

ASCITE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO

Julio Cesar Razera
Carlos Kupski

UNITERMOS

ASCITE/etiologia; ASCITE/diagnóstico; ASCITE/terapia; PARACENTESE; HIPERTENSÃO PORTAL; FIBROSE; DOENÇAS PERITONEAIS.

KEYWORDS

ASCITES/etiology; ASCITES/diagnosis; ASCITES/therapy; PARACENTESIS; HYPERTENSION, PORTAL; FIBROSIS; PERITONEAL DISEASES.

SUMÁRIO

Os autores realizaram uma prática e objetiva revisão sobre ascite, destacando aspectos como definição, etiologia, diagnóstico, paracentese, análise do líquido ascítico e manejo. O objetivo é auxiliar o profissional da saúde na rápida identificação da patologia relacionada à ascite e definir o tratamento mais adequado dos pacientes, principalmente cirróticos.

SUMMARY

The authors conducted a quickly and practice review about ascites, targeting aspects such as definition, etiology, diagnosis, paracentesis, ascitic fluid analysis and management. The goal is to assist healthcare professionals in the early identification of disease and appropriate treatment of patients with ascites, especially cirrhosis.

Definição

Denomina-se ascite ao acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal - não representa uma doença, mas uma manifestação comum a várias patologias. O termo tem origem na palavra grega “askites”, derivada de “askos” que significa saco ou conteúdo de um saco. É importante salientar, entretanto, que existe um transudato fisiológico (cerca de 100ml) responsável pela lubrificação das membranas peritoneais. Além disso, derrames com sangue (hemoperitônio) ou com pus (pioperitônio) não representam ascite. As principais causas de ascite e suas respectivas fisiopatogênias estão relacionadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - *Etiologia das Ascites* Adaptado de (1,2,3)

<i>Causa</i>	<i>Fisiopatogenia</i>
Hipertensão Porta (80-81%)	Extravasamento de líquido linfático pelos sinusóides hepáticos (fenestrações) e retenção hidrossalina.
Neoplasia (10%)	Aumento da permeabilidade dos capilares (inflamação), drenagem linfática inadequada por obstrução dos canais por células tumorais e liberação de substâncias que aumentam a permeabilidade peritoneal.
Tuberculose peritoneal (6-9%)	
Insuficiência cardíaca (5%)	Pericardite constrictiva e insuficiência cardíaca congestiva
<i>Outras Causas (1-2%)</i>	
<i>Causa</i>	<i>Fisiopatogenia</i>
Pancreatite	Extravasamento de um pseudocisto ou formação de fístula de um ducto rompido
Coledocoperitônio	Lesão da vesícula ou de seus ductos
Quiloperitônio	Associada à malignidade (linfoma) ou injúria de ductos linfáticos
Síndrome nefrótica	Anasarca decorrente de hipoalbuminemia e retenção hidrossalina renal
Associada ao mixedema	Complicação rara do hipotireoidismo
AIDS	Peritonite por micobactéria, colite por CMV, sarcoma de Kaposi ou linfoma

Diagnóstico

A anamnese é fundamental na investigação da patologia responsável pelo derrame ascítico. História de ingestão etílica, hepatites, transfusão sanguínea, história familiar para neoplasias e outros aspectos devem ser pesquisados. Veja, abaixo, alterações no exame físico e exames complementares úteis no diagnóstico da ascite.

Quadro 2 - *Exame Físico* Adaptado de (1,3,4)

<i>Observação</i>	Avaliar presença de circulação colateral, telangectasias, edema periférico e ascite (abdome globoso em avental ou batráqueo, com cicatriz umbilical plana ou evertida).
<i>Sinal de Piparote (Morgani)</i>	Paciente em decúbito dorsal, dá-se um “peteleco” em um dos flancos do paciente e tenta sentir a propagação da força no outro flanco (positivo em ascites volumosas).
<i>Macidez de decúbito</i>	Análise diferencial dos sons da percussão abdominal quando o pacientes se posiciona em várias angulações de decúbito lateral (melhor método semiológico).

