Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

O papel da plasmaférese na pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia

The role of plasmapheresis in acute pancreatitis induced by hypertriglyceridemia

El papel de la plasmaféresis en la pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia

Gabriela Vieira[1], Juliana Bigi Maya Monteiro[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar, por meio de revisão da literatura, o papel da plasmaférese no tratamento da pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia, comparando-a ao tratamento conservador quanto à redução dos triglicerídeos, mortalidade, tempo de internação e complicações. **Revisão bibliográfica:** A pancreatite aguda por hipertrigliceridemia apresenta relevância clínica crescente e pode associar-se a maior gravidade e complicações sistêmicas. Embora a redução rápida dos triglicerídeos seja considerada importante, as evidências sobre a plasmaférese permanecem limitadas, predominantemente baseadas em estudos observacionais e revisões com limitações metodológicas. Revisões sistemáticas recentes não demonstram superioridade consistente da plasmaférese sobre o tratamento convencional, incluindo insulinoterapia e suporte intensivo, especialmente quanto à mortalidade e às complicações. Assim, sua utilização permanece restrita a casos selecionados e de maior gravidade. **Considerações finais:** A plasmaférese continua controversa, sem consenso estabelecido. Apesar de reduzir rapidamente os triglicerídeos, a ausência de evidências robustas de benefício clínico superior limita seu uso rotineiro. Sua indicação deve ser individualizada conforme a gravidade, a resposta ao tratamento convencional e a avaliação da equipe assistencial, até que estudos de maior qualidade definam recomendações mais consistentes.

Palavras-chave: Pancreatite aguda, Hipertrigliceridemia, Plasmaférese, Tratamento conservador.

ABSTRACT

Objective: To analyze, through a literature review, the role of plasmapheresis in the treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis, comparing it to conservative treatment regarding triglyceride reduction, mortality, length of hospital stay, and complications. **Literature review:** Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis is of growing clinical importance and may be associated with greater severity and systemic complications. Although rapid triglyceride reduction is considered important, evidence regarding plasmapheresis remains limited, relying predominantly on observational studies and reviews with methodological limitations. Recent systematic reviews do not demonstrate consistent superiority of plasmapheresis over conventional treatment—including insulin therapy and intensive support—particularly regarding mortality and complications. Thus, its use remains restricted to selected, more severe cases. **Final considerations:** The use of plasmapheresis remains controversial, with no established consensus. Despite rapidly reducing triglyceride levels, the lack of robust evidence regarding superior clinical benefit limits its

[1] Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro – RJ.

SUBMETIDO EM: 9/2026 | **ACEITO EM: 10/2026** | **PUBLICADO EM: 11/2026**

routine use. Its indication should be individualized based on disease severity, response to conventional treatment, and the clinical team's assessment, pending higher-quality studies that establish more consistent recommendations.

Keywords: Acute pancreatitis, Hypertriglyceridemia, Plasmapheresis, Conservative treatment.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, mediante una revisión de la literatura, el papel de la plasmaféresis en el tratamiento de la pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia, comparándola con el tratamiento conservador respecto a la reducción de triglicéridos, mortalidad, estancia hospitalaria y complicaciones. **Revisión bibliográfica:** La pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia presenta creciente relevancia clínica y puede asociarse a mayor gravedad y complicaciones sistémicas. Aunque la reducción rápida de los triglicéridos se considera importante, la evidencia sobre la plasmaféresis sigue siendo limitada, basada principalmente en estudios observacionales y revisiones con limitaciones metodológicas. Las revisiones sistemáticas recientes no demuestran una superioridad consistente frente al tratamiento convencional, incluida la insulinoterapia y el soporte intensivo, especialmente en mortalidad y complicaciones. Por ello, su uso permanece limitado a casos seleccionados y de mayor gravedad. **Consideraciones finales:** La plasmaféresis continúa siendo controvertida, sin consenso establecido. Aunque reduce rápidamente los triglicéridos, la ausencia de evidencia sólida de un beneficio clínico superior limita su uso rutinario. Su indicación debe individualizarse según la gravedad, la respuesta al tratamiento convencional y la valoración del equipo clínico, hasta que estudios de mayor calidad establezcan recomendaciones más definitivas.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, Hipertrigliceridemia, Plasmaféresis, Tratamiento conservador.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda é um quadro inflamatório súbito que acomete o pâncreas e se caracteriza por uma ativação de enzimas digestivas dentro do próprio órgão, levando a uma autodigestão do tecido e à inflamação, podendo evoluir, com necrose pancreática, e em casos graves, até o comprometimento sistêmico, em formas leves ou mais graves, com necrose pancreática. Dentre as causas mais comuns destacam-se a litíase biliar, o consumo excessivo de álcool, a hipertrigliceridemia, as infecções, os traumas e alguns medicamentos. Em termos clínicos, observa-se dor abdominal intensa na parte superior do abdômen, podendo irradiar para o dorso, e ser frequentemente acompanhada de náuseas ou vômitos. O diagnóstico é definido a partir da combinação de sintomas clínicos: elevação das enzimas amilase e lipase, além de alterações pancreáticas evidenciadas em exames de imagem (SZATMARY P, et al., 2022; GONTIJO ALC, et al., 2024).

