

LITÍASE BILIAR – CASUÍSTICA DE UMA SÉRIE HOSPITALAR

Rui Alexandre Anastácio Fernandes

RESUMO

INTRODUÇÃO – A litíase biliar e suas complicações são uma causa frequente de internamento hospitalar. Nos últimos anos, a sua incidência e prevalência têm aumentado sobretudo à custa de comportamentos e hábitos de risco.

OBJECTIVO – Avaliar aspectos epidemiológicos, clínicos, doenças associadas, complicações, abordagem diagnóstica e terapêutica e sequelas da litíase biliar.

MÉTODOS – Análise retrospectiva de processos clínicos de pacientes admitidos com o diagnóstico de litíase biliar no Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra durante o ano de 2007.

RESULTADOS – O estudo avaliou os processos clínicos de internamento por litíase biliar no Hospital da Universidade de Coimbra em 2007 de 146 doentes, sendo 67 homens (45,9%) e 79 mulheres (55,1%) e com uma média de idades de 69,6 anos. 14 doentes (9,6%) tinham sido previamente sujeitos a colecistectomia. Registaram-se 13 óbitos (8,9%), mas apenas 3,4% por complicações da litíase biliar. Os sintomas mais comuns de apresentação foram a dor abdominal (87,0%), náuseas e vómitos (65,8%) e icterícia (59,6%). As complicações da litíase biliar ocorreram em 114 doentes (78,1%): 38,4% por coledocolitíase, 34,2% por colangite, 19,2% por pancreatite aguda litiásica e 7,5% por colecistite aguda. A tríade de sintomas dor abdominal, febre e icterícia na detecção de doentes com colangite teve uma sensibilidade de 52,0%, uma especificidade de 91,7%, um valor predictivo positivo (VPP) de 76,5% e um valor

predictivo negativo (VPN) de 78,6%. A presença de coledocolítase nos doentes com colangite foi verificada em 24 doentes (48% dos doentes com colangite), não se demonstrando uma correlação significativa entre as duas. Observou-se que a bilirrubina, fosfatase alcalina e gama GT sofreram um aumento significativo na colestase, apresentando no seu diagnóstico elevada sensibilidade e VPN mas baixa especificidade e VPP. A ecografia foi utilizada em todos os doentes e teve uma sensibilidade, especificidade, VPP e VPN de 100% na detecção da colelitíase; na detecção de coledocolítase a sensibilidade da ecografia foi de 69,6%, a especificidade e o VPP de 100%, e o VPN de 84,1%. Nos doentes com colangite a ecografia detectou coledocolítase em apenas 21 doentes (42,0% dos doentes com colangite) e encontrou dilatação das vias biliares em 41 doentes (82,0% dos doentes com colangite). A CPRE foi realizada em 108 doentes (74,9%) e na detecção da coledocolítase teve uma sensibilidade especificidade, VPP e VPN de 100%; em 14 doentes (13,0% das CPRE), foi necessário recorrer à CPT; observou-se pancreatite pós-CPRE em 11 casos (10,2% dos doentes sujeitos). A CPRM foi efectuada em 21 doentes (14,4%) e a TC em 32 doentes (21,9%). Os antibióticos foram utilizados em 120 doentes (82,2%) e 101 doentes (69,2%) fizeram terapia de dissolução oral com AUDC.

CONCLUSÃO – Conclui-se que a litíase biliar originou internamentos mais frequentemente no sexo feminino e, em média, na sétima década de vida. Foram detectadas complicações da litíase em 78,1% dos casos, mais frequentemente por coledocolítase associada a colangite. A sensibilidade da tríade sintomática clássica da colangite foi de apenas 52%, tendo-se detectado cálculos em apenas metade destes doentes. É clara a menor acuidade diagnóstica da ecografia na coledocolítase relativamente à colelitíase. Salienta-se a existência de uma taxa de mortalidade de 3,4% em relação com complicações, designadamente pancreatite aguda.

INTRODUÇÃO

A litíase biliar corresponde à presença de cálculos na vesícula e vias biliares, constituindo a patologia mais frequente nesta localização e uma causa frequente de internamento hospitalar.

Estudos epidemiológicos com base em rastreios ecográficos e dados de necrópsia, evidenciam que pelo menos 10 % da população tem cálculos biliares, aumentando a sua prevalência com a idade ¹. A litíase é 2 a 3 vezes mais comum na mulher do que no homem, verificando-se taxas de prevalência de 25-30% em mulheres com idade superior a 50 anos ¹.

Na população ocidental a formação de cálculos biliares ocorre geralmente devido à supersaturação em sais de colesterol dentro da vesícula biliar ², estando relacionada com a presença de factores de risco como: obesidade, alta ingestão calórica e alcoolismo ³, dislipidemia ⁴, diabetes mellitus tipo 2 ⁵, uso de fármacos estrogénicos e gravidez ⁶, perdas de peso muito rápidas ⁷, alimentação parenteral ⁸.

A clínica da litíase biliar sintomática inclui tipicamente dor do tipo cólica no hipocôndrio direito, com duração de 15 minutos a 1 hora ⁹. A presença simultânea de náuseas e vômitos associado a febre e leucocitose sugere a presença de colecistite aguda ¹⁰. A migração do cálculo da vesícula e posterior encravamento no colédoco, denominado coledocolítase, está na origem da maioria dos casos de colangite ¹¹, que se manifesta em 70% dos casos pela tríade de Charcot, com dor abdominal, febre e icterícia ¹²; pode também manifestar-se nas situações arrastadas por acolia e colúria ¹³. A coledocolítase é ainda responsável por 30-75% dos casos de pancreatite aguda ¹⁴. Como complicações menos frequentes da colelitíase temos a hidrósia, vesícula em porcelana, síndrome de Mirizzi, abscessos, fístulas e íleo biliar ¹³.

