

COLECISTITE AGUDA (*)

DR. PIRAGIBE NOGUEIRA

A colecistite aguda é, na maioria dos casos, um processo inflamatório que se instala em uma vesícula biliar calculosa na qual o esvaziamento foi, parcial ou totalmente, prejudicado pelos calculos. O processo pode não se limitar á vesícula e se estender a toda a arvore biliar extra-hepática e mesmo intra-hepática, não sendo raro os calculos prejudicarem o esvaziamento biliar por tamponamento do coledoco e não da vesícula. Entre um tamponamento parcial e uma obstrução total ha uma serie de gradações, quer o fato se verifique na vesícula ou no coledoco.

O exemplo mais sugestivo é o da colecistite obstrutiva na qual ha um tamponamento do cólo da vesícula ou do canal cístico, ao qual se seguem alterações graves da parede vesicular decorrentes do aumento da pressão intra vesicular e desvitalização rapida das tunicas vesiculares profundamente lesadas na vascularização. A obstrução coledociana, que é geralmente parcial, traduz-se por um quadro clinico até certo ponto característico, embora a ictericia cutanea possa fazer falta.

O papel desenvolvido pela calculose, pela perturbação do esvaziamento e pela infecção, até agora não pode ser justamente avaliado. Parece todavia que os fatos tendem á atribuir á infecção uma ação secundaria, pelo menos em relação ao decurso da molestia; a infecção viria superajuntar-se ás lesões creadas pela perturbação do esvaziamento originada pelos calculos. Ainda não se pode saber si ha preponderancia dos desvios do metabolismo que originariam os calculos, do esvaziamento deficiente ou da infecção na colecistite aguda. No que diz respeito á infecção o que parece mais em acordo com os fatos é admitir-se que os germens provindos do intestino pela circulação porta, vão do figado á vesícula atravez da rêde linfática e da bile: a vesícula alterada não conseguiria defender-se bem desses germens; teriamos então uma infecção secundaria embora, pelo impulso que ela dá á molestia, possa tornar-se depois o fator mais nocivo.

A colecistite aguda de ordinario se instala bruscamente como se fosse uma colica biliar simples, onde somente um acrescimo subito

(*) Conferencia realizada no Departamento Cientifico do Centro Academico Oswaldo Cruz, em Setembro de 1938 na serie do thema "Conduta do medico pratico no abdomen agudo".

da pressão intravesicular ou intra coledociana se tivesse originado. O ritmo sub-contínuo ou contínuo da dor, a sua persistência, a temperatura que logo aparece e também o estado tóxico que logo influencia o pulso, definem a situação, uma vez que já estejam afastadas as entidades morbidas que podem, no andar superior do abdômen, provocar quadro semelhante. Impõe-se aqui, como em todos os setores da medicina, o diagnóstico diferencial. Como inicialmente é o sintoma dor, o mais eloquente vamos tomá-lo como base para o comentário. Antes de tudo vejamos as entidades morbidas chamadas "medicas" ou melhor aquelas que simulam uma doença aguda do abdômen. Neste grupo temos a pleurisia diafragmática e a pneumonia da base que um exame bem feito dos pulmões e uma palpação correta do abdômen conseguem, mesmo nos gordos, reconhecer. O mesmo se diga para a angina pectoris com quadro abdominal; porque nesta situação nunca a parede se comporta como se houvesse realmente um processo agudo intra abdominal e nem mesmo a tonicidade maior da metade superior do músculo grande reto direito vamos apreciar.

Dessas três situações uma só nos ocorreu. Tratava-se de uma pneumonia da base direita e o doente nos fora enviado com o diagnóstico de colecistite aguda. Somente depois de dois dias de observação apareceram os sinais pulmonares mas afastamos com o exame do abdômen a hipótese de colecistite, apesar da dor que se apresentava no quadrante superior direito e se irradiava à região lombar.

Sobrelevam-se entretanto pela sua feição cirúrgica na crise dolorosa do abdômen superior, a cólica pielo-nefritica, a apendicite em apêndice sub-hepático, a perfuração aguda das úlceras gastro-duodenais, a perfuração sub aguda dessas mesmas úlceras e a pancreatite.

A cólica pielo-nefritica é também de início brusco e nela pode faltar a irradiação para o flanco e fossa ilíaca. Mas, por violenta que seja a dor epigástrica ou do hipocondrio direito, há também queixa de dor lombar e a palpação verifica a região lombar sensível ou até muito dolorida ao passo que é possível palpar-se bem a loja sub-hepática. É difícil entretanto distinguir uma apendicite aguda, em apêndice de situação sub-hepática, de uma colecistite aguda. Servem de reparo o início da crise por mal estar e dor generalizada a todo o abdômen e só horas mais tarde limitada ao quadrante superior direito.

E também é de importância o bloqueio precoce da loja sub-hepática por rigidez e logo por defesa muscular, sendo que a palpação nada mais pode verificar do que sensibilidade exagerada. Tal seja a evolução de uma apendicite em ceco sub-hepático torna-se impossível o diagnóstico diferencial com a colecistite aguda; tem acontecido e acontecerá até melhoria da capacidade diagnóstica a confusão entre as duas entidades. E pode-se dizer que é uma felicidade para nós e para os doentes a raridade com que o ceco se acha em posição sub-hepática.

