

Pancreatite pós-CPRE terapêutica para coledocolitíase complicada por colangite aguda: relato de caso

Post-ERCP pancreatitis after therapeutic ERCP for choledocholithiasis complicated by acute cholangitis: case report

Adelyanne Santos Barbosa¹

Raphaella Francino Ferreira Rocha²

Isabela Oliveira Ávila³

Ivonilda de Araújo Mendonça Maia⁴

RESUMO

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é amplamente utilizada no manejo terapêutico das doenças pancreatobiliares, especialmente em casos de coledocolitíase e colangite aguda. Apesar de sua elevada eficácia clínica, o procedimento está associado a complicações, sendo a pancreatite pós-CPRE a mais frequente e responsável por importante parcela da morbidade relacionada à endoscopia pancreatobiliar. **Métodos:** Relato de caso baseado na análise de prontuário médico, exames laboratoriais, exames de imagem e descrição do procedimento endoscópico realizado em paciente admitida com diagnóstico de coledocolitíase associada à colangite aguda, submetida à CPRE para tratamento da obstrução biliar. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, admitida com quadro de dor abdominal epigástrica, icterícia, prurido e colúria, apresentando exames laboratoriais compatíveis com síndrome colestática. Exames de imagem confirmaram litíase biliar associada à coledocolitíase. Paciente submetida à CPRE sem intercorrências, porém, nas primeiras 24 horas após o procedimento, evoluiu com dor abdominal epigástrica intensa associada à elevação das enzimas pancreáticas, com amilase e lipase superiores a três vezes o limite superior da normalidade, estabelecendo-se o diagnóstico de pancreatite aguda pós-CPRE. **Discussão:** A pancreatite pós-CPRE representa a complicação mais comum desse procedimento, podendo ocorrer mesmo em intervenções tecnicamente bem-sucedidas. O reconhecimento precoce dos sinais clínicos e

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC adellynha.barbosa@gmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC raphaelafrancinof@gmail.com

³ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC belinha.avila7@hotmail.com

⁴ Professora Mestra do curso de Medicina do Centro Universitário CESMAC ivonildamaia@gmail.com

laboratoriais é fundamental para o diagnóstico oportuno e para a instituição de medidas terapêuticas adequadas. Conclusão: Foi instituído tratamento conservador com jejum, hidratação venosa, analgesia e monitorização clínica, com evolução favorável. O caso reforça a importância da vigilância clínica nas primeiras horas após a CPRE, permitindo diagnóstico precoce de pancreatite e manejo adequado, contribuindo para melhores desfechos clínicos.

Palavras-chave: Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; Pancreatite pós-CPRE; Coledocolitíase; Colangite; Endoscopia digestiva.

ABSTRACT

Introduction: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is widely used in the therapeutic management of pancreatobiliary diseases, especially in cases of choledocholithiasis and acute cholangitis. Despite its high clinical efficacy, the procedure is associated with complications, with post-ERCP pancreatitis being the most frequent and accounting for a significant proportion of the morbidity related to pancreatobiliary endoscopy. **Methods:** Case report based on the analysis of medical records, laboratory tests, imaging examinations, and the description of the endoscopic procedure performed in a patient admitted with a diagnosis of choledocholithiasis associated with acute cholangitis and undergoing ERCP for treatment of biliary obstruction. **Case report:** A 38-year-old female patient was admitted with epigastric abdominal pain, jaundice, pruritus, and dark urine, with laboratory findings consistent with cholestatic syndrome. Imaging examinations confirmed cholelithiasis associated with choledocholithiasis. The patient underwent ERCP without complications; however, within the first 24 hours after the procedure, she developed severe epigastric abdominal pain associated with elevated pancreatic enzymes, with amylase and lipase levels greater than three times the upper limit of normal, leading to the diagnosis of acute post-ERCP pancreatitis. **Discussion:** Post-ERCP pancreatitis is the most common complication of this procedure and may occur even after technically successful interventions. Early recognition of clinical and laboratory signs is essential for timely diagnosis and the initiation of appropriate therapeutic measures. **Conclusion:** Conservative treatment with fasting, intravenous hydration, analgesia, and clinical monitoring was instituted, with a favorable outcome. This case reinforces the importance of clinical surveillance during the first hours after ERCP, allowing early diagnosis of pancreatitis and appropriate management, thereby contributing to better clinical outcomes.

Keywords: endoscopic retrograde cholangiopancreatography; post-ERCP pancreatitis; choledocholithiasis; cholangitis; gastrointestinal endoscopy.

