

Colangite aguda supurativa *Suppurative acute cholangitis*

RUBEM ALVES DA SILVA JR.¹, ÊNIO LÚCIO C. DUARTE², LANA MARIA ESTEVAM RORIGUES³,
TATIANA MIRANDA HERCULANO CATTEBEKE³ e MARCIO RODRIGUES KZAM³

INTRODUÇÃO

Colangite aguda é uma síndrome definida clinicamente, causada por obstrução do ducto biliar parcial ou total com infecção ascendente associada ao intestino. Frequentemente ocorre em associação com doença inflamatória do intestino (IBD), particularmente, colite ulcerativa (60%) e doença de Crohn (10%)¹. Esta afecção engloba um amplo espectro de manifestações clínicas, variando de uma forma leve (que responde com facilidade ao tratamento com antibióticos), até as formas mais graves (colangite supurada) que constitui uma emergência cirúrgica com risco de vida^{2,3,4}. Colangiocarcinoma ocorre em 10 a 20% dos pacientes portadores de colangite esclerosante primária, é de difícil diagnóstico e tem fraco prognóstico. Entretanto, as complicações mais comuns da colangite são: insuficiência renal aguda e abscessos intra-abdominais no fígado, na vesícula biliar e no espaço subfrenico^{5,6,7}.

Os sintomas clínicos típicos que levam ao diagnóstico da colangite aguda são: icterícia, dor abdominal, febre com calafrio, descritas como tríade de CHARCOT. Entretanto, apenas 70% dos pacientes apresentam estes sintomas, podendo evoluir para uma doença sistêmica progressiva rapidamente, acrescida de hipotensão e delírio, conhecida como a *pentad* de Reynolds^{8,9}.

Os fatores requeridos para a colangite se desenvolver são: a) obstrução do fluxo de bile; b) colonização da bile com bactéria ou fungo (bactéria) e c) pressão biliar intraductal. Na conceituação de colangite aguda, devem-se distinguir os casos que não apresentem supuração no interior dos ductos biliares (colangite ascendente), daqueles com franca supuração intraductal (colangite supurativa)^{1,3}.

A infecção é comumente causada por organismos entéricos gram-positivos (*Escherichia coli* e *Klebsiella sp.*), e os gram-negativos (*Enterococcus*). Recentemente, múltiplos patógenos têm sido isolados mais frequentemente junto com organismos gram-negativos resistentes a bactérias, tais como *Enterobacter sp.* e *Pseudomonas sp.*¹⁰.

Pacientes com colangite requerem drenagem biliar imediata, além de terapia com antibiótico de amplo espectro. O tempo de drenagem depende da condição clínica do paciente ao diagnóstico e resposta ao antibiótico. Colectomia laparoscópica poderá ser efetuada entre 12 a 48 horas, se há melhora clínica, enquanto colectomia aberta de urgência pode ser necessária naqueles pacientes que não melhoram com a antibioticoterapia adequada^{3,5,6}.

Apesar do avanço da terapia cirúrgica e não-cirúrgica, as infecções do trato biliar ainda

¹Prof. Colaborador, Depto. de Clínica Cirúrgica, FCS/UFAM-TCBC.

²Médico Assistencial, Serviço de Clínica Cirúrgica, HUGV/UFAM.

³Residente, Serviço de Clínica Cirúrgica, HUGV/UFAM.

permanecem causa significativa de morbimortalidade. A literatura mostra uma variedade de estudos tratando de regimes e combinações de antibióticos, em tentativas clínicas randomizadas e prospectivas, para estabelecer a eficiência, segurança e os perfis de toxicidade⁷. Os autores descrevem a apresentação clínica, progresso e uma breve discussão do tratamento efetuado.

RELATO DE CASO

M.J.P.S, 33 anos, sexo feminino, cor parda, natural e procedente de Manaus (Am), relatou que, em janeiro/2002 iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito e epigástrico que se irradiava para região paravertebral ipsilateral. No mês seguinte, evoluiu com piora da dor, febre alta intermitente, náuseas, vômitos biliosos, icterícia e colúria, tendo sido internada em 04.04.2002 no Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, onde realizou ultra-sonografia, que evidenciou quadro de colangite aguda. Em 12.04.2002, foi submetida a tratamento cirúrgico - colecistectomia com exploração das vias biliares e colocação de dreno de Kehr no colédoco. No quarto dia do pós-operatório apresentou febre alta, dor em hipocôndrio direito e icterícia sendo realizado uma colangiressonância magnética (MRC) (Figura 1) e uma tomografia computadorizada (TC) de abdome (Figura 2) com laudos sugestivos de lesões nodulares hepáticas do tipo inflamatórias, características de microabscessos difusos.



