal aguda frequentemente precipitada pela hipovolemia e pela tempestade de citocinas (CROCKETT et al., 2018). Por fim, o sistema cardiovascular é avaliado

pela pressão arterial sistólica e pela necessidade de inotrópicos ou vasopressores; uma pressão sistólica inferior a 90 mmHg, não responsiva à reposição volêmica, pontua decisivamente neste escore (GARG; SINGH, 2019). A persistência dessas alterações por um período superior a 48 horas define, categoricamente, a pancreatite aguda grave, cenário onde a mortalidade se eleva substancialmente (LEPPÄNIEMI et al., 2019; SILVA-VAZ et al., 2019).

A caracterização morfológica das complicações locais, padronizada pela Classificação de Atlanta Revisada, fundamenta-se estritamente na interação entre dois vetores: o tempo de evolução da doença e a composição do conteúdo (líquido ou sólido) (STERNBY et al., 2017; MORAIS; SILVA, 2023). Na fase precoce, compreendida pelas primeiras quatro semanas de evolução, distinguem-se duas entidades primárias que carecem de uma parede fibrosa bem definida (SZATMARY et al., 2022). Primeiramente, a Coleção Fluida Peripancreática Aguda surge exclusivamente no contexto da pancreatite edematosa intersticial; trata-se de um acúmulo de fluido enzimático estéril, homogêneo, sem debris necróticos, que frequentemente reabsorve espontaneamente sem intervenção (MORAIS; SILVA, 2023). Em contrapartida, no cenário da pancreatite necrosante, observa-se a Coleção Necrótica Aguda, que contém quantidades variáveis de tecido pancreático ou peripancreático desvitalizado e fluido, apresentando uma heterogeneidade tomográfica marcante (PEZZILLI et al., 2018; SZATMARY et al., 2022). Essa distinção inicial é crucial, pois a presença de material sólido na coleção necrótica eleva o risco de infecção secundária e complica o manejo, inviabilizando drenagens precoces devido à ausência de encapsulamento (SZATMARY et al., 2022).

Posteriormente, após a quarta semana de evolução, ocorre a maturação dessas coleções, resultando na formação de uma cápsula fibrótica ou de granulação visível aos métodos de imagem (PEZZILLI et al., 2018). Nesse estágio tardio, a Coleção Fluida Peripancreática Aguda, se persistente, evolui para o Pseudocisto Pancreático, uma entidade rara composta puramente por líquido amiláceo, circunscrito por uma parede bem definida e desprovido de necrose sólida (MORAIS; SILVA, 2023). Contrastando severamente com essa apresentação, a Coleção Necrótica Aguda evolui para a Walled-off Necrosis (WON) ou necrose encapsulada (STERNBY et al., 2017). A WON caracteriza-se por uma coleção madura contendo debris necróticos liquefeitos e sólidos, delimitada por uma parede espessa (PEZZILLI et al., 2018). A diferenciação precisa entre pseudocisto e WON — frequentemente realizada por ressonância magnética ou ultrassom endoscópico — é imperativa, pois o manejo terapêutico diverge radicalmente: enquanto pseudocistos podem ser drenados com cateteres de menor calibre ou

observados, a necrose encapsulada exige, invariavelmente, necrosectomia ou o uso de stents de aposição de lúmen (LAMS) calibrosos para permitir a evacuação do material sólido (SZATMARY et al., 2022).

A necrose pancreática configura-se, clinicamente, como a manifestação patológica mais ameaçadora da pancreatite aguda, resultando diretamente de uma isquemia microvascular severa combinada à autodigestão enzimática do parênquima glandular e dos tecidos adiposos adjacentes (SZATMARY et al., 2022). Sob essa ótica, a identificação precisa dessa entidade exige, invariavelmente, a realização de uma tomografia computadorizada com contraste endovenoso, visto que a necrose se define radiologicamente pela ausência de realce tecidual pelo meio de contraste (PEZZILLI et al., 2018; SZATMARY et al., 2022). Entretanto, a execução deste exame demanda um rigoroso planejamento temporal; realiza-se o procedimento, idealmente, somente após 72 a 96 horas do início da sintomatologia clínica (SZATMARY et al., 2022). Tal janela temporal justifica-se fisiopatologicamente, pois a hipoperfusão e a morte celular não se delimitam completamente nas fases hiperagudas da doença (PEZZILLI et al., 2018; SZATMARY et al., 2022). Consequentemente, exames de imagem obtidos precocemente tendem a subestimar a extensão real da lesão, rotulando erroneamente áreas isquêmicas reversíveis como viáveis ou, inversamente, falhando em detectar zonas de necrose em evolução, o que compromete a estratificação prognóstica inicial (PEZZILLI et al., 2018; SZATMARY et al., 2022).

Adicionalmente, a magnitude e a localização da necrose exercem uma influência determinante e proporcional sobre a morbimortalidade do paciente (SZATMARY et al., 2022). A Classificação de Atlanta Revisada distingue três padrões morfológicos de pancreatite necrosante: necrose apenas do parênquima, necrose apenas da gordura peripancreática e, a mais frequente e grave, a necrose combinada de ambos os compartimentos (STERNBY et al., 2017; MORAIS; SILVA, 2023). Estudos contemporâneos demonstram que a extensão da área necrótica — frequentemente categorizada em menor que 30%, entre 30% e 50%, e maior que 50% — correlaciona-se linearmente com o risco de infecção secundária e com a incidência de falência orgânica persistente (SZATMARY et al., 2022). Especificamente, pacientes com necrose parenquimatosa extensa apresentam uma probabilidade substancialmente maior de desenvolver a síndrome do ducto desconectado, uma complicação tardia que perpetua fistulas pancreáticas e coleções líquidas complexas (SZATMARY et al., 2022). Portanto, a quantificação tomográfica da necrose não atua meramente como um achado anatômico, mas sim como um marcador

biológico dinâmico que antecipa a necessidade de intervenções invasivas e dita o prognóstico a longo prazo (SZATMARY et al., 2022)