Quadro 3 - *Exames Complementares* Adaptado de (1,2,3,4)

<i>Paracentese</i>	- Exame obrigatório no paciente com ascite.
<i>Ecografia</i>	- Método de escolha para detecção de ascite; - Permite, inclusive, elucidar a cauda da ascite e evidenciar derrame encistado.
<i>Tomografia</i>	- Ótima sensibilidade, porém muito caro.
<i>Radiografia</i>	- Pouco valor na prática clínica.

Classificação

A ascite pode ser graduada em três estágios:

Quadro 4 – *Classificação do Derrame Ascítico*

<i>Estágio I</i>	Somente detectada pela ultrassonografia.
<i>Estágio II</i>	Ascite moderada, detectada no exame físico.
<i>Estágio III</i>	Grande ascite, com importante distensão abdominal.

Paracentese

É a forma mais eficiente para confirmar a presença de ascite, diagnosticar sua causa e determinar se o líquido está infectado. Trata-se de um procedimento simples, realizado à beira do leito, que consiste na inserção de uma agulha na cavidade peritoneal para remoção do líquido ascítico. A paracentese pode ser **diagnóstica** (obtenção de material para análise) e **terapêutica**.

Quadro 5 - Indicações da Paracentese Adaptado de (1,2, 4, 5)

Paracentese Diagnóstica <small>Adaptado de (1,2, 4, 5)</small>
Ascite de início recente
Hospitalização de pacientes com ascite
Deteriorização clínica de pacientes portadores de ascite (febre, dor abdominal, encefalopatia hepática, leucocitose, piora da função renal, acidose, dentre outros)
Paracentese Terapêutica <small>Adaptado de (1,2, 4, 5)</small>
Remoção de grandes volumes de ascite para alívio dos sintomas compressivos (recomenda-se reposição de albumina se > 5 litros)
Ascites resistentes ao tratamento clínico otimizado

Apesar das contra-indicações e raras complicações (conforme tabela a seguir), os benefícios do procedimento em pacientes com indicação apropriada quase sempre superam os riscos.

Quadro 6 – Contra-indicações da Punção do Líquido Ascítico Adaptado de (5)

Absolutas	- Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD); - Fibrinólise primária; - Local de punção com cicatriz cirúrgica ou infecção.
Relativas	- Coagulopatia (não requer transfusão profilática).
Complicações <small>Adaptado de (5)</small>	
Vazamento de líquido de ascite no local puncionado	5%
Hemorragia severa	0 – 0,9%
Infecção decorrente da punção	0,5 – 0,6%
Morte associada à paracentese	0 – 0,3%

Procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente e obter o consentimento;
2. Separar todo o material e, se necessário, equipamento de ultrassonografia (utilizada como guia em casos selecionados);
3. Preencher o pedido dos exames necessários e rotular os frascos de coleta com os dados básicos do paciente;
4. O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal, com a cabeceira discretamente elevada;
5. Localizar as referências anatômicas e o sítio de punção (traçar uma linha imaginária da cicatriz umbilical à espinha íliaca ântero-superior esquerda e dividi-la em três partes; a inserção da agulha deve ocorrer na junção entre o terço médio e o inferior);

6. Após paramentação, deve-se realizar a assepsia do local e a anestesia local. Após infiltração subcutânea com lidocaína, deve-se progredir lentamente – sempre aspirando – até verificar a presença de líquido ascítico na seringa;
7. Inserção da agulha ou cateter em um ângulo de 90 graus, realizando a técnica do trajeto “Z” (conforme ilustração);
8. Coletar o material necessário (50-60ml para diagnóstico);
9. Colocação de um curativo compressivo no local.