A ecografia abdominal constitui o método de maior acuidade para a colelitíase e colecistite (aguda e crónica) ¹⁵, não sendo em muitos casos necessárias outras provas. Por seu lado, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é exame gold standard na coledocolitíase, para além de ser um método terapêutico eficaz na sua resolução; quando não é possível franquear uma obstrução das vias biliares opta-se em alternativa pela colangiografia percutânea transhepática (CPT) ¹⁶. A tomografia computadorizada (TC) é quase tão sensível como a ecografia e revela-se como o melhor método na detecção de complicações, como abscesso, perfuração, pancreatite ¹⁷. A colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) é também um bom método não invasivo, tendo especial indicação em pessoas em que não se recomenda a CPRE, como idosos e pessoas com elevado risco cirúrgico ¹⁸. O estudo analítico pode ser útil na identificação de algumas complicações da litíase biliar, observando-se leucocitose, alteração do perfil das bilirrubinas na icterícia, aumento das transaminases (TGO e TGP) na lise hepática por refluxo biliar e elevação da fosfatase alcalina (FA) e gama glutamil transpeptidase (GGT) na colestase ¹⁹.

A nível terapêutico, recorre-se sobretudo à esfínterectomia endoscópica por aplicação da CPRE, muito eficaz na coledocolitíase, à qual se pode associar a litotricia extra-corporal ²⁰. A colecistectomia laparoscópica torna-se necessária na presença de colecistite, episódios prévios e casos de clínica exuberante, para evitar o aparecimento de complicações e recorrências, já que elimina a fonte dos cálculos ²¹. A terapêutica medicamentosa inclui sobretudo o controlo da sintomatologia, através do uso de AINEs, e terapia de dissolução oral pelo uso de Ácido Ursodesoxicólico (AUDC) ²². A antibioterapia está prevista para estados infecciosos, pacientes com idades superiores a 70 anos, e na maioria dos casos de pré e pós-operatório, recorrendo-se a Cefoxitina,

Piperacilina/Tazobactam, Ciprofloxacina, Imipenem. Está protocolado ainda em todos os casos no plano terapêutico a fluidoterapia e recurso a dieta hipolipídica ¹³.

OBJECTIVO

Este estudo retrospectivo tem como objectivo avaliar aspectos epidemiológicos, clínicos, doenças associadas, complicações, abordagem diagnóstica e terapêutica e sequelas da litíase biliar.

MÉTODOS

Análise retrospectiva de processos clínicos de 146 pacientes admitidos com o diagnóstico de litíase biliar no Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra no ano de 2007.

Nos processos clínicos foram analisadas informações referentes a factores de risco para litíase biliar, clínica predominante, abordagem diagnóstica e terapêutica, complicações, sequelas e tempo de internamento.

Todas as informações obtidas foram inseridas numa tabela de colheita de dados e os dados epidemiológicos analisados através do programa de software estatístico SPSS 17.0. A significância foi considerada para um valor de $P < 0,05$ usando o teste de Qui-quadrado e T de Student.

RESULTADOS

O estudo avaliou os processos clínicos de internamento por litíase biliar no Hospital da Universidade de Coimbra em 2007 de 146 doentes, sendo 67 homens (45,9%) e 79 mulheres (55,1%) e havendo um rácio mulheres/homens de 1,2:1. A faixa etária dos doentes teve como extremos de idade 18 e 95 anos, enquanto a média foi de 69,6 anos. A média de idades no sexo feminino foi de 67,9 anos e no sexo masculino de 70,9. Do total de doentes, 126 (86%) tinham idade igual ou superior a 50 anos, dos quais 57 homens e 69 mulheres.

O tempo de internamento hospitalar variou entre 2 e 140 dias, obtendo-se como tempo médio 13,5 dias. O tempo de internamento foi significativamente maior nos homens, com um tempo médio de 17,5 dias, enquanto nas mulheres foi de 10,0 dias. Também nos doentes com idade igual ou superior a 50 anos o tempo de internamento foi significativamente maior, com um tempo médio de 14,5 dias e uma mediana de 9 dias, enquanto nos restantes doentes foi de 7,5 dias.

Registaram-se 13 óbitos (mortalidade de 8,9%), 6 homens e 7 mulheres, dos quais 12 estavam relacionados com as seguintes etiologias: 5 casos de colangiocarcinoma, 1 caso de carcinoma da vesícula, 3 casos de colangite, 2 casos de pancreatite e 2 casos de ascite grave associada a insuficiência hepática.

Foram observadas doenças associadas, que contribuem como factores predisponentes de litíase biliar, em 66 doentes (44,2%), dos quais 23 (15,8%) com dislipidemia, 11 (7,5%) com obesidade, 31 (21,2%) com alcoolismo e 29 (19,9%) com Diabetes Mellitus do tipo 2. Nos factores predisponentes estudados para a litíase biliar, não foi encontrada diferença significativa entre os géneros, excepto no alcoolismo, estando presente em 24 homens e 7 mulheres, com um rácio homens/mulheres de 3,4:1.

