

ULTRASONOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DA COLESTASE

J. M. Carrilho Ribeiro

Serviço de Gastrenterologia do Hospital Militar de Lisboa. Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Maria Lisboa.

Vamos falar da contribuição de um novo método, não invasivo, a Ultrasonografia, para a resolução dos problemas que nos são postos pelo síndrome *colestase*, um dos temas mais apaixonantes, investigados e, felizmente, também dos mais conseguidos nos últimos 15 a 20 anos.

Permite a ultrasonografia:

- 1—O diagnóstico diferencial entre colestase intra e extra-hepática.
- 2—A determinação do *nível* ou *etiologia* da obstrução, em muitos casos de colestase extra-hepática. (Quadro 1).

Quadro 1

Contribuição da ecografia na colestase

Diagnóstico diferencial da colestase intra versus extra-hepática
Nível de obstrução
Etiologia

Os sinais ecotomográficos da colestase extra-hepática são a *dilatação do canal colédoco e/ou das vias biliares intra-hepáticas* e o *aumento de volume da vesícula*, se significativo (Quadro 2).

Quadro 2

Sinais ecográficos de colestase extra-hepática

Dilatação das vias biliares intra-hepáticas
Dilatação das vias biliares extra-hepáticas
Sinal de «Gunn» (espingarda de duplo cano)
Vesícula distendida

Na colestase intra-hepática nenhum destes sinais se observa. Quando existe dilatação das vias biliares intra-hepáticas torna-se evidente o chamado *sinal da espingarda de duplo cano* que revela objectivamente um calibre aproximado de um canal biliar e um

vaso portal, (Fig. 1) quando em condições normais os canais biliares não são visíveis. É este claro contraste ecográfico entre as duas situações de colestase intra e extra-hepática, que leva a que todos nós acompanhemos Taylor e tantos outros quando afirmam que a ultrasonografia é hoje o primeiro exame a efectuar num doente com colestase.

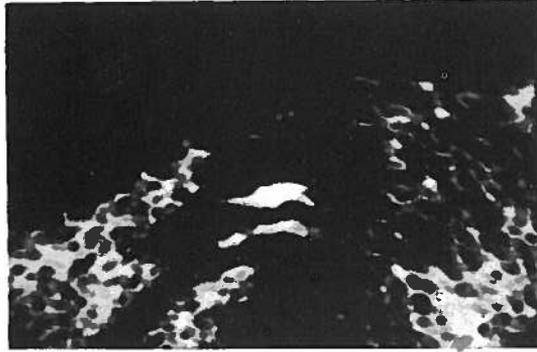


Fig. 1 — Sinal de espingarda de duplo cano (calibre semelhante do vaso portal e canalículo biliar dilatado).

Como podem ver nos diapositivos que vos mostramos (Figs. 2, 3 e 4) esse diagnóstico diferencial é fácil na grande maioria dos casos, e a objectividade e sensibilidade no diagnóstico entre colestase intra e extra-hepática, situa-se entre os 82% e 100%, nas estatísticas principais desde 1976 (Quadro 3). Se considerarmos apenas números publicados no último ano de 1979, eles reflectem realmente as percentagens de 93 a 97% que citou a colega Dr.^a Delia Sureda, há pouco. Os 100% são atingidos sobretudo quando o tempo de icterícia é já prolongado, mais de 3 a 4 semanas e a dilatação biliar é mais pronunciada.

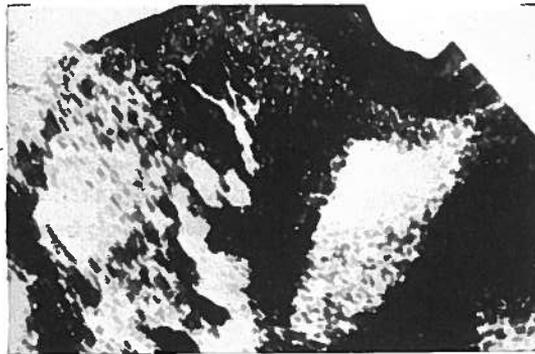


Fig. 2 — Colestase extra-hepática, vesícula distendida e vias biliares intra-hepáticas muito dilatadas.



