

4

Atitudes Endoscópicas na Litíase Biliar

RECOMENDAÇÕES



INTRODUÇÃO

A litíase da via biliar apresenta-se com diferentes formas de expressão clínica, podendo variar desde um simples quadro de colestase laboratorial até situações mais graves e de maior complexidade, tais como a pancreatite aguda e a colangite aguda obstrutiva.

A identificação/diagnóstico dos cálculos da via biliar deve ser efectuada por métodos não-invasivos, ultrassonografia, tomografia axial computadorizada ou por ressonância magnética, esta última com uma acuidade diagnóstica quase sobreponível à endoscópica (não detecta microcálculos < 3 mm), de tal forma que na última década a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é efectuada predominantemente para terapêutica.

A CPRE, realizada pela primeira vez em 1968, foi aceite como método de diagnóstico em diversas doenças biliopancreáticas. Decorridos 34 anos após as primeiras descrições de esfínterectomia endoscópica, feitas por Kawai e Classen, assiste-se actualmente, a notáveis avanços na execução desta técnica, considerada como um método eficaz e seguro no tratamento dos cálculos da via biliar.

A existência de cálculos na via biliar é a situação que mais frequentemente determina a realização de CPRE complementada com a esfínterectomia.

A esfínterectomia endoscópica é executada com êxito numa percentagem que ultrapassa os 90%, com uma morbilidade que varia entre 5-10%, uma mortalidade de 0,5-1%.

Os avanços verificados a nível do desenvolvimento de modernos equipamentos, o aperfeiçoamento de material acessório e uma maior preocupação na constituição de equipas bem treinadas, são factores todos eles determinantes para uma significativa melhoria dos resultados.

A esfínterectomia endoscópica facilita o acesso às vias biliares e pancreáticas permitindo a extracção de cálculos por vezes com o recurso à litotricia e melhora a drenagem biliar por vezes complementada com a colocação de endopróteses biliares ou drenos naso-biliares.

Exige que sejam estabelecidas algumas linhas de orientação. Assim, no âmbito das recomendações, procuraremos estabelecer normas e princípios orientadores, com vista a uma melhor compreensão dos riscos e benefícios da CPRE, no manejo dos doentes com litíase biliar.

RECOMENDAÇÕES

- A constituição de uma equipa treinada é um aspecto que muito contribui para o êxito da endoscopia da via biliar. Deve ser constituída por Gastrenterologistas, anestesistas, enfermeiros e técnicos de Imagiologia. Importa salientar que a optimização do tratamento da litíase biliar resulta de uma estreita colaboração do endoscopista com a radiologia e a cirurgia.

- A qualidade do equipamento de radiologia é determinante no sucesso da CPRE. Quanto maior a capacidade de definição da radioscopia, melhores serão os resultados na canulação selectiva da via biliar e mais significativa a redução no número de complicações.

Confrontado com múltiplas situações de diferentes níveis de dificuldade, o Serviço com experiência de terapêutica da via biliar, deverá estar equipado com material diversificado (diferentes tipos de cânulas e esfínterótomos, fios-guia, drenos naso-biliares, próteses, cestos de Dormia – helicoidais, hexagonais - litotritores mecânicos) com vista à solução de todas as eventualidades.

- A prévia avaliação de parâmetros hematológicos, tais como o hemograma e o estudo da coagulação, é obrigatória na preparação do doente para esta técnica.

Num doente que vai ser submetido a esfínterectomia endoscópica, deverá ser temporariamente suspensa a administração de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e AINEs, alguns dias antes e após a realização do exame, devido a um risco aumentado de hemorragia. A qualidade deste acto médico (CPRE/ETE) passa pelo maior conforto e segurança do doente ao ser submetido à realização da técnica pelo que recomendamos que todos os doentes sejam sedados por anestesista com a inerente monitorização dos vários parâmetros cardiorrespiratórios pré, per e pós realização do exame.

A vigilância após a realização da CPRE/ETE e a alta da unidade onde é efectuada deverá ser definida em conjunto pelo Gastrenterologista e o Anestesista de acordo com as normas protocoladas.

- Numa perspectiva de redução do número de complicações, a antibioterapia profiláctica, está indicada no doente com obstrução biliar (particularmente nas situações de litíase intra-hepática) em que existe associado um maior risco de sepsis, para além das situações consensualmente aceites como de risco.

Actualmente, nas situações de litíase da via biliar, os antibióticos que parecem ser mais eficazes são a piperacilina

e a ciprofloxacina; nos casos de sepsis, as cefalosporinas de 3ª geração e o imipenem. Não foi até agora demonstrada vantagem inequívoca inerente à administração de antibióticos diluídos no material de contraste.