Nesse contexto, a hipertrigliceridemia é reconhecida como uma importante causa de pancreatite aguda, embora menos frequente do que a litíase biliar e o consumo excessivo de álcool. Observa-se, contudo, um aumento global na incidência de pancreatite induzida por hipertrigliceridemia, em decorrência de mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares. Clinicamente, o diagnóstico de pancreatite aguda em decorrência da hipertrigliceridemia é semelhante ao das demais etiologias da pancreatite aguda. Em relação ao manejo clínico da pancreatite decorrente de hipertrigliceridemia, o tratamento inclui reposição volêmica, controle da dor e adequação nutricional, sendo, além dessas medidas, necessária uma abordagem para diminuir os níveis séricos de triglicerídeos, a fim de atenuar a progressão dessa pancreatite e prevenir a recorrência (GAO L e LI W, 2024).

A pancreatite aguda associada à hipertrigliceridemia apresenta um risco aumentado de complicações sistêmicas. Esse subtipo de pancreatite geralmente está associado a níveis séricos significativamente elevados de triglicerídeos, condição que favorece alterações metabólicas que contribuem para o desenvolvimento de inflamação pancreática, sendo importante ainda sua identificação precoce para o controle dos níveis lipídicos alterados, a fim de proporcionar uma evolução clínica favorável e prevenir novos episódios (SUBRAMANIAN S, et al., 2026).

Em relação à gravidade da pancreatite induzida pela hipertrigliceridemia, observa-se que a persistência de níveis muito elevados de triglicerídeos intensifica o processo inflamatório, agrava o prognóstico do paciente e eleva o risco de recorrência. Diante disso, o manejo deve ser diferenciado em relação às outras formas de pancreatite, pois, além das medidas habituais como hidratação venosa, analgesia e suporte nutricional, torna-se fundamental a adoção de intervenções específicas para a redução rápida dos triglicerídeos séricos. Essa abordagem adicional contribui para minimizar complicações e melhorar o desfecho clínico (HIDALGO NJ, et al., 2023).

A abordagem terapêutica da plasmaférese na pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia ainda é uma conduta sem consenso no meio acadêmico. Apesar de a técnica ser fundamentada em termos fisiopatológicos, baseando-se na diminuição dos níveis de triglicerídeos e na redução da resposta inflamatória, alguns estudos clínicos apresentam resultados com pouca consistência em relação ao impacto em desfechos como gravidade, complicações e mortalidade (YAN LH, et al., 2023).

A evidência de que, ao reduzir rapidamente os níveis de triglicerídeos, o processo inflamatório pancreático diminui baseia-se em estudos observacionais com limitações metodológicas. Por outro lado, revisões sistemáticas e os protocolos atuais não demonstram superioridade da plasmaférese em relação ao tratamento clínico convencional, sendo considerada, ainda, uma conduta controversa (GUBENSEK J, 2023).

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar, por meio de uma revisão da literatura, o papel da plasmaférese no tratamento da pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia, comparando sua eficácia com o tratamento conservador no que se refere à redução dos níveis séricos de triglicerídeos, mortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, a fim de avaliar sua real aplicabilidade clínica e o grau de evidência disponível sobre sua utilização.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aspectos gerais da pancreatite aguda

A pancreatite aguda pode ser considerada pelos clínicos como uma das condições mais complexas e desafiadoras de doenças abdominais. Pode ser classificada com base em parâmetros morfológicos, histológicos e clínicos. Dentre as principais causas da pancreatite aguda, destacam-se a migração de cálculos biliares, o abuso do álcool e a hipertrigliceridemia, sendo também descritas complicações no pós-procedimento da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (WALKOWSKA J, et al., 2022).

