



PROTOCOLOS CLÍNICOS DA COOPERCLIM – AM

MANEJO PRÁTICO DA ASCITE

AUTOR: LEONARDO SOARES DA SILVA

1 – RESUMO

Ascite é definida como acúmulo de líquido livre na cavidade peritoneal. Manifestação comum na hipertensão portal da cirrose hepática. A paracentese deve ser realizada em todos pacientes com ascite, independentemente da sua etiologia. A complicação comum na ascite de origem hepática é peritonite bacteriana espontânea, que deve ser tratada com antibioticoterapia, devido sua alta mortalidade. Este artigo é uma visão prática no diagnóstico e na conduta do paciente com ascite.

2 – INTRODUÇÃO

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

3 – ETIOLOGIA

As principais etiologias da ascite (Tabela 1):

Gastroenterológica

Hipertensão portal: Cirrose hepática, hepatite fulminante, doença veno-oclusiva (trombose de veia porta, supra-hepáticas)
Pancreática: Pancreatite, pseudocisto
Biliar

Cardíaca

Insuficiência cardíaca, pericardite constrictiva, cor pulmonale

Renal

Síndrome nefrótica, Insuficiência renal crônica dialítica

Infeciosa

Tuberculose, esquistossomose, fúngica, bacteriana

Neoplasia

Metástase peritoneal, mesotelioma, linfoma, pseudomixoma peritoneal

Quilosa

Obstrução linfática mesentéricas

Ginecológica

Síndrome de Meigss, endometriose, síndrome de hiperestimulação ovariana.

Outras

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

Tab. 1. Causas de Ascite.

4 – DIAGNÓSTICO

4.1 – 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 à infecção do líquido peritoneal e **deve ser realizado em todos pacientes com ascite, independentemente da suspeita clínica.**

Indicações:

- Pacientes internados ou ambulatoriais com ascite ao exame físico de início recente ou causa indeterminada.
- Paciente portador de doença hepática crônica com ascite pré-existente e suspeita de peritonite bacteriana espontânea (PBE). A PBE deve sempre suspeitada quando ocorre deterioração do quadro clínico do paciente, como: Febre, dor abdominal, encefalopatia hepática, disfunção renal, leucocitose, acidose, sepse ou choque.

4.1.1 – Procedimento:

1. Material Utilizado

- a. Cateter intravenoso nº 14
- b. Seringa nº 20 ou 10
- c. Campo fenestrado estéril
- d. Luvas estéreis
- e. Pinças para pequenas cirurgias
- f. Frascos de vidro estéril

- g. Coletor de vidro ou plástico
- h. Equipo de soro
- i. Cloridrato de lidocaína a 2% sem vasoconstritor
- j. Substâncias para assepsia e anti-sepsia

2. Técnica

- a. Realizado na beira do leito ou em local para procedimento na enfermaria, com paciente em jejum e esvaziamento prévio da bexiga.
- b. Decúbito dorsal
- c. Localização: Quadrante inferior esquerdo. No ponto central em uma linha imaginária que passa na crista ilíaca superior a cicatriz umbilical e longe dos vasos hipogástricos.
- d. Assepsia e anti-sepsia
- e. Colocação do campo fenestrado
- f. Anestesia local com lidocaína (2 a 5ml)
- g. Montar o cateter intravenoso na seringa de 20ml
- 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
- l. Curativo no local da punção

4.2 – Análise do líquido Ascítico

4.2.1 – Aparência macroscópica (Tabela 2).

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 Ascite cirrótica sanguinolenta Tuberculose (Raro) Punção inadvertida do baço (Esplenomegalia volumosa)
Marronzado	Síndrome icterica Perfuração de vesícula biliar Úlcera duodenal

Tab. 2. Macroscopia do líquido ascítico

4.2.2 – Citologia e Citometria

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

Contagem >250 PMN = PBE

4.2.3 – Gradiente albumina sérica e albumina do líquido ascítico (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 a albumina da ascite, por isso, deve ser colhido simultaneamente (Tabela 3).

GASA \geq 1,1	GASA \leq 1,1
Hipertensão portal	Doença Peritoneal
HP Sinusoidal (cirrose hepática) : Proteína < 3,0	Carcinomatose
HP Pós-sinusoidal (Insuficiência cardíaca): > 3,0	Tuberculose
	Síndrome Nefrótica

Tab. 3. Diagnóstico diferencial com uso do GASA

4.2.4 – Citologia oncológica

Frasco com metade álcool, metade líquido ascítico e encaminhar para anatomia patológica. A citologia oncológica contribui para o diagnóstico diferencial das neoplasias malignas peritoneais, principalmente metastáticas (carcinomatose peritoneal).