Através dos registos clínicos apurou-se ainda que 14 doentes (9,6%) tinham sido previamente sujeitos a colecistectomia.

Os sintomas mais comuns e respectivas frequências estão descritos num gráfico de frequências na **Figura 1**. Um dos doentes era assintomático, tendo sido a litíase um achado acidental após realização de ecografia de rotina.

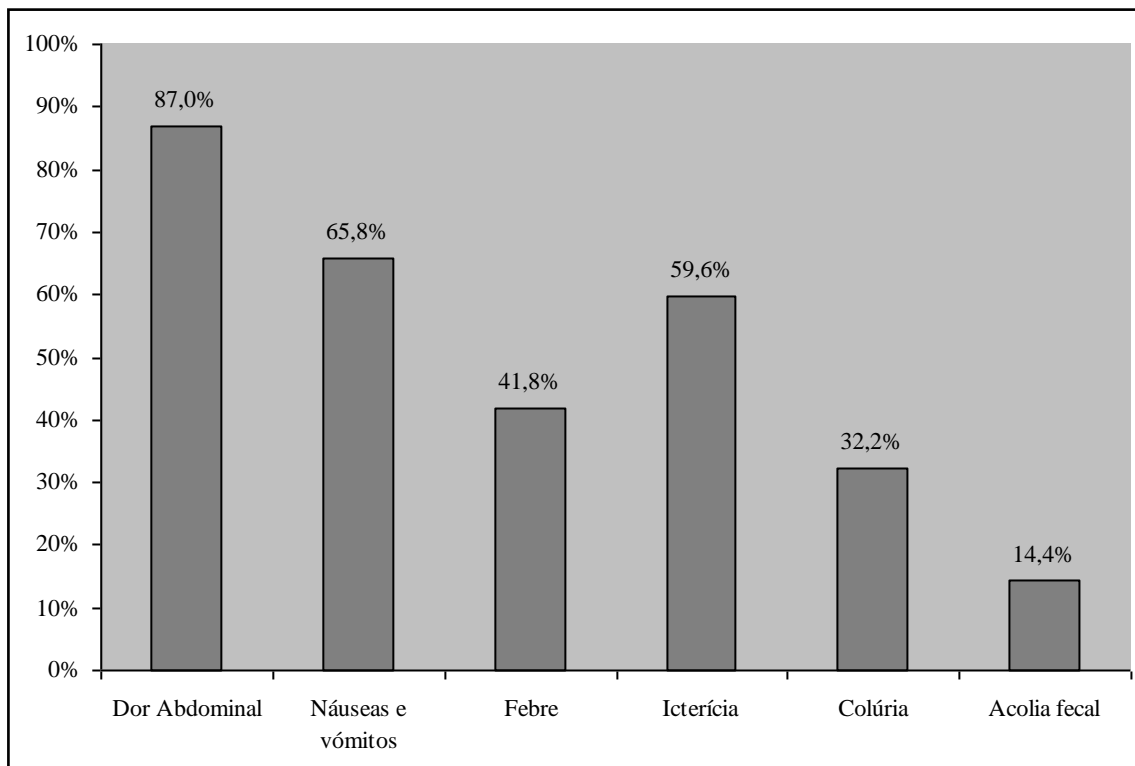


Figura 1 – Gráfico de frequências dos sintomas mais comuns na apresentação clínica

A dor abdominal como sintoma isolado estava presente em apenas 8 doentes (5,5%); no entanto apareceu associada a náuseas e vômitos em 88 doentes (60,27%), a febre em 54 doentes (36,99%) e a icterícia em 72 doentes (49,3%).

A acolia fecal apareceu sempre associada à colúria, que por sua vez se associou a icterícia em 42 doentes (28,7% do total e 89,4% dos doentes com colúria).

A associação tripla de sintomas mais frequente foi a de dor abdominal, icterícia e náuseas/vômitos, observando-se em 48 doentes (32,9%). Já a associação de dor abdominal, icterícia e febre foi observada em 34 doentes (23,3%).

Da população estudada, 114 doentes (78,1%) foram internados por complicações da litíase biliar. As complicações mais comuns e respectivas frequências estão descritas na **Figura 2**. Em outras complicações incluiu-se 3 doentes com abscesso e fístula, 2 deles com sépsis, 9 com colangiocarcinoma e 1 com carcinoma da vesícula.