INTRODUÇÃO

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) representa uma das principais ferramentas no manejo das doenças pancreatobiliares. Desde sua introdução na prática clínica, o procedimento passou por significativa evolução tecnológica e conceitual, migrando de uma abordagem predominantemente diagnóstica para um procedimento essencialmente terapêutico na gastroenterologia moderna (TESTONI et al., 2022; BUXBAUM et al., 2023).

Apesar de sua reconhecida eficácia clínica, a CPRE está associada a eventos adversos que variam em gravidade e frequência. Entre as complicações mais descritas na literatura estão sangramento pós-esfincterotomia, perfuração duodenal, infecções como colangite e bacteremia, além da pancreatite aguda pós-procedimento (BUXBAUM et al., 2023). Dentre essas complicações, a pancreatite pós-CPRE (PEP) constitui o evento adverso mais frequente, sendo responsável por uma parcela significativa da morbidade associada à endoscopia pancreatobiliar (TESTONI et al., 2022; KANG et al., 2025).

A incidência de pancreatite pós-CPRE varia entre aproximadamente 3% e 10% na população geral submetida ao procedimento, podendo atingir taxas mais elevadas em pacientes com fatores de risco específicos, como sexo feminino, idade mais jovem, história prévia de pancreatite e manipulação repetida da papila duodenal durante o procedimento (SPERNA WEILAND et al., 2024; KANG et al., 2025).

A fisiopatologia da PEP é considerada multifatorial e envolve diferentes mecanismos de lesão pancreática. Entre os principais processos descritos incluem-se trauma mecânico decorrente da manipulação da papila durante a canulação, lesão hidrostática associada à injeção de contraste no ducto pancreático, dano térmico decorrente da esfincterotomia e ativação precoce de enzimas pancreáticas no interior do parênquima glandular, desencadeando resposta inflamatória local e sistêmica (TESTONI et al., 2022; ZUO et al., 2024).

Nas últimas décadas, estratégias profiláticas foram desenvolvidas com o objetivo de reduzir a incidência dessa complicação. Entre as medidas com maior evidência científica destacam-se a administração profilática de anti-inflamatórios não esteroidais por via retal, especialmente indometacina ou diclofenaco, além do uso de técnicas de canulação guiadas por fio-guia e da colocação de stent pancreático profilático em pacientes considerados de alto risco (BUXBAUM et al., 2023; LI et al., 2025).

Diante da ampla utilização da CPRE no manejo das doenças pancreatobiliares em todo o mundo, o reconhecimento precoce de suas complicações e a compreensão de seus fatores associados permanecem aspectos fundamentais para a prática clínica. Nesse contexto, relatos de caso desempenham papel relevante ao contribuir para o aprimoramento do entendimento sobre apresentações clínicas, fatores predisponentes e evolução dessas complicações.

Assim, o presente estudo descreve um caso de pancreatite aguda pós-CPRE realizada para tratamento de coledocolitíase complicada por colangite aguda, destacando aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos baseados nas evidências atuais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso observacional e descritivo, baseado na análise de prontuário médico, exames de imagem e registros cirúrgicos de uma paciente admitida no Hospital Metropolitano, em Maceió, via regulação estadual, por quadro de coledocolitíase complicada por colangite aguda, com indicação para realização de CPRE. Os dados clínicos, laboratoriais e de imagem foram coletados de forma retrospectiva e organizados cronologicamente para a descrição do caso.

Adicionalmente, realizou-se uma revisão da literatura nas bases de dados LILACS, SCIELO e PubMed, utilizando os descritores: Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica, Pancreatite, Colangite, Coledocolitíase. Os critérios de inclusão foram: publicações dos últimos cinco anos, disponibilidade de texto completo e artigos redigidos em inglês ou português.

O RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos, foi admitida na enfermaria de gastroenterologia do Hospital Metropolitano para realização de CPRE, via regulação do estado, após diagnóstico de coledocolitíase com colangite aguda. Os sintomas iniciaram-se aproximadamente 19 dias antes da admissão, caracterizados por dor abdominal epigástrica que irradiava para o andar superior do abdome associada a episódios de vômitos, após ingestão de refeição rica em gordura.

A paciente evoluiu progressivamente nos dias seguintes com icterícia, prurido e colúria, sendo diagnosticada com síndrome colestática. Em tempo, negou acolia fecal, porém relatava constipação intestinal com ausência de evacuação há cerca de 10 dias.

