

# COLANGITE AGUDA: UMA EMERGÊNCIA POTENCIALMENTE FATAL

Flávia Moojen Brollo  
Daisy C Bitencourt Soares  
Daniel Weiss Vilhordo

## UNITERMOS

COLANGITE AGUDA; OBSTRUÇÃO BILIAR; DUCTOS BILIARES.

## KEYWORDS

*ACUTE CHOLANGITIS; BILIARY OBSTRUCTION; BILE DUCTS.*

## SUMÁRIO

Colangite aguda é uma infecção da árvore biliar que constitui uma emergência médica, sendo potencialmente fatal se não tratada imediatamente. Na maioria dos casos, ocorre devido à obstrução biliar por cálculos. Essa síndrome foi descrita pela primeira vez em 1877 por Charcot e o diagnóstico precoce pode oferecer melhor prognóstico.

## SUMMARY

*Acute cholangitis is defined as infection of the bile ducts consisting in a life-threatening emergency that should be treated immediately. It is mostly caused by common bile duct obstruction due to gallstones. This syndrome was first described by Charcot in 1877 and it must be promptly recognized in order to offer a better prognosis.*

## PATOGÊNESE

São condições associadas ao surgimento da colangite a proliferação bacteriana no trato biliar e a elevação da pressão dos ductos biliares, o que permite a translocação bacteriana e de endotoxinas no sistema vascular e linfático.

Habitualmente a árvore biliar é estéril, devido à anatomia competente do esfíncter de Oddi que previne o refluxo de conteúdo intestinal para os ductos biliares. Contudo, na colangite aguda, os ductos biliares tendem a se tornar mais permeáveis à translocação bacteriana e de toxinas, o que ocorre em associação ao aumento da pressão intraductal. Esse processo resulta em infecção grave e

potencialmente fatal. Abscesso hepático e sepse exemplificam complicações da colangite.

## ETIOLOGIA

Coledocolítase é a causa mais comum de colangite no mundo ocidental.<sup>1,2,3</sup> Os cálculos biliares normalmente causam obstrução parcial ou total dos ductos biliares, o que permite a estase biliar e consequentemente crescimento bacteriano e repercussão clínica da patologia.

O Quadro 1 resume as causas mais comuns de obstrução biliar que resultam em colangite.

**Quadro 1 - Causas de colangite aguda**

<b>Cálculos biliares</b>	Coledocolítase secundária (origem na vesícula biliar) Cálculos primários do ducto biliar (pigmentados) Síndrome de Mirizzi
<b>Estenoses biliares</b>	<b>Benignas</b> Pós-operatório: transplante de fígado, lesão iatrogênica da via biliar, síndrome “sump” Pancreatite: aguda (edema peripapilar), crônica (cicatriz, fibrose) Colangite esclerosante primária Colangite auto-imune Anomalias congênitas: cistos de colédoco, atresia biliar <b>Malignas</b> Câncer de pâncreas Colangiocarcinoma Neoplasia ampular ou duodenal Carcinoma de vesícula biliar Linfonodos metastáticos peri-hilares
<b>Instrumentação biliar</b>	CPER com drenagem incompleta Hemobilia Obstrução de endoprótese (“stent”) no ducto biliar
<b>Infecção</b>	<b>Infecções parasitárias</b> Ascaridíase Vermes hepatobiliares: <i>Opisthorchis</i> , <i>Clonorchis</i> , <i>Fasciola</i> <b>Outras</b> Infecção viral (colangioapatia da SIDA) Colangite piogênica recorrente (colangioepatite oriental) Infecção fúngica (colangite por cândida)

CPER, colongiopancreatografia retrógrada endoscópica; SIDA, síndrome da imunodeficiência humana

## LABORATÓRIO

Os achados laboratoriais refletem o grau de inflamação e da obstrução biliar. Pode ocorrer leucocitose com desvio à esquerda e aumento da proteína C reativa. A dosagem sérica das provas hepáticas demonstra elevação das enzimas canaliculares gamaglutamiltranspeptidase (Gama GT) e fosfatase alcalina, bem como hiperbilirrubinemia (geralmente às custas de bilirrubina direta) e elevação

moderada de aminotransferases (AST e ALT). O tempo de protrombina apresenta-se alargado devido ao prejuízo na absorção de ileal de vitamina K.

A cultura da bile, quando realizada, é positiva para enterobactérias na maioria dos casos. As hemoculturas frequentemente são positivas. Os microrganismos mais encontrados são *E. coli* (25 a 50 %), *Klebsiella* (15 a 20%) e *Enterobacter spp.* (5 a 10 %).<sup>4</sup> De forma menos frequente, podem ser detectados germes anaeróbios na bile ou na hemocultura – estes ocorrem em maior associação a pacientes idosos ou com anatomia alterada cirurgicamente.

### **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA COLANGITE**

A colangite pode variar de uma forma branda até quadros potencialmente letais com instabilidade hemodinâmica e choque séptico. Por esta razão, o diagnóstico sindrômico é frequentemente suficiente para orientar a conduta terapêutica inicial.