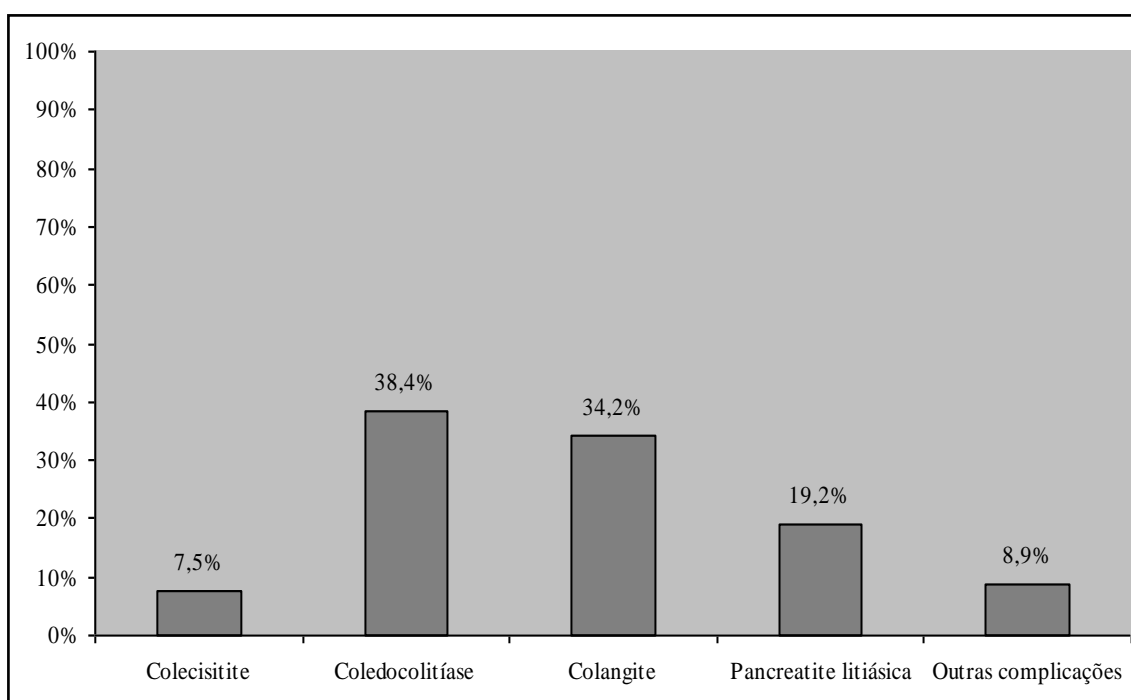


Figura 2 – Complicações mais comuns na história da doença

Em todos os doentes com colecistite estava presente cólica biliar, sinal de Murphy vesicular, febre e leucocitose. A totalidade dos doentes com coledocolitíase apresentava dor abdominal, associando-se a náuseas, vômitos e icterícia em 35 dos doentes (24,0% do total e 62,5% dos doentes com coledocolitíase). A tríade de sintomas dor abdominal, febre e icterícia na detecção de doentes com colangite teve uma

sensibilidade de 52,0%, uma especificidade de 91,7%, um valor predictivo positivo (VPP) de 76,5% e um valor predictivo negativo (VPN) de 78,6%.

A presença de acolia fecal associada a colúria na detecção de doentes com colangite teve uma sensibilidade de 36%, uma especificidade de 87,5%, um VPP de 60,0% e um VPN de 72,4%. Na pancreatite a dor abdominal esteve presente em todos os casos, e quando a associada a náuseas e vômitos a sensibilidade na sua detecção foi de 71,4%, a especificidade de 42,4%, o VPP de 22,7% e o VPN de 86,2%.

Foi possível determinar que a idade média dos doentes que apresentavam colangite era de 75,7 anos, sendo significativamente superior aos 66,3 anos daqueles que não tinham esta complicação. A presença de coledocolitíase nos doentes com colangite foi verificada em 24 doentes (48% dos doentes com colangite), não se demonstrando uma correlação significativa entre as duas. Nas restantes variáveis estudadas também não se encontraram outras correlações nem diferenças significativas dos valores médios ou entre os géneros.

Os valores médios dos exames analíticos, sua média de elevação e percentagem de doentes com valores acima dos de referência estão descritos na **Tabela I**.

Tabela I – Resultados obtidos dos exames analíticos

	Leucócitos	Fosfatase Alcalina (FA)	Gama GT (GGT)	TGO (AST)	TGP (ALT)	Bilirrubina directa	Bilirrubina total
Valor de referência	10000/ μ l	170 U/l	28 U/l (H) 18 U/l (M)	19 U/l	23 U/l	0,3 mg/dl	1,0 mg/dl
Valor médio obtido	11644/ μ l	440 U/l	748 U/l (H) 627 U/l (M)	325	372	3,6 mg/dl	6,3 mg/dl
Doentes com valores aumentados	85 (58,2%)	120 (82,2%)	146 (100%)	146 (100%)	146 (100%)	130 (89,0%)	126 (86,3%)
Média de elevação	1,2 vezes	2,6 vezes	26,7 vezes (H) 34,8 vezes (M)	17,1 vezes	16,2 vezes	12 vezes	6,3 vezes

H – Homens; M – Mulheres

Observou-se que o valor médio de leucócitos na colangite foi de 13220/ μ l, havendo leucocitose em 37 dos doentes (74,0% dos doentes com colangite), e na pancreatite litiásica de 14078/ μ l, havendo leucocitose em 20 dos doentes (71,4% dos doentes com pancreatite), que corresponde a um aumento significativo em relação aos que não tiveram estas complicações.

Observou-se neste estudo que a bilirrubina, FA e GGT sofreram um aumento na colestase, através da correlação com a presença de coledocolitíase, colangite e icterícia.

O valor médio das bilirrubinas sofreu um aumento significativo nas situações de coledocolitíase e colangite: em relação à coledocolitíase obteve-se uma sensibilidade de 91,1%, uma especificidade de 15,6%, um VPP de 40,2% e um VPN de 73,7%; em relação à colangite obteve-se uma sensibilidade de 94,0%, uma especificidade de 16,7%, um VPP de 37,0% e um VPN de 84,2%.

A elevação simultânea do valor médio das enzimas de colestase, FA e GGT, apresentou uma correlação positiva com a presença clínica de icterícia, obtendo-se uma sensibilidade de 92,0%, uma especificidade de 32,2%, um VPP de 33,3% e um VPN de 73,1%.