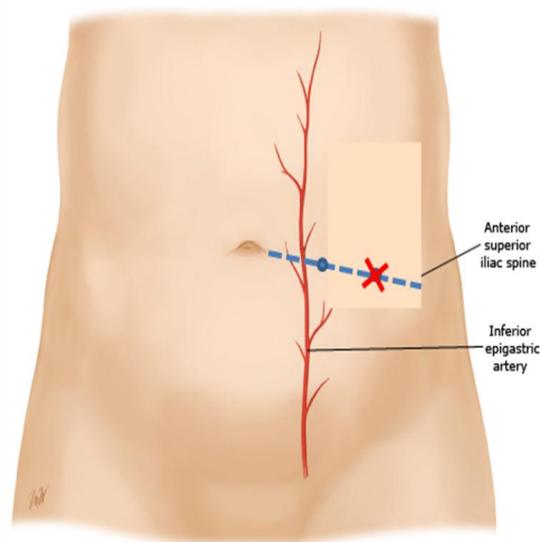


Figura 1 - Local indicado para Paracentese ^{Adaptado (5)}

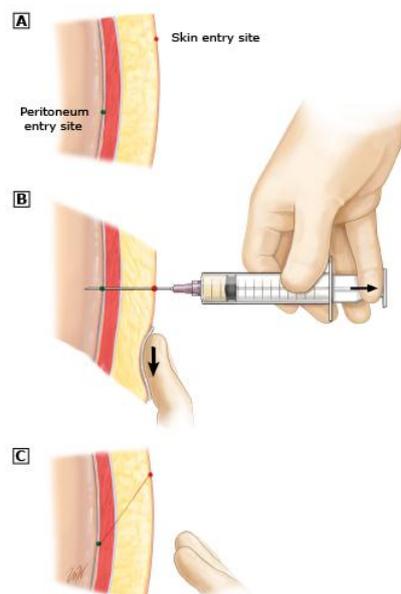


Figura 2 - Trajeto “Z” (para evitar vazamento pós-punção) ⁽⁵⁾

Análise do Líquido Ascítico

A avaliação do material coletado, fundamental para a elucidação diagnóstica, inicia pelos aspectos macroscópicos. Pode ser:

- *Seroso (amarelo-citrino)*: aspecto clássico da cirrose;
- *Hemorrágico*: sugere neoplasia (tuberculose raramente);
- *Turvo*: sugestivo de infecção (pode haver odor fétido);
- *Lactescente*: quiloso ou quiliforme;
- *Bilioso*: amarelado e espesso (trauma ou tumores biliares).

Quadro 7 - Exames do Líquido de Ascite Adaptado de (1,2,3,4)

EXAMES DE ROTINA <small>Adaptado de (1,2,4,6, 7, 8, 10)</small>	
Citológico	Citometria (hemáceas, leucócitos)
Bioquímico	Concentração de albumina e proteínas totais
Bacteriologia	Culturas
EXAMES ESPECÍFICOS <small>Adaptado de (1,2,4,6, 7, 8, 10)</small>	
Suspeita	Exames Indicados
Tuberculose	Adenosina Deaminase (ADA), BAAR, PCR
Ascite pancreática	Amilase, Lipase
Carcinomatose	Citologia oncótica e marcadores tumorais
Ascite Quilosa	Triglicerídeos
Ascite Biliar	Bilirrubinas
Peritonite	LDH e culturas

Os exames solicitados, isolados e comparados aos índices plasmáticos, permitem o estabelecimento do **Gradiente de albumina Soro-ascite (GASA)**. Trata-se de um parâmetro de acurácia significativa e forte recomendação que permite avaliar se a ascite em questão é decorrente de hipertensão porta ou de alguma doença do peritônio. O cálculo do gradiente, e sua interpretação, podem ser verificados conforme a seguinte fórmula:

Quadro 8 - Gradiente de Albumina Soro-ascite (GASA)

FÓRMULA: Albumina do Plasma - Albumina da Ascite	
Gradiente < 1,1g/dl (Exsudato)	Doença Peritoneal
Gradiente > 1,1 g/dl (Transudato)	Hipertensão Porta