O diagnóstico sindrômico de colangite aguda é apoiado na presença da tríade de Charcot: dor em quadrante superior direito do abdome, febre com calafrios e icterícia. No entanto, se a tríade possui alta especificidade, apresenta baixa sensibilidade. A totalidade dos elementos da tríade é encontrada 50% a 70% dos pacientes com colangite e apenas em 20% em alguns casos, portanto, a suspeita clínica não deve se fixar apenas nesse dado.<sup>3</sup>

A presença de secreção purulenta em alta pressão com estase biliar é conhecida como colangite supurativa (ou “colangite tóxica”). Nesses casos graves, do ponto de vista semiológico, a hipotensão e a depressão do sistema nervoso central costumam acompanhar a tríade de Charcot. Esse conjunto compõe a pêntade de Reynolds, quadro que demanda descompressão imediata da via biliar, muitas vezes através de cirurgia.

### **EXAMES DE IMAGEM**

Vários exames podem identificar a obstrução biliar e, eventualmente, determinar sua causa. Destacam-se a ultrassonografia abdominal (USG), tomografia computadorizada (TC), colangiorressonância, ultrassonografia endoscópica, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPER) e colangiografia trans-hepática percutânea (CTP).

- **USG:** pode apontar presença de colecistolitíase, coledocolitíase, dilatação dos ductos biliares (intra e extra-hepáticos) e alterações periampulares;
- **TC:** pode definir dilatação de vias biliares massas abdominais, pancreatite e complicações da colangite (abscesso hepático);
- **Colangiorressonância:** sensível para lesões obstrutivas da árvore biliar e defeitos de enchimento hepatocoledocianos. Pode identificar alterações no território periampular e pancreático.

- **Ultrassonografia endoscópica:** alta acurácia na identificação de coledocolitíase;
- **CPER:** padrão-ouro para diagnósticos de colangite, é um exame invasivo cuja indicação deve ser racionalizada. Tem a vantagem de ser método simultaneamente diagnóstico e terapêutico.<sup>5,6</sup> Permite descompressão biliar através de papilotomia, assim como extração de cálculos e implante de endoprótese (“stent”);
- **CTP:** método mais invasivo, pode identificar dilatação e defeitos de enchimento na via biliar, com adequada visualização da via biliar intra-hepática.

## DIRETRIZES DE TÓQUIO

A tabela das Diretrizes de Tóquio combina características clínicas, laboratoriais e estudos de imagem na tentativa de estabelecer a probabilidade do diagnóstico de colangite aguda.

**Quadro 2 - TG13 Critérios diagnósticos de colangite aguda:**

A. Inflamação sistêmica A-1 . febre e-ou calafrios A-2. Dados laboratoriais: evidência de resposta inflamatória
B. Colestase B-1. Icterícia B-2. Dados laboratoriais: provas hepáticas anormais
C. Imagens C-1. Dilatação das vias biliares C-2. Evidência da etiologia na imagem (estenose de via biliar, cálculo no hepatocolédoco, “stent”)
Diagnóstico suspeito: um item A + um item qualquer B ou C
Diagnóstico definitivo: um item A, um item B e um item C

Citada na referência 7.

## TRATAMENTO

O tratamento da colangite aguda deve se direcionar à infecção e à obstrução biliares. Além dos cuidados hemodinâmicos e hidroeletrólíticos, a escolha do antimicrobiano é etapa fundamental. Para tanto, o médico deve se basear na microbiota previamente mencionada e no perfil do paciente (proveniente da comunidade, institucionalizado ou com hospitalização recente, uso prévio de antibióticos, manipulação da árvore biliar, etc). A gravidade do quadro e a associação com disfunção de órgãos fazem com que frequentemente o paciente requeira cuidados intensivos. A necessidade e a indicação de drenagem biliar são preocupações permanentes. As possíveis vias para

descompressão são a endoscópica, a cirúrgica (por laparotomia ou laparoscopia) e a percutânea.

## **CONCLUSÃO**

Colangite é um quadro grave, de alta mortalidade, e cujo diagnóstico precoce é essencial para tentar evitar rápida deterioração. As Diretrizes de Tóquio tentam se associar à pesquisa da síndrome de Charcot em busca de maior ou menor probabilidade diagnóstica. Entre os exames complementares destacam-se os que apontam infecção, inflamação, colestase laboratorial e obstrução biliar por método de imagem. Cuidados intensivos, hemodinâmicos, terapia antimicrobiana e definição de drenagem da via biliar são elementos importantes do tratamento.

## **REFERÊNCIAS**

1. Hanau LH, Steigbigel NH. Cholangitis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Curr Clin Top Infect Dis* 1995;15:153-78.
2. Hanau LH, Steigbigel NH. Acute (ascending) cholangitis. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14(3):521-46.
3. Kinney TP. Management of ascending cholangitis. *Gastrointest Endosc Clin NAm* 2007; 17(2):289-306, vi.
4. Hanau LH, Steigbigel NH. Acute (ascending) cholangitis. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14(3):521-46.
5. Attasaranya S, Fogel EL, Lehman GA. Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis. *Med Clin North Am* 2008; 92(4):925-60.
6. Mosler P. Diagnosis and management of acute cholangitis. *Curr Gastroenterol Rep* 2011; 13(2):166-72.
7. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012 ;19(5):548-56.