Por outro lado não se observou qualquer correlação da TGO e TGP com a coledocolitíase, colangite ou presença de icterícia.

Os restantes parâmetros analíticos também não sofreram alterações significativas quando comparando os valores médios para cada uma das apresentações clínicas assim como entre os géneros.

Os resultados obtidos pelos exames complementares de diagnóstico estão descritos na **Tabela II**.

Tabela II – Resultados obtidos pelos exames complementares de diagnóstico

	Ecografia	CPRE	CPRM	Tomografia computorizada
Doentes submetidos	146 (100%)	108 (74,9%)	21 (14,4%)	32 (21,9%)
Colelitíase	109 (74,7%)	-	15 (71,4%)	23 (71,9%)
Dilatação das vias biliar	104 (71,2%)	89 (82,4%)	13 (61,9%)	23 (71,9%)
Coledocolitíase	39 (26,7%)	52 (48,1%)	6 (28,6%)	6 (18,8%)
Litíase doutras porções das vias biliares	21 (14,4%)	44 (40,7)	8 (38,1%)	11 (34,4%)

Nota: As frequências em % das alterações encontradas por cada exame, têm como total o número de doentes submetidos ao respectivo exame.

Nos doentes em que a ecografia detectou cálculos na vesícula biliar, detectou também coledocolitíase em 34 doentes (31,2% dos doentes com colelitíase) e dilatação das vias biliares em 77 doentes (70,6% dos doentes com colelitíase). Nos casos em que revelou dilatação das vias biliares, detectou cálculos no colédoco e/ou noutra porção das vias biliares em apenas 48 casos (46,2% dos casos com dilatação biliar). Nos doentes com colangite a ecografia detectou coledocolitíase em apenas 21 doentes (42,0% dos doentes com colangite), mas encontrou dilatação das vias biliares em 41 doentes (82,0% dos doentes com colangite). Sempre que executados, a TC e a CPRM confirmaram a presença de colelitíase quando esta existia. O estudo das peças de colecistectomia, que são referência gold standard para confirmação colelitíase, também corroboraram em todos os casos os resultados da ecografia. Assim sendo, a ecografia teve neste estudo uma sensibilidade, especificidade, VPP e VPN de 100% na detecção da colelitíase. Já na detecção de coledocolitíase a sensibilidade da ecografia foi de apenas 69,6%, a especificidade e o VPP de 100%, e o VPN de 84,1%.

A CPRE por seu lado detectou 100% dos casos de coledocolitíase em que interveio, considerando-se por isso que teve uma sensibilidade especificidade, VPP e VPN de 100% neste estudo. Na CPRE não foi possível prosseguir com o exame em 14 dos doentes (13,0% das CPRE), recorrendo-se à CPT. A causa do obstáculo não franqueável por CPRE correspondia em 7 doentes a colangiocarcinoma, em 6 doentes a coledocolitíase, e em 1 doente a carcinoma invasivo da vesícula. Observou-se pancreatite pós-CPRE em 11 casos (10,2% dos doentes sujeitos), mas que ficaram resolvidos sem outros problemas ou sequelas.

Os procedimentos terapêuticos efectuados e respectiva frequência estão expostos na **Tabela III**:

Tabela III – Procedimentos terapêuticos efectuados

	Colecistectomia laparoscópica	CPRE	Litotricia (com CPRE)	AUDC
Doentes submetidos	19 (13,0%)	52 (35,6%)	7 (4,8%)	101 (69,2%)

A colecistectomia laparoscópica foi realizada somente em doentes com complicação da litíase biliar, 11 com colecistite, 5 com colangite e 5 com pancreatite, nunca tendo sido necessária conversão para cirurgia aberta. Com esta cirurgia não se registaram complicações pós-operatórias nem falecimentos. A média de idades dos doentes sujeitos colecistectomia foi de 53,6 anos, sendo significativamente inferior à daqueles que não foram sujeitos.

Houve necessidade de colocar uma prótese endobiliar em 20 doentes, todos eles com icterícia persistente, resultante de colangite em 14 dos casos. A causa para colocação da prótese correspondia em 7 doentes a colangiocarcinoma, em 12 doentes a coledocolitíase e em 1 doente a carcinoma invasivo da vesícula.

Os antibióticos foram utilizados em 120 doentes (82,2%), recorrendo-se a ciprofloxacina em 85 doentes (70,8% dos doentes sob antibioterapia), a piperacilina/tazobactam em 38 doentes (31,7% dos doentes sob antibioterapia) e a imepenem/ertapenem em 40 doentes (33,3% dos doentes sob antibioterapia).

Em 26 dos doentes (17,8%) foi instituída somente terapêutica medicamentosa, utilizando-se antibiótico em todos eles, ao qual se associou AUDC em 16 casos.

DISCUSSÃO

Os estudos epidemiológicos efectuados em Portugal por Simão (1992)¹, revelam uma prevalência no sexo feminino cerca de 2 a 3 mais superior à do homem. No presente estudo, apesar de se ter registado um maior número de internamentos no sexo feminino, não houve uma diferença significativa com o número de internamentos no sexo masculino; mas sendo uma série relativa a um ano de internamento é natural que esteja sujeita a várias viéses que vão influenciar as estatísticas. Os mesmos estudos referem também maior prevalência de internamentos nos doentes com idade igual ou superior a 50 anos, o que é corroborado pelos resultados do presente estudo; essa tendência está também associada ao facto de que as complicações da litíase, como a colangite, aumentam a sua prevalência com a idade, como se demonstrou nos resultados, correspondendo a situações que não podem ser tratadas em ambulatório e necessitam efectivamente de internamento.