4.2.5 – Cultura

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

4.2.6 – Bioquímica

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

5. TRATAMENTO

5.1 – Medidas Conservadoras

5.1.1 – Repouso relativo no leito.

5.1.2 – Restrição de Sódio

Dieta deve conter em torno de 2g (88 mEq) de sódio por dia

5.1.3 – Restrição de líquido

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

5.1.4 – Diuréticos

A associação de dois diuréticos de ações diferentes é melhor opção no tratamento via oral da ascite no paciente cirrótico. As drogas provocam efeito sinérgico, além de diminuir os efeitos deletérios, quando usados isoladamente. Inicia com furosemida 40mg/dia e espironolactona 100mg/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 400mg. Importante: Evitar o uso endovenoso ou perdas rápidas de líquido.

O objetivo da perda líquida é de 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.

5.2 – Paracentese terapêutica

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

5.2.1 – Ascite refratária ao tratamento oral com diuréticos

5.2.2 – Ascite intratável, isto é, paciente com contra-indicações ou efeitos colaterais com diuréticos

5.2.3 – 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 dose preconizada é de 6 a 10g de albumina por litro retirado. A infusão da albumina ocorre concomitante ou logo após o procedimento, com velocidade 1ml/minuto. Lembrando que cada frasco de albumina humana a 20% possui 10g.

5.3 – Outros tratamentos

5.3.1 – TIPS (Derivação porto-sistêmico intra-hepático transjugular)

5.3.2 – Transplante hepático. É opção definitiva da ascite de origem hepática

5.4 – Tratamento da Peritonite bacteriana espontânea

5.4.1 – Antibioticoterapia (tabela 4).

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

Tab. 4. Antibióticos usados no tratamento do PBE

5.4.2 – Uso da Albumina na PBE (PROTOCOLO DE BARCELONA)

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

Realizar principalmente na presença de função renal alterada e paciente icterico.

5.4.3 – Paracentese de controle

Realizada nova paracentese após 48 horas do início do tratamento. O resultado esperado é uma queda mínima abaixo de 25% do polimorfonucleares da paracentese inicial. Não ocorrendo essa diminuição, o esquema de antibioticoterapia deve ser substituído de acordo com o antibiograma.