Figura 1. Colangiressonância



Figura 2. Tomografia computadorizada

No dia 23.04.2002 a paciente foi transferida para o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) apresentando-se com toxemia, hipotensa (100x60mmHg), febril, icterícia com bilirrubina total (BT) 3,8mg/ml; bilirrubina direta (BD) 3,0 mg/ml e indireta (BI) 0,8mg/ml e dor intensa em hipocôndrio direito. Foi instituído suporte nutricional e hidroeletrolítico, além de antibioticoterapia com ceftriaxona e metronidazol por 14 dias. Em 25.04.2002 foi realizada colangiografia pelo dreno de Kehr (Figura 3a) que evidenciou lesões compatíveis com microabscessos hepáticos. A paciente evoluiu nos dias subsequentes com evidência de melhora clínica e laboratorial. Após 10 dias (05.05.2002) foi realizada nova colangiografia pelo dreno de Kehr (Figura 3b) mostrando significativa melhora radiológica. Após dois dias a paciente teve alta.

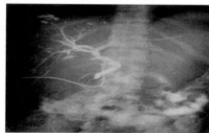


Figura 3a. Colangiografia pelo dreno Kehr.



Figura 3b. Colangiografia após 10 dias do pós-operatório.

DISCUSSÃO

A colangite aguda supurativa é uma infecção bacteriana da árvore biliar, de etiologia desconhecida, freqüentemente associada com doença inflamatória do intestino (DII), na qual a patogênese envolve estreitamento progressivo de ambos os ductos biliares intra e extra-hepáticos, especialmente colite ulcerativa e doença de Crohn¹, que não foram observadas neste caso.

As bactérias isoladas, estão de acordo com a literatura nos casos de colangite, pertenciam ao grupo de enterobactérias (*E. coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus fecalis*)^{5,6}.

Na colangite ascendente, a obstrução da árvore biliar é parcial, enquanto que na forma supurativa a obstrução é total, o que explica nestes casos o acúmulo de material séptico com hipertensão biliar e desenvolvimento de abscessos hepáticos múltiplos, septicemia e óbito, se não for tratada em tempo oportuno⁵. No presente caso, após a confirmação do quadro agudo da colangite por US, a paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico para exploração das vias biliares e drenagem no colédoco com dreno de Kehr.

O tratamento com antibióticos é relevante ao se estabelecer sua concentração. Sem dúvida, o fator mais importante para o êxito terapêutico é a administração adequada para cobertura correta dos organismos causadores das infecções biliares^{4,5}. A monoterapia com agentes de amplo espectro tais como as cefalosporinas de 3ª e 4ª geração (cefotaxima e cefipime), uma ureidopenicilina (mezlocilina, piperacilina) combinada com um inibidor da classe das beta-lactamases (ticarcilina-clavunato, piperacilina-tazobactam) ou quinolona (ciprofloxacilina) têm sido registradas ser tão eficientes quanto metronidazol ou clindamicina combinada com um aminoglicosídeo ou cefalosporinas de 3ª geração e ampicilina no tratamento de pacientes com colangite⁷. O protocolo do Serviço de Clínica Cirúrgica do HUGV estabelece a combinação ceftriaxoma e metronidazol.

Em relação à duração da antibioticoterapia para pacientes com colangite estabelecem administração de sete a 10 dias⁵. Entretanto, normas gerais sugerem que o tratamento seja continuado até que: a obstrução biliar seja completamente abrandada, os resultados dos testes bioquímicos de função do fígado tenham melhorado ou normalizados e o paciente esteja afebril por pelo menos 24 horas⁵. Neste estudo de caso, a duração do tratamento com antibióticos foi de 14 dias.

No que se refere à avaliação dos testes de laboratório no soro, tipicamente revela uma contagem de leucócitos anormal - pode ser elevada, alterada pelas formas imaturas ou marcadamente baixa. Níveis de fosfatase alcalina e bilirrubina são comumente elevados. O nível de bilirrubina se correlaciona com o grau e duração da obstrução biliar. As transaminases AST e ALT tendem a ser moderadamente elevada, uma a duas vezes das taxas normais⁵.

