

MANEJO PRÁTICO DA ASCITE

MANAGEMENT OF PRACTICAL ASCITES

Leonardo Soares da Silva¹

RESUMO: Ascite é definida como acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal. Manifestação comum na hipertensão portal da cirrose hepática e seu diagnóstico ocorre por meio da paracentese, que deve ser realizada em todos os pacientes, independentemente da sua etiologia. O objetivo é padronizar o diagnóstico e o tratamento da ascite no Hospital Universitário Getúlio Vargas. A metodologia utilizada foi a revisão de artigos recentes publicados com relevância no assunto abordado pelo autor. A publicação é a visão prática de uma patologia comum no cotidiano do gastroenterologista e do clínico geral.

Palavras-chave: Ascite; Diagnóstico; Terapêutica.

ABSTRACT: Ascites is defined as accumulation of free liquid in the peritoneal cavity. It is a common manifestation of portal hypertension in liver cirrhosis and its diagnostic occurs by paracentesis, which must be performed in all patients, regardless of its etiology. The goal is to standardize the diagnosis and treatment of ascites in University Hospital Getulio Vargas. The methodology used was the review of recent articles published with relevance in the matter raised by the author. The publication is a practical vision of a condition common in the daily lives of gastroenterologist and the general clinic.

Keywords: Ascites; Diagnosis, Therapy.

INTRODUÇÃO

Ascite é definida como acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal. Manifestação frequente em inúmeras patologias, sendo que o seu diagnóstico diferencial constitui um desafio intelectual para os gastroenterologistas e para os clínicos.^{1,2}

ETIOLOGIA

As principais etiologias da ascite (Tabela 1):^{3,4}

Tabela 1 – Etiologia da Ascite.

<p>Gastroenterológica Hipertensão portal: Cirrose hepática, hepatite fulminante, doença veno-oclusiva (trombose de veia porta e supra-hepáticas) Pancreática: Pancreatite aguda, pseudocisto Biliar.</p>

Cardíaca

Insuficiência cardíaca, pericardite constrictiva, cor pulmonale.

Renal

Síndrome nefrótica, Insuficiência renal crônica dialítica.

Infecçiosa

Tuberculose, esquistossomose, fúngica, bacteriana.

Neoplasia

Metástase peritoneal, mesotelioma, linfoma, pseudomixoma peritoneal.

Quilosa

Obstrução linfática mesentérica.

Ginecológica

Síndrome de Meigss, endometriose, síndrome de hiperestimulação ovariana.

Outras

Lúpus eritematoso sistêmico, angioedema hereditário, artrite reumatoide, Doença de Whipple, mixedema, gastroenterite eosinofílica, febre familiar do Mediterrâneo, hipoalbuminemia.

¹ Médico e especialista em Gastroenterologia. E-mail: drleonardoss@yahoo.com.br

DIAGNÓSTICO

a. Paracentese diagnóstica

A paracentese com coleta de líquido ascítico para posterior estudo é uma grande arma para o diagnóstico da causa básica do derrame peritoneal. É um procedimento seguro, sem evidências que predisponham a infecção do líquido peritoneal e deve ser realizado em todos os pacientes com ascite, independentemente da suspeita clínica.

Indicações:

1. Pacientes internados ou ambulatoriais com ascite ao exame físico de início recente ou causa indeterminada.

2. Paciente portador de doença hepática crônica, com ascite preexistente e suspeita de peritonite bacteriana espontânea (PBE). A PBE deve sempre ser suspeitada quando ocorre deterioração do quadro clínico do paciente, como: febre, dor abdominal, encefalopatia hepática, disfunção renal, leucocitose, acidose metabólica, sepse ou choque séptico.^{1,5,6}

Procedimento:

1. Material Utilizado

- Cateter intravenoso n.º 14
- Seringa n.º 20 ou 10
- Campo fenestrado estéril
- Luvas estéreis
- Pinças para pequenas cirurgias
- Frascos de vidro estéril
- Coletor de vidro ou plástico
- Equipo de soro
- Cloridrato de lidocaína a 2% sem vasoconstritor
- Substâncias para assepsia e antissepsia

2. Técnica

- Realizado na beira do leito ou em local para procedimento na enfermaria, com paciente em jejum e esvaziamento prévio da bexiga.
- Em decúbito dorsal.

c. Localização: quadrante inferior esquerdo. No ponto central em uma linha imaginária entre a crista ilíaca superior e a cicatriz umbilical (afastando dos vasos epigástricos).

d. Assepsia e antissepsia.

e. Colocação do campo fenestrado.

f. Anestesia local com lidocaína (2 a 5 ml).

g. Montar o cateter intravenoso na seringa de 20 ml.

h. Introdução do cateter/seringa perpendicular à pele, sempre aspirando até que a saída do líquido peritoneal.

i. Retirar a agulha e coletar líquido para bioquímica, citometria, pesquisa de células neoplásicas, culturas.

j. Ligar o cateter ao equipo e o coletor.