Neste estudo não foi possível avaliar alguns factores de risco importantes para o desenvolvimento de litíase biliar, como factores dietéticos, uso de anti-contraceptivos orais, número de gestações nas pacientes femininas, devido à escassez de alguns dados

nos processos clínicos. O número de doentes com obesidade encontrados no presente estudo é bastante baixo, mas justificável pois sendo retrospectivo, baseia-se apenas nos dados dos processos clínicos onde este dado muitas vezes não é incluído; este problema só seria contornável se sujeitássemos todos os pacientes a uma avaliação antropométrica para determinar o IMC. Em relação à dor abdominal, também não foi possível avaliar o seu tipo nem a sua localização específica e duração, pois essa informação não se encontrava em muitos dos processos clínicos dos doentes, pelo que se decidiu não incluir essas características neste estudo. De igual modo também não foi possível avaliar a presença de enfartamento pós-prandial ou associação com anterior refeição rica em gorduras.

Apesar das referências na literatura de que a colecistite aguda é das complicações mais frequentes na litíase biliar ¹⁰, neste estudo apenas se registaram 11 casos (7,5%), sendo a sua frequência largamente ultrapassada pela colangite e pancreatite litiásica. Este valor é compreensível tendo em conta que a Gastrenterologia é serviço de internamento médico, enquanto a colecistite é uma urgência cirúrgica e portanto a maioria desses doentes é referenciada para o serviço de cirurgia, não contando para as estatísticas deste estudo retrospectivo.

De acordo com Sleisenger and Fordtran (1993) ¹¹ a coledocolitíase está presente em 15% dos doentes com colelitíase, mas neste estudo foi obtido um valor significativamente maior de 32%. As razões para este valor tão elevado remetem-nos de novo para a questão da referenciação dos doentes, que volta a funcionar como um viés, na medida em que proporcionalmente vão aparecer mais doentes no serviço de Gastrenterologia com esta complicação do que o esperado na população em geral.

Relativamente à clínica da colangite, Boey (1980) ¹² refere a presença da tríade dor, icterícia e febre em 70% dos casos, enquanto neste estudo se observou em apenas 52% dos doentes.

De acordo Sleisenger and Fordtran (1993) ¹¹ ocorre presença de coledocolitíase em 80 a 90% dos casos de colangite, enquanto o valor obtido neste estudo foi de apenas 48%. Esta correlação tão baixa entre a colangite e a coledocolitíase pode ser explicada pela falta de sensibilidade da ecografia na detecção de coledocolitíase associado ao facto de em vários doentes não ter sido confirmada pela CPRE ou CPRM, ficando alguns casos por diagnosticar. No entanto, tendo em conta que se existe dilatação das vias biliares provavelmente haverá coledocolitíase, pode-se propor corrigir esse valor pelo número de casos obtidos de dilatação das vias biliares em doentes com colangite, que foi de 82%, aproximando-se assim dos valores da literatura. Uma outra questão que pode ser levantada, é que pode ter havido um sobre-diagnóstico dos casos de colangite, o que também explicaria a baixa correlação com a coledocolitíase e com a tríade de sintomas dor, febre e icterícia.

Os valores médios obtidos nos exames analíticos são muito similares aos descritos por Anciaux et al (1986) ²³ havendo grande concordância de forma genérica. Assim sendo, verificou-se que a bilirrubina, FA e GGT tiveram maior especificidade na detecção de colestase que a TGO e TGP. Por seu lado, o aumento da TGO e TGP não se relacionou com nenhuma forma clínica de apresentação específica da litíase biliar, e a sua média de aumento está de acordo com a elevação de 10 a 20 vezes na litíase biliar referida na literatura. O que facilmente se conclui destes valores e à luz da literatura referida, é que os exames analíticos, quando associados à clínica, têm uma sensibilidade de praticamente 100% na detecção da litíase biliar. No entanto são pouco específicos tanto para determinar especificamente uma complicação da litíase biliar como para

excluir o diagnóstico de outras doenças hepáticas e das vias biliares. Uma das razões para serem utilizados é também pelo seu VPN, ou seja, quando não aumentados a presença de litíase biliar é pouco provável.

No artigo publicado por Zeman (1991) ¹⁵ vem descrito que a ecografia tem uma sensibilidade de 90 a 95% e uma especificidade de 95% a 100% na detecção de colelitíase, sendo que no presente estudo ambos valores conseguiram atingir os 100%. Para a detecção de coledocolitíase, apesar de alguns estudos, como os de Lindsell (1990) ²⁴ reportarem uma sensibilidade de 80% a maioria aponta para os valores dos resultados de Einstein (1984) ²⁵, tendo obtido uma sensibilidade de 50%. O valor obtido no presente estudo foi de 69,6%, aproximando-se assim dos estudos com valores mais optimistas.