Fig. 3 — Colestase extra-hepática com colelitíase e vias biliares intra-hepáticas dilatadas

Fig. 4 — Vesícula de Courvoisier e dilatação das vias biliares



Quadro 3

Acuidade da ecografia no diagnóstico diferencial da colestase US na detecção de vias biliares intra-hepáticas dilatadas

Autores	N.º de casos	%
Mitchell e col, 1976	—	82 %
Malini e Sabel, 1977	25	88 %
Taylor e Rosenfield, 1977	86	94 %
Neiman e Mintzer, 1977	18	88,8%
Goldstein e col, 1977	20	90 %
Bolondi e col, 1979	66	84,8%
Asai e Kitamura	40	100 %
Durante, 1979	—	90 %
Weill e col, 1979	50	92 %

Em casuística com *follow-up*, do nosso grupo (Carrilho Ribeiro, Armando Lacerda e Luisa Moreira — Clínica Médica — H.S.M. — Lisboa) os nossos resultados referem uma acuidade diagnóstica de 88% (Quadro 4), com a distribuição que vos mostro a seguir, descriminando a casuística (Quadro 5 e 6).

Quadro 4

Departamento de Ecografia — HSM — Lisboa
46 casos de icterícia colestática

25 casos de colestase extra-hepática
21 casos de colestase intra-hepática
Acuidade no diagnóstico diferencial; 88%

Quadro 5

Departamento de Ecografia — HSM — Lisboa
21 casos de colestase intra-hepática
Diagnóstico correcto de colestase intra-hepática: 100%

Hepatite viral	6	casos
Hepatite por drogas	2	»
Cirrose hepática	4	»
Fibrose portal	2	»
Linfoma	1	»
Metástases hepáticas	4	»
Dubin-Johnson	1	»
Litíase das vias biliares intra-hepáticas	1	»

Quadro 6

25 casos de colestase extra-hepática

DIAGNÓSTICO CORRECTO: 22 casos (88%)

Carcinoma do pâncreas	9	casos
Ampuloma	2	»
Tumores dos ductos biliares	3	»
Litíase coledócica	3	»
Pancreatite crónica	1	»
Pancreatite aguda + Litíase vesicular	1	»
Hidatidose do colédoco	1	»
Estenose de hepatojunostomia	1	»
Colecistite calculosa	1	»

FALSOS NEGATIVOS: 3 casos

Ampuloma	1	»
Litíase coledócica	2	»

Vejamos agora o que se passa com a precisão do método quando se pretende a sua objectividade no diagnóstico do *nível e etiologia* da obstrução.

Ouviram há pouco a Dr.^a Sureda falar numa percentagem média de resposta precisa àqueles quesitos, de 65%. A nós, pessoalmente, pese embora o nosso entusiasmo e interesse pelo método, quer-nos parecer que aquele número será ligeiramente optimista até pela dificuldade que há em sedimentar um valor médio a partir de várias estatísticas em que uns nem se preocupam mais com o nível e outros com a etiologia da obstrução o que nalguns casos pode falsear as percentagens.

Objectivamente podem ver-se nos quadros juntos (Quadros 7 e 8) aquilo que acabamos de afirmar e os nossos resultados na série já referida.

E para terminar, apenas algumas conclusões e um afforar de problemas que poderão ser melhor desenvolvidos e tratados na Mesa Redonda desta tarde.

Quadro 7

Ecografia: acuidade diagnóstica na colestase extra-hepática

Autores	N.º casos	Nível obstrução %	Etiologia %
Neiman e Mintzer, 1977	18	—	61,1%
Taylor e Rosenfield, 1979	250	50%	—
Bolondi e col, 1979	66	—	55 %
Weill e col, 1979	50	92%	61 %
Vallon, Lees, Cotton, 1979	52	—	51 %
Gold, Cassarela, Seaman, 1979	25	47%	37 %
Asai e Kitamura, 1979	40%	80%	—

Quadro 8

25 casos de colestase extra-hepática

Nível de obstrução	17	casos (68%)
Etiologia	12	» (44%)
Tumores do pâncreas	8	»
Litíase coledócica	1	»
Colecistite calculosa	1	»
Pancreatite crónica	1	»
Pancreatite aguda + litíase	1	»

É claro que hoje já ninguém discute, nem mesmo entre nós, o interesse da ecotomografia no estudo da colestase e em tantas outras situações clínicas abdominais ou não.

É um método *inócuo, sem nenhuma contraindicação*, sem uso de radiações ou contrastes, sem o problema das hiper-sensibilidades àqueles, não é caro em relação aos que lhe são comparáveis em resultados, não exige preparações incómodas para o doente, para além de um eventual jejum, é extremamente cómodo para o paciente e por isso facilmente repetitivo se necessário ou conveniente, e visualiza órgãos independentemente da sua normalidade funcional (Quadro 9).

Quadro 9

Vantagens da ecografia

Método inócuo.