1. Curativo no local da punção.

3. Análise do líquido ascítico^{6,7,8}

Os exames solicitados para análise do líquido ascítico encontram-se na Tabela 2:

Tabela 2 – Exames para análise da ascite.

Rotina	Opcionais	Não usual	Raramente
Celularidade e diferencial	Glicose	Citologia	pH
Proteínas totais Albumina	DHL Amilase Gram Cultura	Triglicerídios Bilirrubinas	Lactato Colesterol Fibronectina

Avaliação dos parâmetros encontrados no material coletado:

a. Aparência macroscópica (Tabela 3).

Tabela 3 – Macroscópica do líquido ascítico.

Aparências do líquido ascítico	
Macroscópica	Etiologias
Amarelo citrino (claro)	Cirrose hepática sem complicações.
Turvo	Infecções (peritonite bacteriana espontânea ou secundária).
Leitoso (quilosa)	(Neoplasia ou trauma do ducto pancreático).
Sanguinolento	Punção traumática. Neoplasia maligna.

Macroscópica	Etiologias
Sanguinolento	Ascite cirrótica sanguinolenta. Tuberculose (raro). Punção inadvertida do baço (Esplenomegalia volumosa).
Marronzado	Síndrome ictérica. Perfuração de vesícula biliar. Úlcera duodenal.

b. Citologia e citometria

A contagem de polimorfonucleares (PMN) é importante no diagnóstico da peritonite bacteriana espontânea (PBE) no paciente cirrótico, independentemente da cultura:

Contagem >250 PMN: PBE

c. Gradiente albumina Soro Ascite (Gasa)

A dosagem do Gasa é crucial no diagnóstico da etiologia da ascite, principalmente relacionada à hipertensão portal. O Gasa é a diferença entre a albumina do soro e da albumina da ascite (dosagens devem ser colhidas simultaneamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Diagnóstico diferencial com uso do Gasa.

Gasa \geq 1,1	Gasa $<$ 1,1
Hipertensão portal	Doença Peritoneal
HP Sinusoidal (cirrose hepática): Proteínas totais (ascite) $<$ 3,0	Carcinomatose Tuberculose
HP Pós-sinusoidal (Insuficiência cardíaca): Proteínas totais (ascite) $>$ 3,0	Síndrome Nefrótica

d. Citologia oncológica

Encaminhar para anatomia patológica no mesmo dia, se não colocar em álcool a 50% para melhor conservação do material. A citologia oncológica contribui para o diagnóstico diferencial das neoplasias malignas peritoneais, principalmente metastáticas (carcinomatose peritoneal).

e. Cultura

Injetar no frasco de hemocultura – 10 ml de líquido ascítico à beira do leito. Cultura para bactérias, em casos especiais para tuberculose e fungos.

f. Bioquímica

Glicose, pH, proteínas totais, DHL (na primeira análise: amilase, ADA).

TRATAMENTO

a. Repouso relativo no leito.

b. Restrição de sódio

A dieta deve conter em torno de 2 g (88 mEq) de sódio por dia.

c. Restrição de líquido

Restrição da ingesta de líquido apenas quando o sódio sérico for menor que 120 g/ml.

d. Diuréticos

A associação de dois diuréticos de ações diferentes é melhor opção no tratamento oral da ascite no paciente cirrótico. As drogas provocam efeito sinérgico, além de diminuir os efeitos deletérios, quando usados isoladamente. Inicia com furosemida 40 mg/dia e espironolactona 100 mg/dia. Aumenta progressivamente, se a resposta clínica for insuficiente após 3 a 4 dias com a terapia. A furosemida pode ser aumentada até 160 mg e a espironolactona até 400 mg. Importante: Evitar o uso de diuréticos endovenosos.