A perfuração de ulcera duodenal ou gastrica em peritoneo livre será distinguida pela intensidade da dôr. E' a dôr mais violenta que pode surgir no abdomen superior e o seu inicio já é paroxistico. Neste quadro o facies do doente demonstra um sofrimento tão profundo que a impressão que se tem é a da agonia.

A imobilidade do doente e tambem a imobilidade do abdomen durante os movimentos respiratorios chamam logo a atenção. A hiperestesia é a mais acentuada que se pôde observar e a defesa permanente da parede abdominal dá a impressão de que os musculos grandes retos e mesmo os musculos largos acham-se tetanizados.

Embora muito rara, a perfuração sub-aguda ocorre e neste caso a dor é menor e a defesa muscular é localizada ao abdomen superior, existindo ainda a imobilidade respiratoria do abdomen. A pancreatite inicia-se com grande desconforto abdominal localizado no epigastrio ao que logo se associam queimação violentissima e um estado ancioso e uma agitação permanente; a defesa da parede abdominal é igual nos dois quadrantes superiores.

Só vimos a pancreatite duas vezes e como complicação pos-operatoria de ulcera terebrante da capsula do pancreas e do ligamento hepato-duodenal. Fica subentendido que os quadros assinalados sofrem modificações com o decurso das horas; aqui estamos focalizando o aspecto inicial. Quando uma colecistite é vista no inicio ou dentro de poucas horas o fenomeno dôr domina o quadro mas a rigidez da metade superior do reto direito assim como a temperatura são elementos preciosos para o diagnostico diferencial vindo depois a anamnese. Passada a crise dolorosa, ou nos intervalos de seus paroxismos, a palpação pôde, em muitos casos, verificar um empastamento doloroso abaixo do bordo anterior do figado e junto ao musculo reto.

Uma vez estabelecido o diagnostico de colecistite, complicada ou não pelo quadro coledociano, qual a conduta aconselhavel?

Dificil responder de uma maneira absoluta. Ha os que nem consideram a hipotese de intervenção e fazem o tratamento medicamentoso, enfrentando sempre o perigo da toxicose violenta, do empiema e mesmo da gangrena e perfuração.

Outros colocam-se no extremo oposto e operam de urgencia tomando as precauções de fazer, momentos antes, um tratamento pré-operatorio tendente a corrigir os desvios que a colecistite calculeosa, em fase aguda, sempre acarreta.

Finalmente um terceiro grupo realiza o tratamento expectante e si ha peora progressiva opera, dentro de dois á quatro dias, fazendo antes um tratamento pré-operatorio cuidadoso. Enfrentariam estes a tão celebrada falta de relação entre a evolução local da colecistite e o estado geral. Mas o fato não é tão frequente como é assinalado por varios A.A. e o estudo diario do doente pode assenhorear-se bem da evolução local e indicar a intervenção a tempo de evitar a perfuração. Por outro lado si o estado geral vae sendo profunda e

progressivamente atingido, também guarda toda indicação a operação precoce. O quadro sanguíneo presta serviço inestimável porque uma alta leucocitose mesmo que a neutrofilia não se pronuncie demasiado e mesmo que o desvio para a esquerda seja mínimo, constitui base suficiente para indicar a operação precoce, uma vez que sejam bem evidentes os sinais da peora local.

Em resumo só é aconselhável o tratamento medicamentoso quando não ha peora progressiva. Tratar medicamente todos os casos de colecistite, reservando a operação para os períodos de acalmia é um erro. A perfuração de uma vesícula flegmonosa é bastante mais frequente do que se pode imaginar quando a conduta de só operar á frio é adotada. E a toxicose profunda que a hepato-colecistite provoca pode também roubar a vida ao doente.

Assinalamos em publicação recente que a operação imediata não é conduta adotada em nosso meio e que mesmo a operação precoce (a que se faz dentro de dois á cinco dias quando ha peora progressiva do doente) é pratica ainda por poucos seguida. Ha um certo recio por parte dos internistas e de muitos cirurgiões em indicar a operação em fase aguda. Receio este que se fundamenta na infecção presente, na labilidade dos doentes das vias biliares e também na dificuldade maior que apresentaria a intervenção. Os estudos estatísticos têm sido favoráveis á operação em fase aguda; mas si isto tem valor relativo a tendencia geral para a adoção crescente dessa conduta demonstra que ela oferece vantagens. Os que vêm maior perigo na operação em fase aguda do que na evolução da colecistite, seguida ou não de quadro coledociano, baseam suas convicções nos casos máos que foram operados depois de expectação exagerada, quando estavam exgotadas as defesas do doente, quer pela infecção isolada, ou pela infecção associada á obstrução.

