Colangite aguda no idoso

Ismael Maguilnik

INTRODUÇÃO

No ano de 1877, o dr. Charcot, professor de anatomia patológica e neurologia na França, descreveu classicamente a “*maladies du foi et des voie biliarre*”, bem como a entidade de febre intermitente hepática com a famosa tríade de icterícia, dor no quadrante direito e febre, que foi denominada colangite ascendente. Os cirurgiões Reynolds e Dargan, dos Estados Unidos, em 1959, reportaram a associação de hipotensão arterial e confusão mental (pêntade de Reynolds) que caracteriza a forma grave denominada colangite supurativa.

Esses cirurgiões também quebraram o dogma difundido por Cutler e Zollinger de que cirurgia precoce não estava definida com segurança nessa patologia.

Os drs. Reynolds e Dargan reportaram pacientes que foram submetidos a cirurgias descompressivas na via biliar e com melhora rápida do seu quadro clínico. Suas descrições deram início aos novos conhecimentos para diminuir a mortalidade de quase 100% nos pacientes com colangite supurativa.

Os estudos sugerem que a estase e o aumento da pressão da via biliar acima de 20 mmHg trariam o refluxo de bactérias para o sistema venoso, causando a doença sistêmica grave. Inicia-se o tratamento desses pacientes com antibióticos, associando com a descompressão da via biliar.

Schneider et al.¹ publicaram no BMC Gastroenterology, em 2016, a importância do fator idade na mortalidade dos pacientes acometidos por essa situação clínica (Tabela 1).

Tabela 1 Incidência de mortalidade/idade dos pacientes

Idade	Incidência
Idade < 65 anos	3,5%
Idade > 65 anos	4%
Idade > 75 anos	4,3%

ETIOLOGIA

A causa mais comum de colangite é a coledocolitíase. Outras causas são:

- Coledocolitíase.
- Estenoses benignas e malignas.
- Câncer pancreático.
- Adenomas e cânceres ampulares.
- Obstrução de *stents* colocados na via biliar.
- Parasitoses na via biliar.
- Síndrome da imunodeficiência adquirida.
- Colangiopatias.

FISIOPATOLOGIA

A obstrução biliar é o fator mais importante na patogênese da colangite. Quando há fluxo biliar, a presença de bactérias na via biliar não é significativa, uma vez que tais bactérias são eliminadas para o duodeno e, portanto, não aumentam em número.

O sal biliar, o IgA secretado e o muco produzido são fatores antiaderentes, bem como as células de Kupffer, o epitélio biliar e as *tight junction* entre colangiócitos, que previnem a translocação bacteriana para o sistema portal. O esfíncter de Oddi previne o refluxo duodenal para a árvore biliar.

Com o aumento da pressão excedendo 20 a 25 cmH₂O, ocorre o refluxo colangiovenoso e colangiolinfático, podendo levar a bacteriemia e endotoxemia.

As bactérias mais encontradas na colangite aguda são:

- *Escherichia coli*.
- *Klebsiella*.
- *Enterococcus*.
- *Enterobacter*.
- *Bacteroidis fragilis*.
- *Clostridium perfringens*.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A tríada de Charcot tem baixa sensibilidade (26,4%), mas boa especificidade, chegando a 95,9% dos casos. A baixa sensibilidade ocorre principalmente em pacientes idosos, nos quais a manifestação febril nem sempre está presente.

Em 2012, no novo Consenso de Tóquio, além dos achados clínicos de taquicardia, hipotensão, icterícia, dor abdominal e alteração do estado mental, foram estabelecidos os seguintes critérios diagnósticos (Tabela 2).

Tabela 2 Critérios diagnósticos do Consenso de Tóquio

Inflamação sistêmica	Febre > 38 °C e/ou calafrios
Dados laboratoriais	Leucócitos < 4.000 ou > 10.000 cels/mL
	Proteína C-reativa > 1 mg/dL
	Bilirrubinas > 2 mg/dL
	Fosfatase alcalina > 1,5 vez o limite normal
	Gamaglutamil-transpetidase > 1,5 vez o limite normal
Dados de imagem	Dilatação da via biliar
	Dados etiológicos (cálculo, estenose, <i>stent</i> etc.)