O objetivo da terapia diurética é a perda de peso no máximo 1 kg/dia em pacientes com edemas de membros inferiores ou 0,5 kg/dia em pacientes sem edema de membros. Essa medida tem a intenção de diminuir a deterioração da função renal nestes pacientes.

e. Paracentese terapêutica

A paracentese está indicada no tratamento da ascite de difícil controle como:

1. Ascite refratária ao tratamento oral com diuréticos;
2. Ascite diurético-intratável, isto é, paciente com contraindicações ou efeitos colaterais com diuréticos;
3. Ascite tensa com desconforto respiratório;

Albumina humana

A albumina humana é indicada quando ocorre uma retirada maior que 4 litros durante o procedimento da paracentese terapêutica. A reposição intravenosa de albumina acarreta menos complicações (síndrome hepatorenal, hipotensão) e diminuindo o tempo de internação, menor número de readmissões e maior sobrevida dos pacientes. A dose preconizada de 5 g de albumina por litro retirado. A infusão da albumina ocorre concomitante ou logo após o procedimento, com velocidade 1 ml/minuto. Lembrando que cada frasco de albumina humana a 20% possui 10 g.^{4,9,10}

f. Outros tratamentos

1. TIPS (Derivação porto-sistêmico intra-hepático transjugular)

TIPS é uma técnica que provoca um shunt portocava látero-lateral, descomprimindo o sistema porta. É opção de tratamento na ascite retratária. A principal complicação é a encefalopatia hepática.

2. Transplante hepático

O transplante hepático é a opção definitiva da ascite de origem hepática.

- g. Tratamento da Peritonite bacteriana espontânea^{5,11,12}

Antibioticoterapia (Tabela 5).

Tabela 5 – Antibióticos usados no tratamento do PBE.

Cefatoxima 2 g EV 8/8h por 5 dias
Ceftriaxona 2 g EV 1 x dia por 5 dias
Amoxicilina + clavulanato EV 1,2 g 8/8h por 2 dias e 625 mg VO 8/8 por 6 a 12 dias
Ciprofloxacina EV 200 mg 12/12h por 5 dias

Uso da Albumina na PBE

A albumina é administrada 1,5 g/kg/dia no primeiro dia (no máximo até 6h do diagnóstico) e 1 g/kg/dia no terceiro dia de tratamento. A albumina reduz a mortalidade intra-hospitalar e a deterioração da função renal.

Paracentese de controle

Realizar nova paracentese após 48 horas do início do tratamento. O resultado esperado é uma queda mínima de 25% na contagem de PMN em relação à análise inicial do líquido ascítico. Não ocorrendo essa diminuição, o esquema de antibioticoterapia deve ser substituído de acordo com o resultado da cultura e antibiograma.