- Vários factores têm sido apontados como responsáveis etiológicos da pancreatite aguda pós-CPRE; mecânicos, hidrostáticos, químicos, térmicos e alérgicos. No entanto, a contribuição exacta de cada um destes factores para o desenvolvimento de pancreatite aguda pós-CPRE continua desconhecida.

Não está provado que os contrastes não iónicos e de baixa osmolaridade, significativamente mais caros, diminuem o risco de pancreatite aguda.

Nos indivíduos com antecedentes de alergia ao iodo ou história recente de pancreatite aguda, será recomendável a administração prévia de corticóides por via parentérica e a utilização de um contraste não iónico de baixa osmolaridade.

- Para além das contraindicações gerais da endoscopia digestiva, a esfínterectomia endoscópica tem como contraindicação a alteração grave da coagulação. Neste grupo de doentes, dever-se-á efectuar a drenagem com endopróteses e drenos naso-biliares e posteriormente com o controlo da coagulação realizar novo exame com ETE. A existência de divertículos justa-papilares e a presença de cálculos de grandes dimensões aumentam a dificuldade mas não contraindicam o uso desta técnica viabilizada por vezes pelo recurso a acessórios e/ou métodos complementares.

No doente com gastrectomia sub-total (Billroth II), a esfínterectomia endoscópica é de execução mais difícil, com menor percentagem de êxito (cerca de 70-80%). Por vezes é necessário recorrer a um aparelho de visão axial e a diferentes materiais (ex: esfínterótomo invertido). Tem-se discutido a utilidade da colocação prévia de uma endoprótese pancreática, seguida da abertura do infundíbulo papilar com esfínterótomo de faca, de forma a evitar complicações pancreáticas.

- Com a divulgação da colecistectomia laparoscópica no tratamento da litíase vesicular tem surgido um maior número de doentes jovens com via biliar não dilatada, propostos para CPRE. Atendendo à morbidade acrescida neste grupo de doentes, não é recomendável a realização sistemática da CPRE sem estudo clínico, laboratorial e imagiológico prévio que demonstre, inequivocamente a presença de cálculos na via biliar. Nestes casos a colecistectomia laparoscópica deve ser rapidamente executada após a realização de CPRE (idealmente no dia seguinte de modo a evitar a migração de cálculos da vesícula).

- Nos doentes com pancreatite aguda biliar, a esfínterectomia endoscópica demonstrou uma nítida redução no aparecimento de complicações pancreáticas e de sepsis biliar. Deverá, efectuar-se a intervenção endoscópica precoce na fase aguda da pancreatite litíásica, quando existem critérios de gravidade traduzindo uma evolução desfavorável.

Nos doentes idosos com elevado risco cirúrgico e com cálculos biliares de grandes dimensões, de difícil extracção, devem ser colocadas próteses de forma temporária com o objectivo de melhorar a drenagem e, a consequente melhoria clínica global do doente para que outras técnicas de fragmentação sejam possíveis (litotricia mecânica, litotricia extra ou intra-corporal).

- O tratamento endoscópico da colangite aguda litíásica é muito eficaz e seguro. Nas formas graves de colangite, dever-se-á colocar uma endoprótese ou um dreno naso-biliar quando não é possível efectuar a esfínterectomia e/ou remover a totalidade dos cálculos.

- No âmbito das complicações, a hemorragia ocorre em cerca de 1-2% dos casos, parando com frequência espontaneamente, embora por vezes seja necessário o recurso a transfusões. Num número muito significativo de doentes, o controlo da hemorragia pode ser obtido pelo encravamento de um balão de 15 mm a nível da papila, injeção de produtos vaso-contritores ou hemostase com corrente de coagulação. A perfuração após ETE é habitualmente retroperitoneal pode ocorrer entre 0,5-1%, quando precocemente reconhecida na maior parte dos casos é tratada de forma conservadora (aspiração naso-gástrica e antibioterapia).

A perfuração intraperitoneal é tratada por cirurgia.

A frequência de colangite varia entre 1,5-3,5%. Esta complicação só ocorre se não foi obtida a drenagem biliar adequada. (ETE completa, extracção da totalidade dos cálculos, colocação de endopróteses biliares, ...).

A pancreatite aguda clinicamente significativa desenvolve-se em cerca de 2% dos casos. A maioria das situações são resolvidas com tratamento conservador e um internamento mais prolongado. Raramente o quadro clínico evolui para formas graves de pancreatite complicada.

Em cerca de 0,5% dos casos verifica-se encravamento do cesto de Dormia. Esta situação, no passado tratada por cirurgia, pode ser resolvida pela fragmentação do cálculo, com um litotritor mecânico modificado ou pelo recurso à litotricia extra-corporal.