CLASSIFICAÇÃO

A maioria dos estudos aponta o Consenso de Tóquio de 2013 como marco para as definições da gravidade dos pacientes com colangite aguda. Segundo tal Consenso, a gravidade da colangite aguda é baseada em dois fatores:

1. Resposta ao tratamento clínico inicial.
2. Disfunção orgânica. Com base nessas situações, há três graduações:
 - Grau I – colangite aguda leve: paciente sem disfunção orgânica e sem critérios para o grau II.
 - Grau II – colangite aguda moderada: sem disfunção orgânica e sem resposta ao uso de antibiótico, além de duas das seguintes condições:
 - Leucocitose > 12.000 cels/mL ou leucopenia < 4.000 cels/mL.
 - Temperatura > 39 °C.
 - Idade > 75 anos
 - Bilirrubina total > 5 mg/dL.
 - Albumina < 0,7 vez o limite inferior da normalidade.
 - Grau III – colangite aguda grave: paciente não responde ao tratamento inicial e tem pelo menos 1 das seguintes disfunções orgânicas:

- Hipotensão necessitando de drogas vasoativas.
- Distúrbios da consciência.
- Insuficiência respiratória.
- Insuficiência renal.
- Alterações hematológicas com INR > 1,5 vez e plaquetas < 1.000.000 cels/mL.

CONDUTA

A conduta recomendada nessa situação clínica é com reposição volêmica e antibioticoterapia, levando-se em consideração as condições clínicas do paciente, como idade, funções renal e hepática, alergias, infecção extra ou intra-hospitalar.

O tratamento inicial empírico com antibióticos deve atingir tanto germes Gram-negativos quanto germes anaeróbicos. As seguintes drogas são recomendadas como opção para o tratamento inicial: piperacilina-tazobactam, ticarcilina-clavulanato, ceftriaxona mais metronidazol e ampicilina-sulbactam. Após o tratamento inicial, os antibióticos devem ser ajustados com base na hemocultura, que pode ser positiva em até 71% dos casos.

Essa abordagem perdurou até a década de 1970. Com o advento da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), o tratamento endoscópico passou a ser uma alternativa no tratamento da colangite aguda. Na década de 1980, as primeiras séries de pacientes submetidos à endoscopia terapêutica no Reino Unido foram publicadas pelo grupo de Neoptolenos. Dos 71 pacientes com coledocolitíase e colangite, 28 pacientes foram submetidos à cirurgia de emergência e 43 foram submetidos à CPRE. A mortalidade em 30 dias foi de 21,4% no grupo cirúrgico e 4,7% no grupo CPRE.

Lai et al., em Hong Kong em 1992, publicaram uma pesquisa randomizada com 82 pacientes com colangite grave tratados cirurgicamente ou endoscopicamente, 2 horas após serem randomizados. Os resultados demonstraram uma morbidade de 66% contra 34% em favor da CPRE, e a mortalidade de 32% contra 10% a favor da CPRE.

Schneider et al.¹ propõe, para o tratamento da colangite aguda, a abordagem descrita na Tabela 3, com base no risco de mortalidade.

Tabela 3 Tratamento da colangite aguda¹

Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
Grupo I de Tóquio	Grupo II de Tóquio	Grupo III de Tóquio
Antibioticoterapia	Antibioticoterapia	Antibioticoterapia
Drenagem biliar assim que possível	Drenagem biliar nas primeiras 24 h	Drenagem biliar urgente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A colangite aguda é um quadro clínico grave que acomete todas as faixas etárias de pacientes, mas tem uma evolução mais grave em pacientes idosos e naqueles que possuem outras comorbidades agravantes. Necessita ser tratada vigorosamente com suporte clínico, uso de antibióticos e drenagem da via biliar comprometida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schneider J, Hapfelmeier A, Thöres S, Obermeier A, Schulz C, Pörringer D, et al. Mortality risk for acute cholangitis: a risk prediction model for in-hospital mortality in patients with acute cholangitis. *BMC Gastroenterology*. 2016;16:15.
2. Ahmed M. Acute cholangitis – an update. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2018;9:1-7.
3. Tan M, Schaffalitzky de Muckadell OB, Laursen SB. Association between early ERCP and mortality in patients with acute cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 2018;87(1):185-92.
4. Xu M. Early ERCP for severe cholangitis? Of course! *Gastrointest Endosc*. 2018;87:193-5.