

# COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA. TERAPÊUTICA ALTERNATIVA PARA A COLECISTITE AGUDA ENFISEMATOSA.

I. TÁVORA, P.ÁLVARES, A. TAVARES, L. VITOR, A. FERNANDES, J. GAMA AFONSO  
Serviço de Radiologia do Hospital de Santa Maria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

## RESUMO

A propósito de um caso clínico de colecistite aguda enfisematosa tratada por colecistostomia percutânea orientada por ecografia, os autores descrevem a técnica desta terapêutica alternativa, destacando as suas indicações, limitações e potenciais complicações.

## SUMMARY

### Percutaneous cholecystostomy. Alternative treatment for emphysematous cholecystitis

The authors report a clinical case of acute emphysematous cholecystitis treated with ultrasound, guided percutaneous cholecystostomy, and emphasise this procedure as an alternative treatment discussing its indications, limitations and complications.

## INTRODUÇÃO

Artigos recentes têm documentado a utilização da colecistostomia percutânea (C.P.) como terapêutica alternativa para as doenças inflamatórias agudas da vesícula biliar, nomeadamente as colecistites agudas (C.A.) alitiásicas e enfisematosas (sem necrose da parede), o empiema vesicular<sup>1-3</sup> e ainda os doentes com sépsis de causa desconhecida, refractária às terapêuticas antibióticas habituais e nos quais a única anomalia encontrada no exame objectivo é dor e defesa no hipocôndrio direito e distensão vesicular, habitualmente demonstrada por ecografia (ECO)<sup>4</sup>.

Existem ainda referências da realização de C.P. em C.A. litiásicas e enfisematosas (com necrose da parede) em doentes com grande risco cirúrgico e como terapêutica paliativa até se conseguirem melhores condições clínicas para a colecistectomia (CT)<sup>5</sup>.

Os autores apresentam um caso de C.A. enfisematosa num doente com patologia coronária não esclarecida, e portanto com risco cirúrgico acrescido, cuja terapêutica escolhida foi a de C.P. orientada por ECO.

## CASO CLÍNICO

C.A.R., homem de 55 anos, foi admitido no serviço de urgência do Hospital de Santa Maria, por dor précordial

intensa sem irradiação, com cerca de trinta minutos de duração, acompanhada de náuseas e vômitos, a qual não cedeu à terapêutica com nitratos sub-sublinguais. Referia *hipertensão arterial* não medicada.

À observação estava apirético e apresentava dor à palpação profunda no epigastro sem reacção peritoneal.

Laboratorialmente verificaram-se as seguintes anomalias: CK total de 96U/L; GGT de 173 U/L; leucocitose de 11600/mm<sup>3</sup> com 71% de neutrófilos. Os restantes parâmetros eram normais.

O electrocardiograma revelava *fibrilhação auricular*. O ecocardiograma demonstrou *pequeno derrame pericárdico*.

Fez terapêutica com amiodarona sob a forma de perfusão, tendo-se a fibrilhação ventricular convertido em taquicardia sinusal.

Foi internado na UTIC, com a hipótese de diagnóstico de *angina instável*.

No terceiro dia de internamento iniciou dor no hipocôndrio direito e na região epigástrica, acompanhada de febre (38° C); no exame objectivo evidenciava-se um empastamento com reacção de defesa na palpação do hipocôndrio direito.

Realizou-se uma ECO abdominal que revelou *vesícula biliar muito distendida, dolorosa à passagem da sonda, sem litiase e com a parede muito hiperecogénea* o que poderia corresponder à existência de ar na própria parede

(fig. 1). Como complemento, foi realizado um RX simples do abdómen que confirmou a presença de ar na parede vesicular (fig. 2), tendo-se colocado o diagnóstico de C.A. enfisematosa.

Devido à urgência de terapêutica neste tipo de patologia e à circunstância de a situação cardíaca do doente não estar completamente esclarecida, por decisão conjunta do cardiologista do cirurgião e do imagiologista, optou-se pela realização de uma C.P. orientada por ECO.

O exame foi realizado à cabeceira do doente na própria unidade de cuidados intensivos.

Após localização da vesícula por ECO e utilizando a via trans-hepática, introduziu-se um cateter tipo *vanSonnenberg*, calibre de 12 F, com a técnica de Trocar.