Nos casos em que a intervenção for realizada em tempo oportuno, a retirada da vesícula, seguida ou não de drenagem do coledoco, ou a simples drenagem do coledoco ou da vesícula não podem agravar a infecção e sim colocar o organismo em melhores condições de defesa, uma vez que o preparo pré-operatorio seja eficiente e a operação bem conduzida.

Especial atenção merece o quadro coledociano porque, quando ele complica a colecistite aguda, a drenagem do coledoco e a remoção dos calculos verificados seguida por drenagem eficiente constitui parte fundamental da intervenção. Nenhum beneficio traz ao doente a retirada da vesícula quando é a calculose do coledoco e a coledocite infecciosa superajuntada que dominam o quadro. E si as condições locais da loja sub-hepática não permitirem a visualização do coledoco por manobras cirurgicas respeitadoras da vitalidade dos tecidos é preferível praticar uma colecistostomia e sempre que possível cateterizar o cístico. Uma colecistectomia isolada num caso de calculose do coledoco infectada é sempre a causa de um coliperitoneo por

dehiscencia do coto cístico, seja este ligado com catgut, linha ou seda porque é a cicatriz do cístico e não o fio que vae suportar a pressão coledociana consideravelmente aumentada.

Si o quadro coledociano for sempre levado em consideração e o vulto da operação for balanceado com as condições geraes do doente póde a intervenção em fase aguda, quando bem conduzida, enfrentar em estudos estatísticos a operação á frio, desde que se atribuam a esta os máos casos que a conduta expectante rigida costuma apresentar.

Comentaremos um caso de colecistite aguda complicada por calculose do coledoco, pretendendo com ele dar justificativa da inclusão dessa molestia na serie de palestras sobre abdomen agudo que houve por bem o Centro Academico Oswaldo Cruz organizar.

G. C. R. 40 anos. Solteira. Brasileira. Antecedentes familiares sem valor. Antecedentes pessoaes — colicas biliares ha varios anos que sobrevinham ocasionalmente. A doença atual iniciou-se por uma colica biliar mas que persistia já ha 6 dias com ritmo sub-contínuo e desde o terceiro dia o pulso era rapido e havia vomitos frequentes e temperatura que oscilava entre 38° e 39°.

Examinamos a doente e ao lado da toxicose e aciçose franca verificamos que o volume da vesicula estava muito aumentado e que havia sub-ictericia. Combatida a acidose aconselhamos preparo pré-operatorio rapido e intervenção. Animou-se a familia com a melhora e acatou a opinião expectante. Setenta e duas horas depois de nossa ultima visita atendemos de urgencia a doente. Fomos encontral-a imóvel em decubito dorsal com a fisionomia expressando dôr paroxística; a pele porejando suor, a respiração acelerada e limitada ao torax; pulso á 120 com ritmo bom; temperatura de 36,2.

O abdomen nada mostrava á inspecção alem da imobilidade; a palpação porém verificava o musculo grande reto direito e os musculos largos em defesa permanente, tanto no quadrante superior como no inferior. Neste quadrante a doente tolerava a pressão mas a hiperestesia do quadrante superior direito era acentuada e não se podia deprimir a parede abdominal nessa região.

O musculo grande reto esquerdo mostrava maior tonicidade na metade superior mas na metade inferior era depressivel e o mesmo acontecia com os musculos largos do lado esquerdo.

Tres horas depois do inicio da crise é feita a intervenção. A perfuração da vesicula fizera-se ao nivel de uma area necrosada do fundo e toda a vesicula estava tomada por um processo flegmonoso. Havia bile na loja sub-hepática e no recesso paracolico direito. O grande epiplon com aderencias frouxas cercava toda a vesicula. Foi facil visualizar o coledoco que se encontrava muito dilatado e continha calculos.

Procedeu-se a colecistectomia e a drenagem do coledoco por sonda em T que permaneceu dois mezes e só foi retirada depois que a bile era praticamente esteril e o fechamento da sonda por mais de tres dias nenhuma perturbação acarretava.

Como divulgação de alcance pratico queremos assinalar que tanto na colica biliar como na colecistite aguda estamos empregando a tri-nitrina em doses fortes. Usamos a solução alcoolica centesimal numa dose de 150 á 200 gotas de agua distilada para ser administrada, na quantidade de uma colher das de sopa de tres em tres horas e nos casos em que ha vomitos mandamos colocar o sal, na dose correspondente a uma colher de sopa dessa poção, sob a lingua

e também de três em três horas. Si a intensidade da dor ou a agitação do doente não ceder com 1 á 2 empoles de Cibalena administramos a morfina. A tri-nitrina combate o espasmo do esfinter de Oddi que já existe com a molestia e que é provocado ou aumentado pelos opiaceos. Este efeito sobre as fibras musculares lisas se consegue também com o nitrito de amilo mas é mais duradouro com a tri-nitrina.

Os trabalhos de Butsch, Mc Gowan e Walters nos ensinaram esse uso da tri-nitrina e com ele temos obtido resultados animadores. Limitamos o uso da medicação a uma semana. Até ao momento nenhum acidente toxico se registou, apesar de ser já elevado o numero de doentes a que a tri-nitrina foi administrada.