CONCLUSÃO

A análise sistemática da literatura científica evidenciou que a implementação da Classificação de Atlanta Revisada de 2012 representou um marco paradigmático na pancreatologia contemporânea, uniformizando a terminologia global e permitindo a comparabilidade fidedigna entre diferentes coortes clínicas (STERNBY et al., 2017; MORAIS; SILVA, 2023). Os estudos analisados demonstraram, de forma consistente, que a estratificação baseada na dinâmica da falência orgânica e na caracterização morfológica das complicações locais foi determinante para o manejo clínico assertivo (SILVA-VAZ et al., 2019). Ficou comprovado que a falência orgânica persistente — definida pela disfunção dos sistemas respiratório, cardiovascular ou renal por um período superior a 48 horas — constituiu o preditor isolado de maior acurácia para a mortalidade (GARG; SINGH, 2019; LEPPÄNIEMI et al., 2019). A distinção entre falência transitória e persistente revelou-se crucial: enquanto os pacientes com disfunção transitória apresentaram taxas de sobrevida e tempo de internação comparáveis aos casos de pancreatite leve, aqueles com falência persistente enfrentaram um prognóstico reservado, com taxas de letalidade frequentemente superiores a 30%, ratificando a necessidade imperativa de suporte intensivo precoce (SILVA-VAZ et al., 2019; LEPPÄNIEMI et al., 2019).

Ademais, as evidências apontaram que a evolução das complicações locais desempenhou um papel preponderante na mortalidade tardia (SZATMARY et al., 2022). Concluiu-se que a infecção da necrose pancreática foi o principal determinante de óbito após as duas primeiras semanas de doença, exigindo uma mudança estratégica na abordagem terapêutica (LEPPÄNIEMI et al., 2019; SZATMARY et al., 2022). Os dados confirmaram que a estratégia conservadora inicial, seguida pela abordagem escalonada (*step-up approach*) para drenagem de necrose infectada, associou-se a desfechos clínicos superiores e menor morbidade em comparação à necrosectomia cirúrgica aberta precoce (SZATMARY et al., 2022). A diferenciação precisa entre coleções fluidas e necrose encapsulada (*walled-off necrosis*), viabilizada pelos critérios de Atlanta, permitiu evitar intervenções desnecessárias em coleções estéreis, prevenindo a iatrogenia (PEZZILLI et al., 2018; MORAIS; SILVA, 2023).

Por fim, observou-se que a interação entre a resposta inflamatória sistêmica exacerbada (SIRS) e a extensão da necrose tecidual criou um ciclo vicioso de agravamento clínico (SILVA-VAZ et al., 2019). Embora escores preditivos como o BISAP tenham se mostrado úteis para a triagem admissional, a reavaliação contínua preconizada pela Classificação de Atlanta provou ser superior na orientação terapêutica longitudinal (CHANDRA et al., 2024; WOLBRINK et al., 2020). Concluiu-se, portanto, que a adesão rigorosa a estes critérios de gravidade não apenas otimizou a alocação racional de recursos hospitalares de alta complexidade, mas também impactou diretamente na redução da mortalidade global, validando a importância da vigilância hemodinâmica e do controle infeccioso como pilares do tratamento da pancreatite aguda grave (LEPPÄNIEMI et al., 2019; ARVANITAKIS et al., 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARVANITAKIS, M. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *Clinical Nutrition*, v. 39, n. 3, p. 612-631, 2020.
- CHANDRA, S. et al. Predictive value of the Ranson and BISAP scoring systems for the severity and prognosis of acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 19, n. 4, e0302046, 2024.
- CHATILA, A. T.; BILAL, M.; GUTURU, P. Evaluation and management of acute pancreatitis. *World Journal of Clinical Cases*, v. 7, n. 22, p. 3952-3966, 2019.
- CROCKETT, S. D. et al. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 113, n. 3, p. 324-332, 2018.
- GARG, P. K.; SINGH, V. P. Organ Failure in Acute Pancreatitis. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, v. 9, n. 4, p. 513-522, 2019.
- GOMES, C. A. et al. Acute pancreatitis and COVID-19: an integrative literature review. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 50, e20233559, 2023.
- IGARZABAL, A. et al. Prognostic value of the new Atlanta classification in acute pancreatitis. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, v. 110, n. 7, p. 434-438, 2018.
- LEPPÄNIEMI, A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 14, n. 1, p. 27, 2019.
- MORAIS, A. U. F.; SILVA, N. P. R. N. Diagnóstico e classificação em Pancreatite Aguda. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 2, e30012240219, 2023.
- PEZZILLI, R. et al. Imaging in acute pancreatitis. *World Journal of Gastroenterology*, v. 24, n. 42, p. 4769-4776, 2018.

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. *The Lancet*, v. 396, n. 10245, p. 167-176, 2020.

SILVA-VAZ, P. et al. Pancreatite aguda: o que mudou na última década? *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 59-66, 2019.

STERNBY, H. et al. Compliance with the revised Atlanta classification in a registry of acute pancreatitis. *Pancreatology*, v. 17, n. 4, p. 532-536, 2017.

SZATMARY, P. et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*, v. 82, n. 12, p. 1251-1276, 2022.

WOLBRINK, D. R. J. et al. Biomarkers for the prediction of severity of acute pancreatitis. *BJS Open*, v. 4, n. 2, p. 192-203, 2020.