Foram imediatamente aspirados 80 cc de material hemático, bilioso e fétido cuja análise bacteriológica



Fig. 1 - O ECO abdominal. Vesícula biliar distendida com a parede muito hiperecogénea

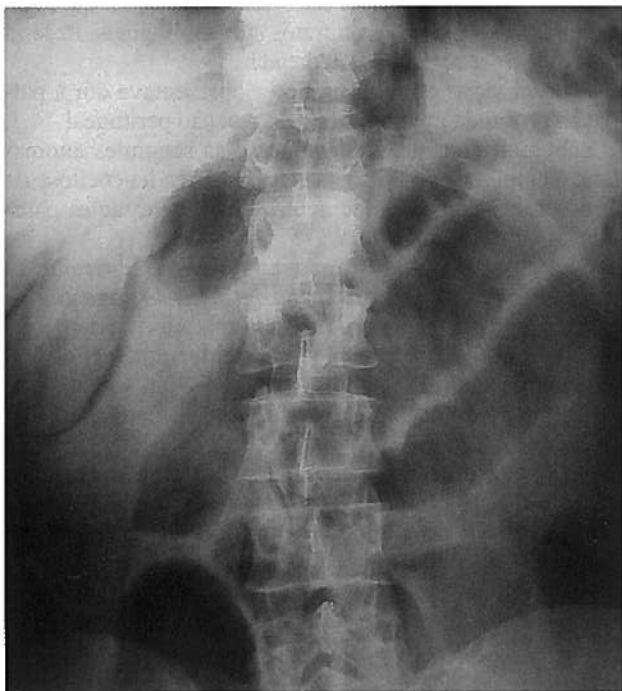


Fig. 2 - RX simples do abdómen. Vesícula com ar na parede.

revelou a presença de *Clostridium Perfringens*. Foi instituída terapêutica antibiótica apropriada.

Houve franca melhoria da situação clínica, tendo o doente ficado apirético e sem dor 24 h depois. Iniciou alimentação oral às 48 h.e, nessa altura, a palpação abdominal revelava um abdómen completamente livre. A duração da Drenagem Percutânea foi de aproximadamente oito dias. Antes de se retirar o cateter, foi realizada uma colecistocolangiografia com injeção directa da substância de contraste através daquele, tendo-se visualizado as vias biliares com calibre normal e sem qualquer obstáculo (fig. 3).

Trinta dias mais tarde, já com a situação clínica controlada, foi realizada colecistectomia electiva.



Fig. 3 - Colecistocolangiografia. Vesícula biliar e vias biliares opacificados pelo contraste injectado através do cateter com características morfológicas normais.

## DISCUSSÃO

A C.A. enfisematosa é uma situação infecciosa vesicular particularmente grave, mais frequente em doentes diabéticos, e associada igualmente a estados debilitantes múltiplos, como por exemplo situações de sépsis, traumatismos, queimaduras extensas e ainda patologias com falências multisistémicas.

Caracteriza-se imagiológicamente pela existência de ar na parede e no interior da vesícula<sup>3</sup>, sendo o primeiro aspecto mais específico visto que a presença de ar no interior poder estar relacionada unicamente com a existência de uma fistula bilio-digestiva.

Obriga a uma terapêutica urgente de descompressão vesicular. Como alternativas apresentam-se a C.T., a colecistostomia cirúrgica (C.C.) e a C.P. Em relação à C.T. está provado que a morbidade e mortalidade são muito superiores às da C.C., razão pela qual esta técnica é habitualmente utilizada muito embora também possam verificar-se eventuais complicações, sobretudo em doentes com risco cirúrgico e anestésico<sup>6</sup>.

A C.P. surge como alternativa terapêutica nestas situações, quer com carácter definitivo (quando não existe litíase e necrose da parede), quer com carácter paliativo (quando está indicada posteriormente C.T. electiva), devido à simplicidade da técnica, à eficácia da descompressão vesicular e à baixa taxa de complicações<sup>6</sup>.

Tecnicamente consiste na colocação, sob anestesia local, de um cateter de drenagem – cujo calibre varia entre os 10 os 14 F – no interior da vesícula através de orientação por métodos de imagem, habitualmente a ECO, podendo esta técnica de intervenção ser realizada à cabeceira do doente. As vias de acesso são duas: a trans-hepática (através do fígado), a mais utilizada e segura<sup>5</sup>, e a trans-peritoneal (directamente através do peritoneu), potencialmente com mais riscos sendo frequente a passagem de bÍlis para a cavidade peritoneal com as decorrentes complicações. As técnicas de introdução do cateter podem ser a de Trocar, normalmente a preferida por ser mais inócua pois obriga a menos manipulações, e a de Seldinger. Raramente se tem que recorrer à administração de analgésicos.