A fisiopatologia envolve a autodigestão do pâncreas, levando a uma reação inflamatória aguda ao longo de todo o órgão, podendo estar associada a áreas de necrose gordurosa. Observam-se ainda outras condições bem menos frequentes, como a hipercalcemia, o estado pós-operatório de cirurgias abdominais ou cardíacas e condições induzidas por fármacos (TENNER S, et al., 2024).

No caso da pancreatite induzida por hipertrigliceridemia, pode existir um fator precipitante agudo relacionado ao consumo de álcool, ao mau controle do diabetes, além de predisponentes como a gravidez, o uso de contraceptivos orais, o hipotireoidismo ou a obesidade. O risco de pancreatite aguda em pacientes com triglicerídeos acima de 1.000 mg/dL situa-se em torno de 5%, enquanto níveis acima de 2.000 mg/dL situam-se em torno de 10% a 20%, associando-se a gravidade da doença diretamente aos níveis de triglicerídeos. Os quadros de hipertrigliceridemia, principalmente quando associados à obesidade/alcoolismo ou diabetes mellitus descompensado, apresentam maior risco de evolução desfavorável, podendo favorecer complicações como necrose pancreática e síndrome da resposta inflamatória sistêmica (GONTIJO ALC, et al., 2024; HIDALGO NJ, et al., 2023).

Dentre as manifestações clínicas mais comuns da pancreatite aguda, observam-se dor abdominal intensa em região epigástrica com irradiação para o dorso, geralmente de início súbito, além de náuseas, vômitos e distensão abdominal. Nas formas mais graves, pode ocorrer taquicardia e sinais de resposta inflamatória sistêmica, acompanhada de febre (OPPENLANDER KE, et al., 2022).

O diagnóstico é estabelecido através da associação das manifestações clínicas, alterações laboratoriais e exames de imagem. Dentro dos exames laboratoriais, além do hemograma, deve ser avaliada a glicemia, perfil lipídico, função renal, eletrólitos e marcadores inflamatórios. Em relação aos exames de imagem, pode ser utilizada a ultrassonografia abdominal, principalmente quando há suspeita de cálculos biliares, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética ou a colangiopancreatografia por ressonância magnética, quando há suspeita de alterações biliares ou pancreáticas não caracterizadas pelos outros métodos. Os diagnósticos diferenciais devem incluir outras condições como colecistite aguda, úlcera péptica perfurada, obstrução intestinal, infarto agudo do miocárdio e apendicite, devido a algumas semelhanças nos sintomas abdominais (YEW KS, et al., 2023).

Em relação à estratificação da gravidade da pancreatite aguda, devem-se observar critérios clínicos, laboratoriais e exames de imagem em conjunto, sendo que em casos leves, sem comprometimento sistêmico, a evolução é mais favorável do que em formas graves ou moderadas, as quais podem evoluir para insuficiência respiratória, renal ou cardiovascular (DE OLIVEIRA NEVES MR, et al., 2026).

Hipertrigliceridemia como causa de pancreatite aguda

A hipertrigliceridemia é um tipo de dislipidemia que se caracteriza pelo aumento dos níveis séricos de triglicerídeos. Geralmente está associada a outras alterações no metabolismo dos lipídios. Pode ter origem genética ou secundária a algumas condições clínicas como obesidade, alcoolismo, diabetes mellitus, sedentarismo, além de estar associada ao uso de alguns fármacos. Pode ser classificada como leve, moderada, alta e muito alta de acordo com os valores de triglicerídeos plasmáticos. Concentrações séricas acima de 500 mg/dL são consideradas como preditores de maior risco metabólico e valores superiores a 1.000 mg/dL apresentam maior associação com o desenvolvimento de complicações, incluindo a pancreatite aguda. Em termos epidemiológicos, existe uma maior incidência relacionada ao aumento da obesidade, síndrome metabólica e diabetes tipo 2, principalmente em indivíduos com hábitos alimentares ricos em dietas hiperlipídicas e hipercalóricas (LUQUETTI CM, et al., 2024; BERBERICH AJ e HEGELE RA, 2022).

Como um dos mecanismos fisiopatológicos da pancreatite induzida por hipertrigliceridemia, observa-se que o aumento exagerado de quilomícrons na circulação aumenta a viscosidade do plasma e altera o fluxo sanguíneo pancreático, favorecendo a ocorrência de isquemia e deterioração tecidual, resultando no quadro de pancreatite aguda (HANSEN SEJ, et al., 2023).