Não necessita de preparação especial.

Não necessita de contrastes iodados.

Cómodo para o doente.

Exequível em todos os casos:

doentes com mau estado geral.

doentes com coagulopatias.

ictéricos.

grávidas.

alérgicos a contrastes iodados.

De fácil repetição se necessário.

Permite o estudo morfológico e tridimensional dos órgãos, determinando a natureza quística ou sólida da lesão com apreciável grau de acuidade.

Baixo custo.

Este último aspecto, a não ser um método de exploração funcional pode ser considerado uma pequena limitação, a par das que são como sabem, o gás intestinal, as estruturas ósseas e a obesidade. Como todos os métodos, exige boa especialização, com adequada colheita técnica de imagens e boa capacidade de interpretação das mesmas, sobretudo em *imagens complexas com artefactos*, como já aqui foi dito. Por esse facto somos a favor da *interpretação imediata* na maioria dos casos, com o doente à disposição o que permite esclarecer imensos problemas que muitas vezes só com as imagens registadas nos são postós (Quadro 10).

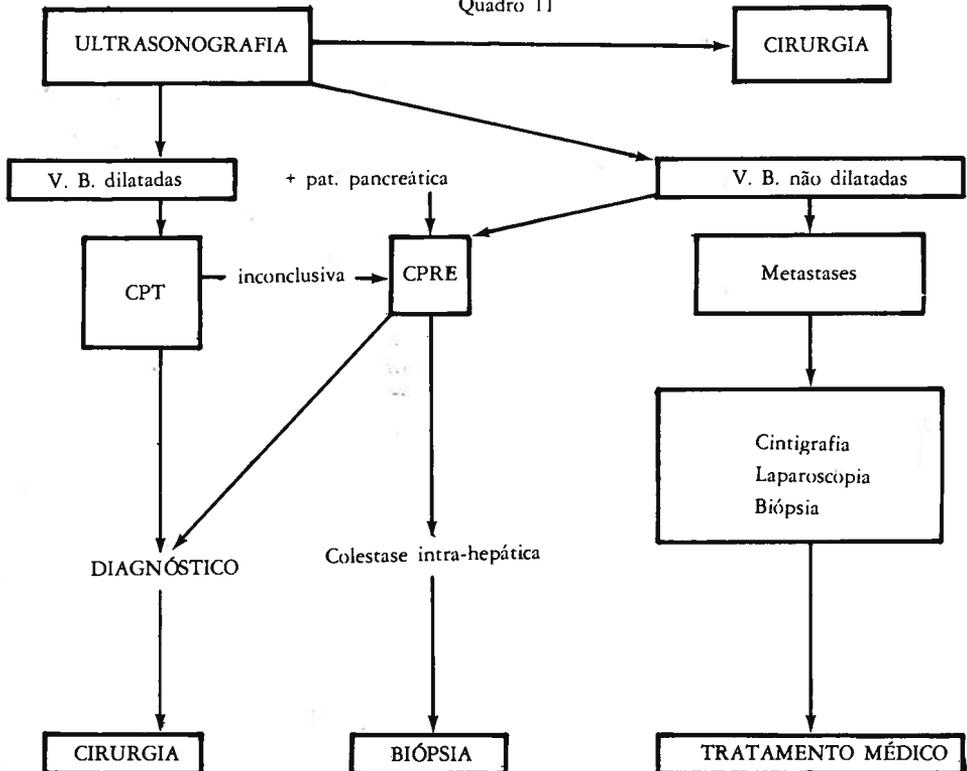
Quadro 10

Limitações da técnica

Obesidade. Gás intestinal.
 Cicatrizes cutâneas.
 Janelas ecográficas pequenas. Estruturas ósseas.
 Imagens complexas com artefactos.
 Especialização técnica (colheita de imagens; interpretação).

Devo ainda chamar a atenção para as vantagens do método no capítulo dos inúmeros dados que oferece no diagnóstico da patologia associada, como fígado metastático, cirrose hepática, esteatose, adenopatias biliares ou retroperitoneais, situações vasculares, lesões quísticas, colelitíase, etc.

Quadro 11



E uma última palavra para o lugar da ultrasonografia na hierarquia de exames no diagnóstico da colestase. Apenas um diapositivo (Quadro 11), em que sedimentamos as posições que últimamente temos visto enunciar quer em Reuniões na Europa ou América, quer na vasta bibliografia que actualmente se publica sobre o assunto e com a qual nos identificamos.

Mas será este diapositivo apenas um mote para o eventual tratamento deste problema na Mesa Redonda desta tarde!