Em relação à CPRE, na detecção de coledocolitíase é referido por Matzen (1981) ¹⁶ uma sensibilidade de 89 a 98% e uma especificidade de 89 a 100%, tendo-se obtido no presente estudo um valor de 100% para ambas, o que se consideram resultados muito satisfatórios. De acordo com análises feitas à abordagem estratégica por Richter et al (1983) ²⁶, confirma-se que a decisão de utilizar a CPRE observada neste estudo está de acordo com as situações previstas, ou seja, foi efectuada em doentes com icterícia clínica sugestiva de colestase e quando se detectaram dilatações das vias biliares pela ecografia, sobretudo se não confirmada a presença de coledocolitíase. Essa análise também salientou a utilização da ecografia como primeiro método imagiológico na suspeição de clínica de litíase biliar, salvo algumas excepções; mais uma vez está de acordo com o observado no presente estudo, uma vez que a ecografia fez parte da estratégia diagnóstica inicial em todos os doentes. A morbidade e mortalidade associada a CPRE descritos por Bilbao (1976) ²⁷ é respectivamente de 3% e 0,2%, enquanto neste estudo se obteve um valor de 10,2% e 0%. No entanto, refira-se que esse

estudo e outros semelhantes utilizam somente casos seleccionados e sem complicações, enquanto os resultados do presente estudo dizem respeito a uma série clínica onde em muitos dos casos já existem complicações locais antes da exploração. De qualquer forma, tendo em conta o benefício da CPRE, continua mesmo assim a ser um risco aceitável, sobretudo tendo em conta a sua elevada acuidade e eficácia no uso terapêutico. Sendo este um estudo retrospectivo apenas referente aos internamentos durante o ano de 2007, não é possível avaliar a eficácia da esfincterotomia por CPRE e percentagem de recorrência, para se comparar os resultados com valores obtidos por Sivak (1989)²⁸, que referem um sucesso de 90%.

Para a colecistectomia laparoscópica, pode-se citar os resultados dum estudo português feito por Bicha Castelo et al (2002), que obteve uma taxa de morbilidade de 6,9% e taxa de conversão para colecistectomia aberta de 4,2%. E de acordo com Sleisenger and Fordtran (1993)¹¹ a mortalidade em várias grandes séries hospitalares oscilou entre 0 e 0,1%.

No presente estudo todos estes valores foram de 0%. Estes resultados são bastante positivos, considerando-se mesmo excelentes, e podem por um lado reflectir que existem uma qualidade óptima do serviço de cirurgia que efectuou as colecistectomias e do internamente durante o pré e pós-operatório. Mas há que ter algumas reservas em relação a este valor, pelo já disposto anteriormente, pois os casos apresentados não correspondem ao total de colecistectomias realizadas no ano de 2007 nos HUC, mas apenas dos doentes internados no serviço de Gastroenterologia, podendo o panorama geral ter uma face diferente.

No presente estudo foi referido que 14 (9,6%) dos doentes internados já tinham sido previamente sujeitos a colecistectomia laparoscópica. Esta recorrência do quadro litíásico é provocada por cálculos residuais nas vias biliares que escapam à

colangiografia pré ou peri-operatória e que entretanto migram para o colédoco e encravam, despoletando a clínica. Num estudo levado a cabo por Petelin (1992)³⁰, é reportado como através da coledoscopia laparoscópica simultânea com a colecistectomia se pode ter uma eficácia de 95% na limpeza das vias biliares, mostrando pela evidência que este é o método mais eficaz na prevenção deste tipo de recorrência. No presente estudo não é possível saber a percentagem anual de doentes sujeitos a colecistectomia que sofreram posterior coledocolitíase, pois os casos aqui expostos, como já referido, não representam a totalidade de doentes colecistectomizados.

Freitas (2002)¹³, afirma que a história clínica e ecografia são suficientes para o diagnóstico da litíase biliar não complicada; no entanto, dos 32 doentes sem complicações deste estudo, apenas 7 (21,9% dos doentes sem complicações) não foram sujeitos a mais nenhum exame complementar, tendo-se recorrido a CPRM em 4 doentes, TC em 6 doentes e CPRE em 20 doentes. Tal facto não indica que na maioria dos casos o diagnóstico não tenha sido possível apenas pelo recurso à clínica e ecografia, mas muitas vezes é necessária uma investigação posterior para procura de complicações que a própria clínica ou o resultado da ecografia possam fazer suspeitar. Além desse facto, sendo muitos dos doentes idosos, que por esse facto são menos comunicativos, têm uma sintomatologia mais esbatida ou apresentam mesmo défices neurológicos, o médico terá de se apoiar mais no resultado dos exames complementares.

Registou-se o falecimento de 13 doentes, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 8,9%. Refira-se no entanto que apenas 5 destes casos se deveram a complicações directas da manifestação aguda da litíase biliar, 3 de colangite e 2 de pancreatite litíásica, o que nos conduz a um valor corrigido de 3,4% do total, 6% dos doentes com colangite e 7,1% dos doentes com pancreatite litiásica. Comparativamente, num ensaio clínico feito pela Medical Research Council Multicentre (1977)³¹, foi

determinada uma taxa de mortalidade por pancreatite litiásica de 12%; e num estudo feito por Leese et al (1986) ³² observou-se uma taxa de mortalidade por colangite inferior a 10%. Apesar dos resultados obtidos para a mortalidade serem inferiores aos destes estudos, mesmo assim demonstra-se que, sobretudo quando já existem complicações graves, a litíase biliar ainda é responsável por mortalidade significativa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a litíase biliar originou internamentos mais frequentemente no sexo feminino e, em média, na sétima década de vida. Foram detectadas complicações da litíase em 78,1% dos casos, mais frequentemente por coledocolitíase associada a colangite. A sensibilidade da triade sintomática clássica da colangite foi de apenas 52%, tendo-se detectado cálculos em apenas metade destes doentes. É clara a menor acuidade diagnóstica da ecografia na coledocolitíase relativamente à colelitíase. Salienta-se a existência de uma taxa de mortalidade de 3,4% em relação com complicações, designadamente pancreatite aguda.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente ao meu orientador, o Prof. Dr. Pedro Narra Figueiredo, Gastrenterologista dos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo auxílio prestado.