A hipertrigliceridemia possui uma forte associação com fatores predisponentes relacionados ao metabolismo e a fatores comportamentais, como dietas hiperlipídicas e ricas em carboidratos refinados. A partir dessa condição, ocorre um aumento da síntese de triglicerídeos e uma redução do seu metabolismo, favorecendo a elevação dos seus níveis séricos. Clinicamente, essa alteração metabólica representa um importante impacto, uma vez que está associada a complicações agudas, principalmente a pancreatite aguda, cuja gravidade tende a aumentar em função dos níveis de triglicerídeos circulantes, em que valores acima de 1000 mg/dL se relacionam com maior resposta inflamatória, levando a maior risco de necrose pancreática e pior prognóstico clínico. A hipertrigliceridemia pode ser recorrente quando os fatores de risco não são controlados, deflagrando episódios agudos em pacientes com diabetes mellitus descompensado, obesidade ou que mantenham hábitos alimentares inadequados, o que reforça a importância do controle dos triglicerídeos para prevenção de novas ocorrências (CANFORA I e PIERNO S, 2024; WOLSKA A e REMALEY AT, 2021).

Manejo terapêutico da pancreatite aguda por hipertrigliceridemia: plasmaférese / tratamento conservador

O tratamento clínico inicial de pacientes com pancreatite aguda secundária à hipertrigliceridemia tem como objetivo principal reduzir a resposta inflamatória sistêmica associada à doença. Nesse contexto, a hidratação venosa constitui medida essencial para manutenção da perfusão pancreática, associada ao controle adequado da dor por meio de analgesia conforme a intensidade do quadro clínico. Além disso, pode-se associar um planejamento nutricional individualizado, com o intuito de reduzir o estresse pancrático e favorecer a evolução clínica (LUQUETTI CM, et al., 2024).

Nas primeiras 72 horas após o diagnóstico, período considerado crítico para o desfecho da doença, o manejo deve ser intensificado, com atenção ao controle da dor, à avaliação da necessidade de antibióticos e, nos casos de pancreatite biliar, à realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Paralelamente, alguns autores sugerem introduzir a nutrição enteral precoce, embora os guidelines atuais recomendem iniciar alimentação oral precoce (hipolipídica) mesmo na pancreatite grave e reservar a administração via enteral apenas se a oral não for tolerada ou se houver baixa aceitação (SONG Y e LEE SH, 2024; TRIKUDANATHAN G, et al., 2024).

No caso específico da pancreatite associada à hipertrigliceridemia, a prioridade é a redução rápida dos níveis séricos de triglicerídeos, por meio de jejum, suspensão de dieta rica em lipídios, hidratação venosa e uso de fármacos hipolipemiantes, como fibratos e ômega-3, reservando abordagens mais invasivas para situações graves. Do ponto de vista metabólico, a insulinoterapia pode ser indicada especialmente quando há hiperglicemia associada, uma vez que estimula a atividade da lipoproteína lipase, contribuindo para a depuração dos triglicerídeos circulantes. A heparina, embora já tenha sido utilizada com esse objetivo, permanece controversa devido ao risco de redução transitória das enzimas lipolíticas. De modo geral, o controle metabólico deve abranger a estabilização glicêmica, o equilíbrio hidroeletrolítico e a adequada reposição volêmica, garantindo maior estabilidade clínica ao paciente. O tratamento conservador segue como base da abordagem inicial. Entretanto, nos casos mais graves ou refratários às medidas clínicas, pode ser necessária a adoção de terapias complementares, entre elas a plasmaférese, indicada como estratégia eficaz para a redução rápida e significativa dos níveis séricos de triglicerídeos (HE W, et al., 2025; CEVALLOS DFS, et al., 2021).

A plasmaférese propicia uma queda rápida dos níveis séricos de triglicerídeos. Entretanto, a melhora bioquímica não representa, obrigatoriamente, um benefício clínico proporcional. Muitos trabalhos mostram resultados divergentes em relação à mortalidade, à falência orgânica, às complicações sistêmicas e ao tempo de internação. Assim, a indicação da plasmaférese deve ser avaliada não apenas com base na concentração dos triglicerídeos, mas também considerando a gravidade clínica e a resposta do indivíduo ao tratamento convencional (STAUDACHER JJ, et al., 2025).