As potenciais complicações têm a ver com a possibilidade de reacção vaso-vagal durante a introdução do cateter e a passagem de bÍlis para o peritoneu com a consequente peritonite biliar. Nas maiores séries de revisão realizadas até ao momento (231 doentes), a taxa de complicações foi de 8 %, incluindo reacção vaso-vagal e peritonite biliar, tendo-se registado apenas uma morte directamente relacionada com a técnica<sup>5,6,7</sup>.

No nosso caso tratava-se de um doente internado com situação cardíaca instável (diagnóstico de angina instável) que desenvolveu um quadro de abdómen agudo – C. A., comprovadamente enfisematosa através da ECO e do RX simples do abdómen –. Urgia uma terapêutica de descompressão vesicular pelo que, atendendo à situação de elevado risco cirúrgico, se resolveu realizar a C. P. à cabeceira do doente na unidade de cuidados intensivos e sob monitorização cardíaca, o que solucionou o problema imediato, tal como é descrito na literatura, tendo o doente sido posteriormente submetido a C.T. electiva trinta dias depois, já com estabilidade clínica.

Fica por esclarecer qual a relação existente (se existente...) entre a doença cardíaca e a doença vesicular visto que o doente não tinha litíase nem era diabético.

No nosso serviço foram realizadas, entre 1991 e 1993, cinco C.P. orientadas por ECO, três delas com fins terapêu-

ticos temporários (C.A. enfisematosas) e as duas restantes com fins paliativos (obstruções malignas das vias biliares). Em todas os casos registou-se uma melhoria significativa da situação clínica com desaparecimento da sintomatologia aguda. Não se registaram quaisquer complicações.

## CONCLUSÃO

A C.P. constitui uma terapêutica alternativa segura e eficaz da C.A. enfisematosa bem como de todas as situações de patologia inflamatória aguda da vesícula em doentes com elevado risco cirúrgico, verificando-se habitualmente o desaparecimento da sintomatologia do quadro de abdómen agudo e a normalização dos valores laboratoriais em 24 a 48 horas. A sua baixa taxa de morbidade e mortalidade colocam-na em posição preferencial relativamente à colecistostomia cirúrgica. Os seus efeitos terapêuticos são habitualmente temporários, permitindo uma estabilização da situação clínica para uma posterior C.T. electiva, podendo eventualmente ser definitivos nas situações de C.A. alitiasica ou enfisematosa sem necrose da parede.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao colega A. Bordalo e Sá (UTIC) e F. Rocha Pires (Patologia Cirúrgica) a colaboração prestada no fornecimento dos dados clínicos referentes aos internamentos naqueles serviços.

## BIBLIOGRAFIA

1. PEARCE DM, HAWKINS IF, VOGEL S: Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis in acute cholecystitis and common duct obstruction. *Radiology* 1984; 152: 365-367
2. LINDEMANN SR, TUNG G, SILVERMAN S, MUELLER P: Percutaneous cholecystostomy: a review. *Semin Intervent Radiol* 1988; 5:179-185
3. VINGAN H, WOHLGEMUTH SD, SUMNER B: Percutaneous cholecystostomy drainage for the treatment of acute emphysematous cholecystitis. *Radiology* 1990; 155: 1013-1014
4. LEE M, SAINI S, BRINK J, HAHN P, MORRISON M, RATTNER D, MUELLER P: Treatment of critically ill patients with sepsis of unknown cause: value of percutaneous cholecystostomy. *AJR* 1991;156: 1163-1166
5. TEPLICK S: Diagnostic and therapeutic interventional gallbladder procedures. *AJR* 1989; 152: 913-916
6. MCGAHAN JP, LINDFORS KK: Percutaneous cholecystostomy: an alternative to surgical cholecystostomy for acute cholecystitis?. *Radiology* 1989;173: 481-485
7. VANSONNENBERG E, WITTICH GR, CASOLA G: Diagnostic and therapeutic percutaneous gallbladder procedures. *Radiology* 1986; 160: 23-26