Durante a evolução clínica, realizou múltiplos atendimentos em unidade de pronto atendimento no município onde reside, sendo inicialmente tratada com analgesia e medidas de suporte. Posteriormente, procurou ajuda médica no Hospital de Santana do Ipanema/AL, onde foi internada, mantendo as queixas iniciais; no entanto, apresentou picos febris de 38 a 39 °C, estabelecendo-se o diagnóstico de colangite aguda. Por esse motivo, foi iniciada antibioticoterapia intravenosa com ceftriaxona e metronidazol e indicada realização de CPRE terapêutica após confirmação diagnóstica por exames de imagem, os quais evidenciaram litíase biliar associada à coledocolitíase.

Ao exame físico na admissão encontrava-se em regular estado geral, lúcida e orientada, eupneica em ar ambiente, hidratada e ictérica (3+/4+). Sinais vitais: T AX: 35,7 °C/ FC: 92 bpm/ PA: 123/84 mmHg/ Sat de O₂: 99% AA. O exame abdominal evidenciou abdome flácido, plano e timpânico, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, com sinal de Murphy positivo, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames laboratoriais na admissão: Hb 13,3g/dL| HT 39%| LEUCÓCITOS 11000| PLAQUETAS 250000| TGO 96 U/L| TGP 65 U/L| GGT 67 U/L| FOSFATASE ALCALINA 133 U/L| BILIRRUBINA TOTAL 5,45 mg/dL| BILIRRUBINA DIRETA 4mg/dL| CREATININA 1,16mg/dL| AMILASE 50U/L| LIPASE 100U/L| PCR 36mg/dL.

Durante a CPRE, foi identificada papila duodenal com anatomia preservada. Realizou-se canulação seletiva do colédoco utilizando fio-guia. A colangiografia evidenciou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com colédoco medindo aproximadamente 12 mm de diâmetro e presença de cálculo de aproximadamente 13 mm no colédoco médio. Foi realizada esfínterotomia biliar seguida de extração do cálculo. A colangiografia de controle demonstrou desobstrução completa da via biliar, com passagem livre de contraste para o duodeno.

Evolução clínica:

No período de 24h pós-CPRE, a paciente evoluiu com dor abdominal epigástrica intensa em andar superior do abdome, com piora após alimentação. Foram solicitados novos exames laboratoriais que demonstraram: LEUCÓCITOS 13000| AMILASE 357 U/L| LIPASE 423 U/L| PCR 50mg/dL.

Diante da presença de dor abdominal típica associada à elevação de enzimas pancreáticas superior a três vezes o limite superior da normalidade, foi estabelecido diagnóstico de pancreatite aguda pós-CPRE. Nesse sentido, foi instituído tratamento conservador para pancreatite com: jejum, hidratação venosa, analgesia e monitorização clínica.

A paciente seguiu em monitorização clínica na enfermaria de gastroenterologia, até estabilização do quadro de pancreatite.

CRONOLOGIA DO CASO



DISCUSSÃO

A pancreatite pós-CPRE representa a complicação mais frequente associada a esse procedimento endoscópico, sendo responsável por parcela significativa da morbidade relacionada à endoscopia pancreatobiliar (TESTONI et al., 2022; BUXBAUM et al., 2023). A incidência global varia entre 3% e 10%, podendo ser maior em pacientes com fatores predisponentes. Entre os fatores relacionados ao paciente destacam-se sexo feminino, idade mais jovem e história prévia de pancreatite. Já entre os fatores relacionados ao procedimento incluem-se canulação difícil, manipulação repetida da papila e injeção de contraste no ducto pancreático (KANG et al., 2025; SPERNA WEILAND et al., 2024). No caso apresentado, o sexo feminino e a idade relativamente jovem podem ter contribuído para maior suscetibilidade ao desenvolvimento da complicação, uma vez que esses fatores são consistentemente descritos na literatura como associados a maior risco de pancreatite pós-procedimento (KANG et al., 2025; TESTONI et al., 2022).

Atualmente, a CPRE é amplamente utilizada no tratamento de diversas condições do sistema biliar e pancreático. Entre suas principais indicações estão a remoção de cálculos da via biliar principal (coledocolitíase), descompressão biliar em casos de obstrução por estenoses benignas ou malignas, tratamento de colangite aguda, manejo de vazamentos biliares pós-operatórios e drenagem biliar em pacientes com neoplasias pancreatobiliares (TESTONI et al., 2022; MUKAI et al., 2023). Além disso, a CPRE desempenha papel relevante no tratamento de doenças pancreáticas, incluindo estenoses do ducto pancreático, pancreatite crônica com

obstrução ductal, drenagem de pseudocistos pancreáticos selecionados e avaliação terapêutica de lesões periampulares (KANG et al., 2025).