REFERÊNCIAS

- ¹ Simão A, Santos R, Silva J et al (1992) Litíase biliar: estudo epidemiológico. *Revista Gastroenterologia*; IX:61-67.
- ² Cooper AD (1991) Pathogenesis and therapy of gallstone disease. *Gastroenterol. Clin. North Am.* 20:1.
- ³ Scragg RKR, McMichael AJ and Baghurst, PA (1984) Diet, alcohol, and relative weight in gallstone disease: a case-control study. *Br. Med. J.* 288; 1113.
- ⁴ Scragg RKR, Calvert GD and Oliver JR (1984) Plasma lipids and insulin gallstone disease: a case-control study. *Br. Med. J.* 289; 521.
- ⁵ Haffner SM, Diehl AK, Mitchell BD et al (1990) Increase prevalence of clinical gallbladder disease in subjects with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Am. J. Epidemiol.* 132:327.
- ⁶ Scragg RKR et al (1984) Oral contraceptive, pregnancy and endogenous oestrogen in gallstone disease: a case control study. *Br. Med. J.* 288; 1795-1799.
- ⁷ Liddle RA, Goldstein RB and Saxton J (1989) Gallstone formation during weight-reduction dieting. *Arch. Intern. Med.* 149:1750.
- ⁸ Roslyn JJ, Pitt HA, Mann LL et al (1983) Gallbladder disease in patients with long-term parenteral nutrition. *Gastroenterology* 84:148.
- ⁹ Diehl AK, Sugarek NJ, and Todd KH (1990) Clinical evaluation for gallstone disease: Usefulness of symptoms and signs in diagnosis. *Am. J. Med.* 89:29.
- ¹⁰ Raine PAM and Gunn AA (1975) Acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 62:697.
- ¹¹ Sleisenger and Fordtran (1993) *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management.* Volume 2; 5th edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- ¹² Boey, JH and Way LW (1980) Acute cholangitis. *Ann. Surg.* 191:264.

- ¹³ Freitas D (2002) Doenças do aparelho digestivo; AstraZeneca; Coimbra; 687-700.
- ¹⁴ Raraty MGT, Pope IM, Finch M et al (1997) Choledocholithiasis and gallstone pancreatitis. *Bailliere's Clin. Gastroenterol.* 1(4):663-680.
- ¹⁵ Zeman R and Garra BS (1991) Gallbladder imaging. State of the art. *Gastroenterol. Clin. North Am.* 20:127.
- ¹⁶ Matzen P et al (1981) Accuracy of cholangiography by endoscopic or transhepatic route: A prospective study. *Gastroenterology* 81:237.
- ¹⁷ Baron RL (1987) Common bile duct stones: Rassessment of criteria for CT diagnosis. *Radiology* 162:419.
- ¹⁸ Thomas MJ, Pellegrini CA, Way LW (1982) Usefulness of diagnostic tests for biliary obstruction. *Am J Surg.* 144:102-108.
- ¹⁹ Anciaux ML et al (1986) Prospective study of clinical and biochemical features of symptomatic choledocholithiasis. *Dig. Dis. Sci.* 31:449.
- ²⁰ Chung SCS et al (1991) Mechanical lithotripsy of large common bile duct stones using a basket. *Br. Med. J.* 297:470.
- ²¹ Stroker M (1995) Common bile duct exploration in the era of laparoscopic surgery. *Arch. Surg.* 130:265-268.
- ²² Salen G (1989) Clinical perspective on the treatment of gallstones with ursodeoxycholic acid. *J. Cli. Gastroenterol.* 2:1297.
- ²³ Anciaux ML et al (1986) Prospective study of clinical and biochemical features of symptomatic choledocholithiasis. *Dig. Dis. Sci.* 31:449.
- ²⁴ Lindsell DRM (1990) Ultrasound imaging of pancreas and biliary tract. *Lancet* 335:390.
- ²⁵ Einstein DM et al (1984) The insensitivity of sonography in the detection of choledocholithiasis. *AJR* 142:725.

- ²⁶ Richter JM, Silverstein MD and Schapiro R (1983) Suspected obstructive jaundice: A decision analysis of diagnostic strategies. *Ann. Intern. Med.* 99:46.
- ²⁷ Bilbao MK et al (1976) Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastroenterology.* 70:314.
- ²⁸ Sivak MV (1989) Endoscopic management of bile duct stones. *Am. J. Surg.* 158:228.
- ²⁹ Bicha Castelo et al (2002) Colectomia Laparoscópica, Experiência Portuguesa *Arquivos Portugueses de Cirurgia. Arquivos Portugueses de Cirurgia. Volume 9, nº 1.*
- ³⁰ Petelin JB (1992) Laparoscopic common bile duct exploration. *Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. Washignton, D. C.*
- ³¹ Medical Research Council Multicentre (1977) Trial of glucagon and aprotinin. Death from acute pancreatitis. *Lancet* 2:632
- ³² Lesse T et al (1986) Management of acute cholangitis and the impact of endoscopic sphincterotomy. *Br. J. Surg.* 73:988.