Quanto às técnicas de imagem para diagnóstico, a colangiografia endoscópica é o "padrão ouro"; os achados radiológicos típicos incluem os estrangulamentos e dilatação multifocal envolvendo a árvore biliar intra e extra-hepática, ou em ambas. Entretanto, é uma técnica invasiva e graves complicações podem ocorrer, provavelmente devido a fibrose nos ductos biliares. Nos últimos anos, a colangiografia por ressonância nuclear magnética (CRM) tem sido proposta para diagnóstico, porque mostra imagem de alta qualidade da árvore biliar em 99% dos pacientes e em curto tempo, é não-invasiva e de menor custo. Além disso, as seqüências podem dar informação adicional sobre a condição do fígado, baço e a presença de ascite²⁸. FULCHER *et al.*, (2000) mostra que esta técnica tem capacidade limitada de visualização dos ductos biliares intra-hepáticos de terceira e quarta ordem. Há contra-indicações bem definidas e as dificuldades incluem: pneumobilia, bile espessa, árvore biliar não-distendida e cirrose hepática⁸. Nestes casos, a colangiografia por tomografia computadorizada (CTC) pode ser proposta como método de integração ao diagnóstico, que mostra melhor qualidade de imagem da árvore biliar, melhor sensibilidade e informação sobre a excreção do meio de contraste. O autor chama atenção para o fato que as duas técnicas permitem uma melhor interpretação das dilatações do ducto biliar, porque não houve coincidências em três/14 (19%) pacientes. Enquanto em CRM o calibre dos ductos biliares apresenta-se estreitado e dilatado irregularmente,

na CTC o calibre se apresenta regular, mas não-homôgeneos. Presumidamente, isto é devido ao fato de a CRM retratar a bile presente no ducto ao passo que a CTC mostra a produção de bile no momento da aquisição da imagem. A limitação teórica da CTC é a taxa de bilirrubina aumentada, levando a excreção do contraste biliar não confiável. A US das vias biliares e do fígado é um método diagnóstico que presta grande auxílio no diagnóstico da afeção. É totalmente inócuo, podendo ser repetido por várias vezes e é capaz de elucidar a presença de cálculos e o calibre das vias biliares, além de revelar áreas de abscessos hepáticos. No caso presente, foram utilizadas as técnicas US, TC e CRM²⁸.

A drenagem biliar é o suporte da terapia para pacientes com colangite, sendo o fator mais importante para prevenir a infecção após os procedimentos endoscópicos ou radiológicos e deve ser continuada junto com a administração de antibióticos, especialmente nos casos de febre por vários dias⁵. Efetuou-se a drenagem do colédoco com dreno de Kehr.

O caso apresentado ressalta a importância da suspeita clínica no diagnóstico de colangite, que tem de ser corroborada com exames laboratoriais e de imagens, destacando o valor da interpretação correta de seu significado, para que a conduta seja estabelecida de forma confiável e correta visando a uma melhor qualidade de vida ao paciente.

ABSTRACT - The features of cholangitis were analysed in this case report, which presented as acute cholangitis. High fever, jaundice, hypotension (100 x 60mmHg) and serum bilirubin level close 4,0 mg/dl, beyond findings of imaging ultrasonography (US), computed tomography (CT) and magnetic resonance cholangiogram (CRM)

Characterized of abdomen showed the most severe refractory condition of our patient. She was undergone to cholecystectomy for exploration the biliary tree. The patient was treated with antibiotic therapy with successfull. It was used Kehr drains at decompressing. The hospital stay occurred 12 days after postoperative.

Descriptors: Biliary disease; cholangitis; imaging techniques

REFERÊNCIAS

1. WIESNER RH. Liver transplantation for primary sclerosing cholangitis: timing, outcome, impact of inflammatory bowel disease and recurrence of disease. **Best Practice & Res Clin Gastroenterol**, 15(4):667-80, 2001.
2. BADER TR, BRAGA L, BEAVERS KI, SEMELKA RC. MR imaging findings of infectious cholangitis. **Magnetic Resonance Imaging**, 19(6):781-8, 2001.
3. HELTON WS, ESPAT NJ. Cholecystitis and cholangitis. **Curr Treat Options Infect Contag**, 3:387-400, 2001.
4. WESTPHAL JF, BROGARD JM. Biliary tract infections: a guide to drug treatment. **Drugs**, 57:81-91, 1999.
5. McGRATH K, BAILLIE J. Infections of the biliary tract. **Curr Treat Opt Infect Dis**, 3:403-18, 2001.
6. LILLEMOE KD. Surgical treatment of biliary tract infections. **Am. Surg**, 66(2):138-44, 2000.
7. SUNG JJ, LYON DJ, SUEN R, CHUNG SC, CO AL, CHENG AF, LEUNG JW, LI AK. Intravenous ciprofloxacin as treatment for patients with acute suppurative cholangitis: a randomized, controlled clinical trial. **J Antimicrob Chemother**, 35(6): 855-64, 1995.
8. FULCHER AS, TURNER MA, FRANKLIN KJ, SHIFFMAN ML, STERLING RK, LUKETIC VA, SANYAL AJ. Primary sclerosing cholangitis: evaluation with MR cholangiography-a case-control study. **Radiology**, 215(1):71-80, 2000.

Correspondências para:

Dr. Rubem Alves da Silva Jr.
Serviço de Cirurgia Geral/HUGV
Av. Apuriná 04, Praça 14
Cep: 69020 -70
Manaus (Am)