A fisiopatologia da pancreatite pós-CPRE envolve múltiplos mecanismos. A manipulação da papila durante a canulação pode levar a edema papilar e

obstrução transitória do ducto pancreático. Esse fenômeno resulta em aumento da pressão intraductal e ativação precoce de enzimas pancreáticas, desencadeando processo inflamatório local (TESTONI et al., 2022; ZUO et al., 2024). Além disso, trauma mecânico, lesão térmica decorrente da esfínterectomia e efeitos hidrostáticos da injeção de contraste podem contribuir para dano acinar pancreático e ativação da cascata inflamatória pancreática (TESTONI et al., 2022; KANG et al., 2025). No presente caso, a realização de esfínterectomia biliar e a manipulação da região papilar provavelmente desempenharam papel importante no desenvolvimento do processo inflamatório pancreático.

A maioria dos casos de pancreatite pós-CPRE apresenta evolução leve, respondendo adequadamente ao tratamento conservador, como observado nesta paciente. O diagnóstico precoce e a monitorização clínica adequada são fundamentais para evitar progressão para formas mais graves da doença (MUKAI et al., 2023; KANG et al., 2025). Diretrizes internacionais recentes enfatizam a importância da prevenção dessa complicação. A administração de anti-inflamatórios não esteroidais por via retal, especialmente indometacina ou diclofenaco, demonstrou reduzir significativamente a incidência de pancreatite pós-CPRE (BUXBAUM et al., 2023; LI et al., 2025). Além disso, hidratação intravenosa otimizada e colocação de stent pancreático profilático em pacientes de alto risco constituem estratégias adicionais de prevenção (MUKAI et al., 2023; ARABPOUR et al., 2025).

O reconhecimento precoce dos sintomas e a monitorização clínica nas primeiras 24 horas após o procedimento são fundamentais para diagnóstico oportuno e manejo adequado (TESTONI et al., 2022; BUXBAUM et al., 2023).

CONCLUSÃO

A pancreatite pós-colangiopancreatografia retrógrada endoscópica permanece uma das complicações mais relevantes associadas à CPRE, apesar dos avanços técnicos e da adoção de estratégias profiláticas baseadas em evidências. Embora a maioria dos casos apresente evolução clínica leve e

responda adequadamente ao tratamento conservador, essa condição ainda representa importante causa de morbidade relacionada à endoscopia pancreatobiliar. Nesse contexto, o reconhecimento precoce dos sintomas após o procedimento e a monitorização clínica adequada são fundamentais para diagnóstico oportuno e manejo eficaz.

Relatos de caso, como o apresentado neste estudo, contribuem para ampliar o entendimento sobre as apresentações clínicas da pancreatite pós-CPRE e reforçam a importância da vigilância clínica após o procedimento. Dessa forma, a disseminação de experiências clínicas e a contínua atualização das práticas

endoscópicas permanecem fundamentais para aprimorar a segurança e a efetividade da CPRE no manejo das doenças pancreatobiliares.

REFERÊNCIAS

ARABPOUR, Ehsan et al. Optimal strategies for prevention of post-ERCP pancreatitis: a network meta-analysis. *Scientific Reports*, Londres, v. 15, 2025.

BUXBAUM, James L. et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on post-ERCP pancreatitis prevention strategies. *Gastrointestinal Endoscopy*, Nova York, v. 97, n. 2, p. 153-162, 2023.

KANG, Hyun-Seok et al. Prevention, detection, and management of post-ERCP pancreatitis. *Gut and Liver*, Seul, v. 19, 2025. LI, Wei et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs for prevention of post-ERCP pancreatitis: systematic review and meta-analysis.

BMC Gastroenterology, Londres, v. 25, 2025. MUKAI, Shuntaro et al. Clinical practice guidelines for post-ERCP pancreatitis 2023. *Digestive Endoscopy*, Tóquio, v. 35, 2023.

SPERNA WEILAND, Catharina J. et al. Preventive measures and risk factors for post-ERCP pancreatitis: an individual patient-data meta-analysis. *Digestive Diseases and Sciences*, Nova York, v. 69, 2024.

TESTONI, Pier Alberto et al. Post-ERCP pancreatitis: prevention, diagnosis and management. *Lancet Gastroenterology & Hepatology*, Londres, v. 7, n. 10, p. 885-896, 2022.

ZUO, Jing et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for the prevention of postERCP pancreatitis: mechanisms and clinical evidence. *Journal of Clinical Medicine*, Basileia, v. 13, 2024.