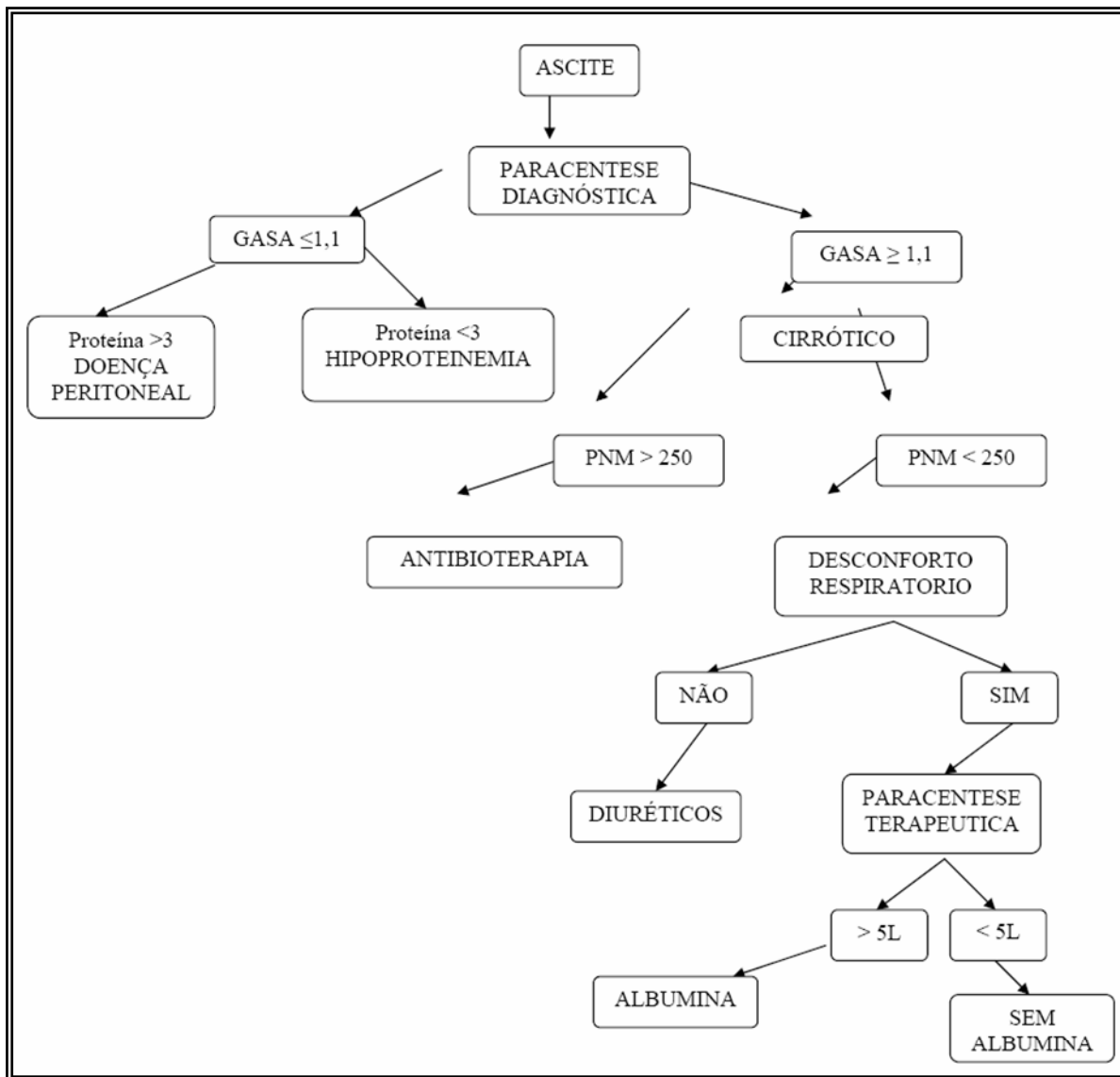
5.4.4 – Profilaxia da PBE

A profilaxia da PBE é uma prioridade em todo paciente que apresentou a infecção do líquido ascítico, através de esquema oral por tempo indeterminado (Tabela 5).

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

Tab. 5. Profilaxia do PBE

6. ALGORITMO DA ASCITE



BIBLIOGRAFIA

1. ANGELI P & GATTA A. Medical treatment of ascites in cirrhosis. In: Ginès P, Arroyo V, Rodés J, Schrier RW eds. Ascites and Renal dysfunction in liver disease. Pathogenesis, diagnosis and treatment. Massachusetts: Blackwell Science 227-41, 2005.
2. CÁRDENAS, ANDRÉAS; ARROYO, VICENTE. Management of ascites and hepatic hydrothorax. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Vol 21, nº 1, 55-75. 2007.
3. CORAL, GABRIELA. et al. Prevalência e prognóstico da peritonite bacteriana espontânea. Experiência em pacientes internados em um Hospital Geral de Porto Alegre. (1991-2000). Arq Gastroenterol. Vol. 39 No.3 jul./set. 2002.
4. MATTOS, ANGELO ALVES. Paracentese diagnóstica. Revista da AMRIGS, 50 (1):54-58. 2006.
5. MOORE, KEVIN P. *et al.* The management of ascites in cirrhosis: Report on the Consensus Conference of the International Ascites Club. Hepatology, Vol 38, nº 1, 2003.
6. OLMOS, RODRIGO DÍAZ, *et al.* Ascite no Pronto-Socorro. In: Emergências clínicas: abordagem prática. 2. ed. Editora Manole. 278-95. 2006.
7. SHERLOCK, SHEILA; DOOLEY, JAMES. Ascites. In: Doença do fígado e do sistema biliar. 11. ed. Ed. Guanabara Koogan. 111-27. 2004.
8. THOMSEM, TODO W. et al. Paracentesis. N. Engl J Med. Nov, 355:e21. 2006.
9. WGO. Gerenciamento da ascite como complicação da cirrose em adultos. www.worldgastroenterology.org/.../pdf/guidelines/ascites_complicating_cirrhosis_in_adults_management_pt.pdf
10. YU AS, HU K-Q. Management of ascites. Clin Liver Dis 2001; 5:541-68.