Termino mostrando duas fotografias de pontes portuguesas que só vêm para amenizar e a propósito pela sua beleza; e como pontes, para vos dizer, simbolicamente, esperar que mais esta reunião Luso-Espanhola possa significar um lançamento para outras iniciativas de reuniões científicas entre portugueses e espanhóis, um maior contacto entre os gastroenterologistas dos dois Países, como há tempos pessoalmente defendemos.

BIBLIOGRAFIA

- TAYLOR KJW, RESENFELD AT, GRAAFF CS: Anatomy and pathology of the biliary tree as demonstrated by ultrasound. «Diagnostic Ultrasound in Gastrointestinal disease», Taylor KJW, 103-121, 1979.
- CARRILHO RIBEIRO JM, LACERDA A: A ultrasonografia das vias biliares. *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas* CLII: 9: 623-632, 1978.
- WEILL FS: Ultrasonography of digestive diseases. C. V. Mosby Company, 1978.
- GANDOLFI L, BOLONDI L, RESSI A: L'Ecotomografia delle vie biliari. Topics in digestive diseases. 2nd Symposium of Gastroenterology in Abruzzo 1976. Editrice Compositori — Bologna, 1978.
- ULRICH VW, TEELE RL. Hepatic arteries and the parallel-channel sign. *Journal of Clinical Ultrasound* 7: 2: 125-127, 1979.
- MITCHELL CJ, BERGER LA, JOHNSON PH: Grey-scale ultrasonography in the assesment of patients with suspected biliary obstruction *Gut* 17: 814, 1976.
- MALINI S, SABEL J: Ultrasonography in obstructive jaundice. *Radiology*, 123: 429, 1977.
- TAYLOR KJW, RESENFELD AT: Grey-scale ultrasonography in the differential diagnosis of jaundice. *Arch Surg* 112: 820, 1977.
- NEIMAN HL, MINTZER RA: Accuracy of biliary duct ultrasound. Comparison with colangeography. *Am J Roentgeneology* 129: 979, 1977.
- GOLDSTEIN I, BOLONDI L, GANDOLFI L, LABÊ G: Ultrasuoni in gastroenterologia. *Testo-Atlante*, 1979.
- BOLONDI L, GANDOLFI L, LABÊ G: Ultrasuoni in gastroenterologia. *Testo-Atlante*, 1979.
- ASAI H, KITAMURA, T: Ultrasonographic diagnosis of extra-hepatic obstructive jaundice. Abstract of the 2nd Meeting of WFUMB (4th World Congress on Ultrasonics in Medicine. *Miyazaki*, 1979).
- DURANTE E: The obstructive jaundice and the ecotomography. Abstract of de 2nd Meeting of the WFUMB (4th World Congress on Ultrasonics in Medicine, 1979).
- WEILL F, MARMIER A, PARENNEAU P, ZELTNER F, ROHMER P: Étude ultrasonore des ictères. Semiology. Resultats à propos de 199 cas. *J Radiol Elec* 59: 12: 159-668, 1979.
- WEILL F, MARMIER A, PARENNEAU P, ZELTNER F, CHARTON M-N: Diagnostic ultrasonore des ictères. 199 malades. *La Nouvelle Presse Medicale* 7: 41: 3729-3732, 1978.
- SAMPLE WF, SARTI DA, GOLDSTEIN LI: Grey scale ultrasonography of the jaundice patient. *Radiology* 128: 719-725, 1978.
- BOLONDI L, GANDOLFI L, ROSSI A, CALETTI GC, FONTANA G, LABÊ G: Ultrasound in the diagnosis of colestatic jaundice. *Am J Gastroent* 1979 (in press).
- GORELICK FS, SPIRO HM: The gastroenterologist's view of the indications and efficacy of ultrasound examination. In «Diagnostic ultrasound in gastrointestinal disease», Tavler KJW, 1979.
- ANTONI Y, KURODA A, MISHIMA Y: Ultrasonography in the clinical assesment of the obstructive jaundice. Abstract 2nd Meeting of the WFUMB (4th World Congress on Ultrasonics in Medicine, 1979).
- ZIMMEN DS, FALKENSTEIN DB, RICOBONO BA: Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography, analysis of 300 consecutive cases. *Gastroenterology* 69: 303-309, 1975.
- COTTON PB: Cannulation of the papilla of vater by ERCP. *Gut* 13: 1014, 1978.

Pedido de separatas: J. M. Carrilho Ribeiro
Serviço de Medicina I
Hospital de Santa Maria
Lisboa - Portugal