Plasmaférese no tratamento da pancreatite aguda por hipertrigliceridemia

O procedimento conhecido como plasmaférese ou troca plasmática consiste na purificação do plasma, por meio de remoção e substituição desse plasma rico em triglicerídeos por soluções de reposição objetivando a remoção de lipoproteínas de alto peso molecular, incluindo quilomícrons e triglicerídeos circulantes. O fundamento fisiopatológico baseia-se na presença de níveis elevados de triglicerídeos circulantes, cuja metabolização leva à liberação de ácidos graxos livres, associados à lesão tecidual e resposta inflamatória sistêmica. Dessa forma, a remoção direta desses componentes proporcionará uma redução na viscosidade do plasma e da carga inflamatória levando a uma potencial melhora clínica. As evidências sugerem redução mais rápida dos níveis de triglicerídeos com plasmaférese quando em comparação ao tratamento conservador com jejum e insulinoterapia e hidratação venosa, observando-se queda mais rápida dos níveis de triglicerídeos, embora sem evidência consistente de impacto direto na redução de mortalidade ou complicações clínicas (AL-ISMAIL M, et al., 2026; GUBENSEK J, 2023).

Além da alteração do fluxo sanguíneo pancreático, um dos principais gatilhos fisiopatológicos da pancreatite induzida por hipertrigliceridemia envolve a ação da lipase pancreática, que hidrolisa o excesso de triglicerídeos em ácidos graxos livres. Em concentrações elevadas, essas substâncias tornam-se altamente tóxicas ao tecido pancreático, promovendo lesão celular, inflamação local e agravamento do quadro de pancreatite aguda (CHEN L, et al., 2021).

A plasmaférese pode ser considerada em situações selecionadas, especialmente diante de quadros graves ou refratários ao tratamento conservador, considerando a ausência de consenso sobre sua utilização rotineira. Seu principal benefício está na remoção direta das lipoproteínas ricas em triglicerídeos, o que promove uma queda rápida desses níveis e contribui para a modulação da resposta inflamatória sistêmica associada à fisiopatologia da pancreatite, incluindo lesão dos ácinos pancreáticos induzida por ácidos graxos livres e ativação da cascata inflamatória (QIU M, et al., 2023).

No entanto, não há evidência consistente de superioridade da plasmaférese em relação ao tratamento conservador em desfechos clínicos relevantes. Trata-se de um procedimento invasivo, de alto custo e com disponibilidade limitada em muitos serviços de saúde, além de estar associados a riscos como hipotensão, distúrbios eletrolíticos, sangramentos e reações ao plasma ou às soluções de reposição. Esses fatores tornam sua indicação individualizada, exigindo avaliação criteriosa e restringindo seu uso, em geral, aos casos mais graves e refratários (MARÍN-SERRANO E, et al., 2025).

Embora a técnica promova uma redução mais rápida dos níveis séricos de triglicerídeos, a literatura ainda não demonstra benefício consistente em desfechos como mortalidade ou evolução clínica global. Por isso, a plasmaférese não é considerada terapia de primeira linha, sendo utilizada como recurso complementar ao tratamento conservador, e não como substituto deste (NASA P, et al., 2025; YAN LH, et al., 2023).

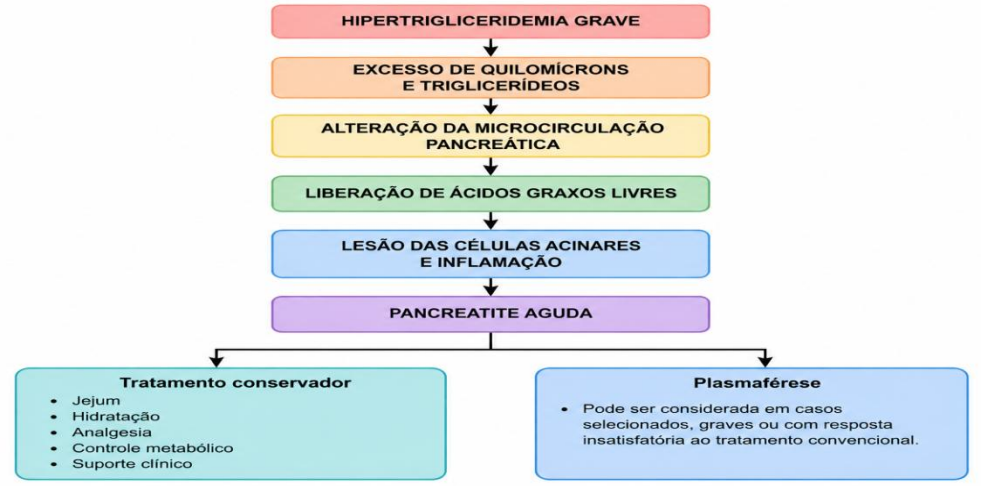
Seria possível considerar a plasmaférese em algumas condições clínicas específicas, como no caso de pacientes com pancreatite aguda associada à hipertrigliceridemia grave, que estejam evoluindo favoravelmente ou que apresentem resposta insuficiente às medidas convencionais. Essa abordagem deve levar em consideração o grau de hipertrigliceridemia, a presença de falência orgânica ou de alterações metabólicas persistentes, a gravidade da pancreatite, a disponibilidade do procedimento e os riscos inerentes ao acesso vascular, à anticoagulação e às possíveis complicações hemodinâmicas. A utilização da plasmaférese deve ser discutida pela equipe responsável, considerando que esse procedimento não é obrigatório para todos os grupos de pacientes (IZAR MCO, et al., 2023).