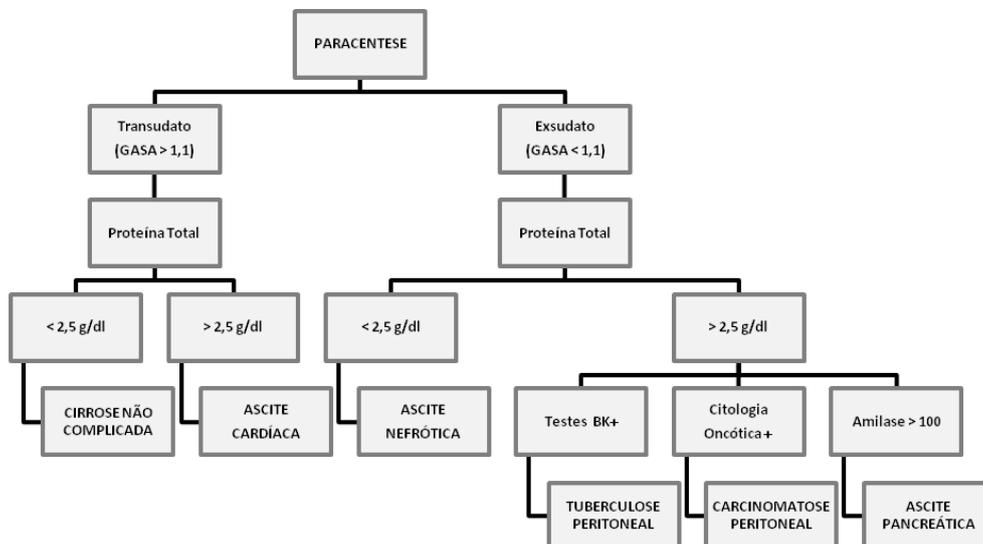


Figura 3 – Algoritmo para definição diagnóstica da Ascite (1, 2, 4, 6, 7, 8, 10)

Manejo das Ascites

O manejo adequado da ascite depende da etiologia do quadro. Na maioria das vezes, o tratamento da doença de base é suficiente para a resolução do quadro. Nos casos de derrame ascítico por hipertensão porta, preconiza-se:

- *Repouso no leito;*
- *Dieta hipossódica* (2g/dia de sódio ou 4-6g de NaCl);
- *Restrição hídrica* (se sódio plasmático < 120-125 mEq/L);
- *Acompanhamento das perdas* (redução da ascite e peso diário → recomenda-se uma perda de 0,5Kg/dia para pacientes sem edema em membros inferiores e de 1Kg/dia para aqueles com o referido edema);
- Uso de diuréticos (conforme quadro abaixo).

Quadro 9 - Uso de Diuréticos Adaptado de (1,2,3,4)

Espironolactona	- Druga de escolha; - Classe: inibidor da ECA e diurético poupador de potássio; - Dose inicial: 50-100mg/dia; - Dose de manutenção: 200-400mg/dia após 3-5 dias.
Furosemida	- Classe: diurético de alça; - Uso associado à espironolactona; - Indicado para não-responsivos à primeira escolha; - Dose: 20-40mg/dia.
Hidroclorotiazida	- Classe: diurético tiazídico; - Alternativa à furosemida, porém menos potente; - Dose: 25-50mg/dia.

- *Outras opções (Ascite Refratária):* paracentese de alívio, TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*), *Shunt* Peritônio-Venoso, cirurgia de derivação portossistêmica e transplante hepático.

REFERÊNCIAS:

1. Runyon BA. Diagnosis and evaluation of patients with ascites. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2011 nov 16]. [19 p.] [acesso 2012 ago 31].
2. Andrade Jr DR, Galvão HFG, Santos AS, et al. Ascite: estado da arte baseado em evidências. Rev Assoc Med Bras. 2009;55:489-96.
3. Goldman L, Ausiello D. Cecil: tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
4. Engel C. Cirrose Hepática e suas complicações. Rio de Janeiro: Medyklin; 2011.
5. Runyon BA. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2011 set 8]. [15 p.] [acesso 2012 ago 31].
6. Cardenas A, Gelrud A, Chopra S. Chylous, bloody and pancreatic ascites. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2011 jun 14]. [19 p.] [acesso 2012 ago 31].
7. Runyon BA. Malignancy-related ascites. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2010 jun 9]. [15 p.] [acesso 2012 ago 31].
8. Byrnes V, Chopra S. Tuberculous peritonitis. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2010 set 23]. [9 p.] [acesso 2012 ago 31].
9. Rose BD. Clinical manifestations and diagnosis of edema in adults. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2012 maio 29]. [12 p.] [acesso 2012 ago 31].
10. Runyon BA. Diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis. UpToDate online 20.8; 2012 fev [updated 2010 jul 19]. [13 p.] [acesso 2012 ago 31].