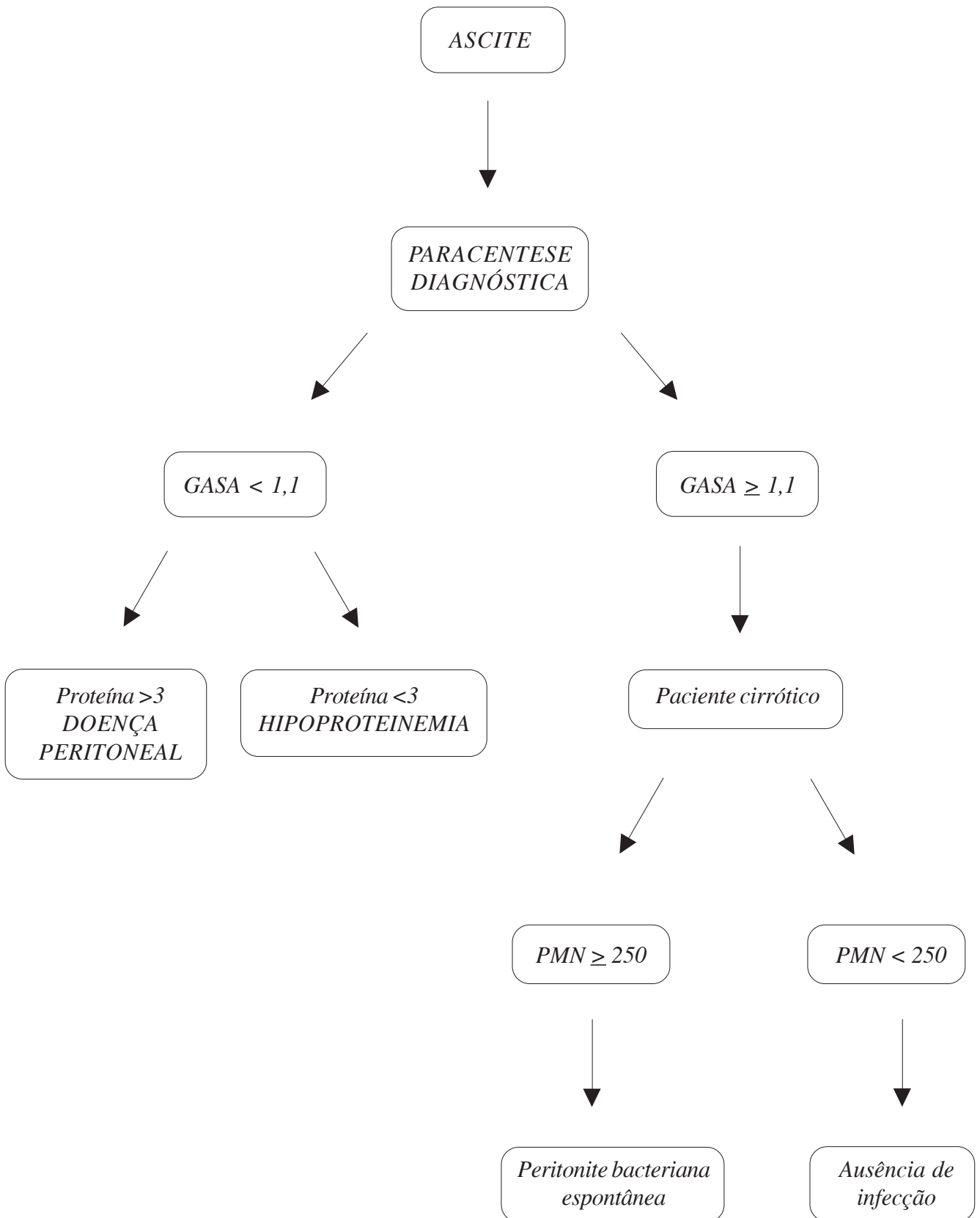
Profilaxia da PBE

A profilaxia da PBE é uma prioridade em todo paciente que apresentou a infecção do líquido ascítico, deve ser realizada por meio de esquema oral por tempo indeterminado (Tabela 6).

Tabela 6 – Profilaxia do PBE.

Norfloxacina 400 mg VO 1 x dia
Ciprofloxacina 750 mg /semana
Sulfametaxazol + trimetropim 400/80 mg por dia
Outros: Ofloxacina, amoxicilina + clavunulato

ALGORITMO DA ASCITE



REFERÊNCIAS

1. THOMSEM, T. W.; SHAFFER, R. W.; WHITE, B.; SETNIK, G. "Paracentesis". **N. Engl J Med.**, nov., 355:21, 2006.
2. MATTOS, A. A. "Paracentese diagnóstica". **Revista da AMRIGS**, 50 (1):54-58, 2006.
3. OLMOS, R. D.; SANTOS, M. S. C.; MARTINS, H. S.; LOPES, R. A. "Ascite no Pronto-Socorro". In: **Emergências clínicas: abordagem prática**. 2.^a ed. São Paulo: Editora Manole, 2006, p. 278-95.
4. SHERLOCK, S.; DOOLEY, J. "Ascites". In: **Doença do fígado e do sistema biliar**. 11.^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2004, p. 111-27.
5. MOORE, K. P.; WONG, F.; GINES, P.; BERNADI, M.; OCHS, A.; SALERNO, F.; ARROYO, V. "The management of ascites in cirrhosis: Report on the Consensus Conference of the International Ascites Club". **Hepatology**, vol. 38, n.º 1, 2003.
6. GINES, P.; CARDENAS, A.; ARROYO, V.; RODÉS, J. "Management of cirrhosis and ascites". **N Engl J Med.**, 350:1.646-54, 2004.
7. JORGE, S. G. **Gerenciamento da ascite como complicação da cirrose em adultos**. www.worldgastroenterology.org/.../pdf/guide_lines/ascites_complicating_cirrhosis_in_adults_management_ptpdf.
8. RUNYON, B. A. "Management of adult patients with ascites caused by cirrhosis". **Hepatology**, vol. 39, n.º 3, 1-16, 2004.
9. ANGELI, P.; GATTA, A. "Medical treatment of ascites in cirrhosis". In: GINÈS, P.; ARROYO, V.; RODÉS, J.; SCHRIER, R. W eds. "Ascites and Renal dysfunction in liver disease". **Pathogenesis, diagnosis and treatment**. Massachusetts: Blackwell Science, 227-41, 2005.
10. CARDENAS, A.; ARROYO, V. "Management of ascites and hepatic hydrothorax". **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, vol. 21, n.º 1, 55-75, 2007.
11. CORAL, G.; MATTOS, A. A.; DAMO, D. F.; VIEGAS, A. C. "Prevalência e prognóstico da peritonite bacteriana espontânea. Experiência em pacientes internados em um Hospital Geral de Porto Alegre (1991-2000)". **Arq Gastroenterol.**, vol. 39, n.º 3, jul./set., 2002.
12. YU, A. S.; HU, K-Q. "Management of ascites". **Clin Liver Dis**, 2001; 5:541-68.