Quadro 1 - Principais vantagens e limitações da plasmaférese no tratamento da pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia.

Vantagens da plasmaférese	Desvantagens da plasmaférese
Redução rápida dos níveis séricos de triglicerídeos	Alto custo do procedimento
Remoção direta de quilomícrons e lipoproteínas ricas em triglicerídeos	Procedimento invasivo
Possível modulação da resposta inflamatória sistêmica	Necessidade de acesso venoso especializado
Potencial benefício em casos graves ou refratários ao tratamento conservador	Disponibilidade limitada em muitos serviços de saúde
Pode ser considerada em pacientes com falha terapêutica inicial	Ausência de evidência consistente de redução de mortalidade
Queda laboratorial mais rápida dos triglicerídeos quando comparada ao tratamento conservador	Benefício clínico ainda controverso em desfechos como complicações e tempo de internação
Possível auxílio no controle metabólico em situações selecionadas	Risco de eventos adversos (hipotensão, sangramento, distúrbios eletrolíticos e reações transfusionais)

Fonte: Vieira G e Monteiro JBM, 2026 com base em Al-Ismail M, et al. (2026), Nasa P, et al. (2025), Gubensek J (2023), Yan LH, et al. (2023) e Qiu M, et al. (2023).

Figura 1 - Plasmaférese na pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia: redução dos triglicerídeos, possíveis benefícios clínicos e limitações das evidências disponíveis.



Fonte: Vieira G e Monteiro JBM, 2026 com base em Al-Ismail M, et al. (2026) e Nasa P, et al. (2025).

Evidências científicas sobre a eficácia da plasmaférese

Alguns estudos mostram que não existe diferença estatisticamente significativa quando é instituído o tratamento conservador e a plasmaférese, apontando que o escore APACHE, níveis séricos de lactato e triglicerídeos permaneceram semelhantes entre grupos de pacientes tratados com plasmaférese e o tratamento tradicional (DICHTWALD S, et al., 2022).

Algumas revisões sistemáticas indicam que a associação de insulina com heparina pode ser mais eficaz na redução dos níveis de triglicerídeos quando comparada à plasmaférese. Além disso, observa-se menor taxa de mortalidade no grupo tratado com terapia conservadora, enquanto eventos como hipotensão, hipoglicemia e insuficiência renal aparecem com maior frequência nos pacientes submetidos à plasmaférese. Embora a plasmaférese possa promover redução mais rápida dos triglicerídeos, as evidências disponíveis não demonstram diferença estatisticamente significativa na mortalidade entre plasmaférese e tratamento conservador. Assim, o benefício laboratorial observado não corresponde necessariamente a vantagem nos principais desfechos clínicos (PIPLANI S, et al., 2024).

Outros estudos comparam a insulina e a plasmaférese em termos de eficácia, apontando a plasmaférese como uma técnica que mostra maior tendência para redução dos níveis de triglicerídeos nas primeiras 24 horas, sendo que outros desfechos relacionados à gravidade da doença, como PCR, não apresentam diferenças significativas (GUBENSEK J, et al., 2022).

Em relação aos desfechos clínicos relevantes, como mortalidade, complicações e tempo de internação, a plasmaférese se mostra capaz de reduzir os níveis séricos de triglicerídeos de forma mais rápida, embora esse efeito bioquímico não se traduza em benefício clínico consistente. A maior parte dos estudos não demonstra redução significativa quando a plasmaférese é comparada à terapia com insulina associada ao suporte clínico intensivo. Observa-se, ainda, que a evolução clínica da pancreatite está mais relacionada à condição inflamatória sistêmica do indivíduo do que à velocidade isolada de redução dos níveis de triglicerídeos (SAHIN GK, et al., 2023).

Em relação ao tempo de internação, alguns estudos apontam uma discreta tendência à redução em pacientes submetidos à plasmaférese, provavelmente devido à normalização mais rápida dos parâmetros laboratoriais. No entanto, essa diferença não é consistente nem suficientemente robusta para justificar o uso indiscriminado da plasmaférese. Além disso, complicações inerentes ao próprio procedimento, como distúrbios eletrolíticos, reações adversas, instabilidade hemodinâmica e alterações da coagulação, estão associadas à plasmaférese, o que reforça sua indicação mais restrita a condições específicas e casos selecionados (GULUMSEK E, et al., 2024).

Mesmo diante de resultados favoráveis associados à redução dos triglicerídeos, a literatura apresenta importantes limitações. Grande parte dos estudos disponíveis é observacional, com amostras reduzidas, além de apresentar protocolos terapêuticos e indicações para a plasmaférese bastante heterogêneos. Os estudos nem sempre avaliam os mesmos desfechos clínicos, o que dificulta a comparação dos resultados. Ainda não há evidências robustas provenientes de ensaios clínicos nem consenso em relação ao momento ideal para o início do procedimento. Esses fatores dificultam a afirmação de que a plasmaférese possa ser superior ao tratamento convencional, tanto no que se refere à mortalidade quanto à prevenção de complicações (AL-ISMAIL M, et al., 2026; FONSECA KB, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pancreatite aguda decorrente da hipertrigliceridemia apresenta-se como uma condição clínica relevante, associada a um elevado risco de evolução desfavorável e a maiores taxas de complicações. A redução rápida dos níveis séricos de triglicerídeos constitui um dos principais alvos terapêuticos, o que sustenta o interesse pela técnica da plasmaférese em comparação à abordagem convencional. Embora se observe uma redução mais rápida dos níveis de triglicerídeos com o uso da plasmaférese, o que desperta maior interesse clínico, essa estratégia ainda não demonstra consistência suficiente quanto à melhoria de desfechos relevantes, como mortalidade, complicações ou tempo de internação. As evidências disponíveis são, em sua maioria,

limitadas por desenhos metodológicos, com predominância de estudos observacionais. Somam-se a esse contexto o alto custo do procedimento, seu caráter invasivo e a disponibilidade limitada, fatores que reforçam a cautela em sua indicação, podendo ser considerada em situações selecionadas, sobretudo diante de maior gravidade ou resposta insatisfatória ao tratamento convencional, conforme avaliação clínica individualizada. Dessa forma, são necessários mais estudos clínicos robustos para melhor definir sua eficácia e permitir a consolidação de diretrizes terapêuticas mais claras e aplicáveis na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. AL-ISMAIL M, et al. Efficacy and safety of pharmacological and procedural interventions in the management of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: a systematic review. Saudi Pharmaceutical Journal, 2026; 34(2): 23.
2. BERBERICH AJ, HEGELE RA. A modern approach to dyslipidemia. Endocrine Reviews, 2022; 43(4): 611-653.
3. CANFORA I, PIERNO S. Hypertriglyceridemia therapy: past, present and future perspectives. International Journal of Molecular Sciences, 2024; 25(17): 9727.
4. CEVALLOS DFS, et al. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Uso de plasmaféresis: reporte de caso. Revista Medicina e Investigación Clínica Guayaquil, 2021; 2(2): 51-55.
5. CHEN L, et al. The association of parameters of body composition and laboratory markers with the severity of hypertriglyceridemia-induced pancreatitis. Lipids in Health and Disease, 2021; 20(1): 9.
6. DE OLIVEIRA NEVES MR, et al. Pancreatite aguda: critérios de gravidade, sistemas de classificação (Atlanta revisada) e impacto no prognóstico clínico. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2026; 12(2): 1-12.
7. DICHTWALD S, et al. Hypertriglyceridemia induced pancreatitis: plasmapheresis or conservative management? Journal of Intensive Care Medicine, 2022; 37(9): 1174-1178.
8. FONSECA KB, et al. Plasmaférese como tratamento para pancreatite por hipertrigliceridemia: relato de caso. Hematology, Transfusion and Cell Therapy, 2024; 46(Suppl. 4): S916.
9. GAO L, LI W. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis: clinical and basic research—a narrative review. Journal of Pancreatology, 2024; 7(1): 53-60.
10. GONTIJO ALC, et al. Pancreatite aguda: uma revisão bibliográfica sobre fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2024; 10(7): 3094-3101.
11. GUBENSEK J, et al. Comparable triglyceride reduction with plasma exchange and insulin in acute pancreatitis—a randomized trial. Frontiers in Medicine, 2022; 9: 870067.
12. GUBENSEK J. The role of apheresis and insulin therapy in hypertriglyceridemic acute pancreatitis—a concise review. BMC Gastroenterology, 2023; 23(1): 341.
13. GULUMSEK E, et al. Comparative analysis of therapeutic plasma exchange vs. standard management in hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: triglyceride reduction and clinical outcomes. Irish Journal of Medical Science, 2024; 193(5): 2259-2267.
14. HANSEN SEJ, et al. Hypertriglyceridemia-associated pancreatitis: new concepts and potential mechanisms. Clinical Chemistry, 2023; 69(10): 1132-1144.
15. HE W, et al. Low-molecular-weight heparin plus insulin in hypertriglyceridemic acute pancreatitis: a randomized clinical trial. JAMA Network Open, 2025; 8(11): e2542124.
16. HIDALGO NJ, et al. The role of high serum triglyceride levels on pancreatic necrosis development and related complications. BMC Gastroenterology, 2023; 23(1): 51.
17. IZAR MCO, et al. Posicionamento brasileiro sobre síndrome da quilomicronemia familiar – 2023. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2023; 120(4): e20230203.
18. LUQUETTI CM, et al. Pancreatite aguda induzida por hipertrigliceridemia: aspectos clínicos e diagnósticos. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(8): 5548-5557.
19. MARÍN-SERRANO E, et al. Tratamiento de la hipertrigliceridemia grave mediante recambio plasmático terapéutico en pacientes con pancreatitis aguda o en riesgo de padecerla. Gastroenterología y Hepatología, 2025; 48(1): 502229.

20. NASA P, et al. Plasmapheresis for hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: a systematic review and meta-summary of case reports. Indian Journal of Critical Care Medicine, 2025; 29(7): 604-611.
21. OPPENLANDER KE, et al. Acute pancreatitis: rapid evidence review. American Family Physician, 2022; 106(1): 44-50.
22. PIPLANI S, et al. Efficacy and adverse effects of insulin versus plasmapheresis in patients with hypertriglyceridemia-3-induced acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. Annals of Gastroenterology, 2024; 37(1): 109-116.
23. QIU M, et al. Comprehensive review on the pathogenesis of hypertriglyceridaemia-associated acute pancreatitis. Annals of Medicine, 2023; 55(2): 2265939.
24. SAHIN GK, et al. Acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia: plasmapheresis versus medical treatment. Turkish Journal of Emergency Medicine, 2023; 23(2): 111-118.
25. SONG Y, LEE SH. Recent treatment strategies for acute pancreatitis. Journal of Clinical Medicine, 2024; 13(4): 978.
26. STAUDACHER JJ, et al. Plasmapheresis in acute hypertriglyceridemia-induced pancreatitis—the PHIP-JuGa-Study. United European Gastroenterology Journal, 2025; 13(10): 2066-2074.
27. SUBRAMANIAN S, et al. Prevention and treatment of hypertriglyceridemia-mediated acute pancreatitis: a narrative review. European Journal of Internal Medicine, 2026; 145: 106648.
28. SZATMARY P, et al. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment. Drugs, 2022; 82(12): 1251-1276.
29. TENNER S, et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. American Journal of Gastroenterology, 2024; 119(3): 419-437.
30. TRIKUDANATHAN G, et al. Diagnosis and management of acute pancreatitis. Gastroenterology, 2024; 167(4): 673-688.
31. WALKOWSKA J, et al. The pancreas and known factors of acute pancreatitis. Journal of Clinical Medicine, 2022; 11(19): 5565.
32. WOLSKA A, REMALEY AT. Lipoproteins. In: Handbook of Diagnostic Endocrinology. 3. ed. Academic Press, 2021; 287-308.
33. YAN LH, et al. Plasmapheresis compared with conventional treatment for hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Apheresis, 2023; 38(1): 4-15.
34. YEW KS, et al. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis. American Family Physician, 2023; 107(6): 585-596.