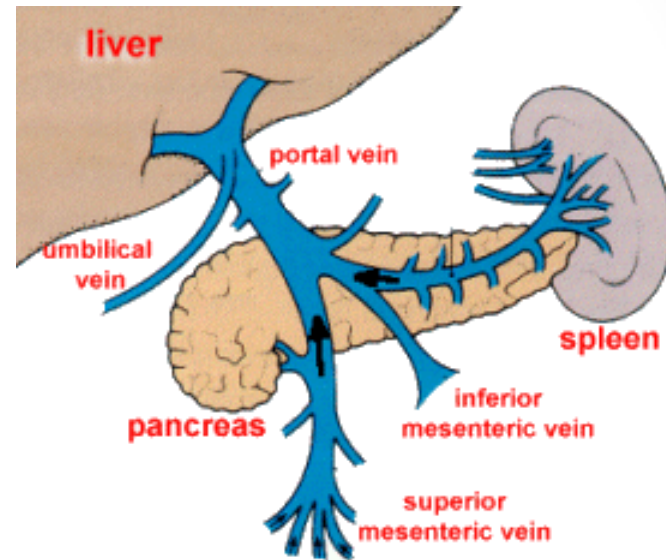


ASCITE



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CREMEC/Conselho Regional de Medicina do Ceará

Câmara Técnica de Medicina Intensiva
Câmara Técnica de Medicina de Urgência e Emergência

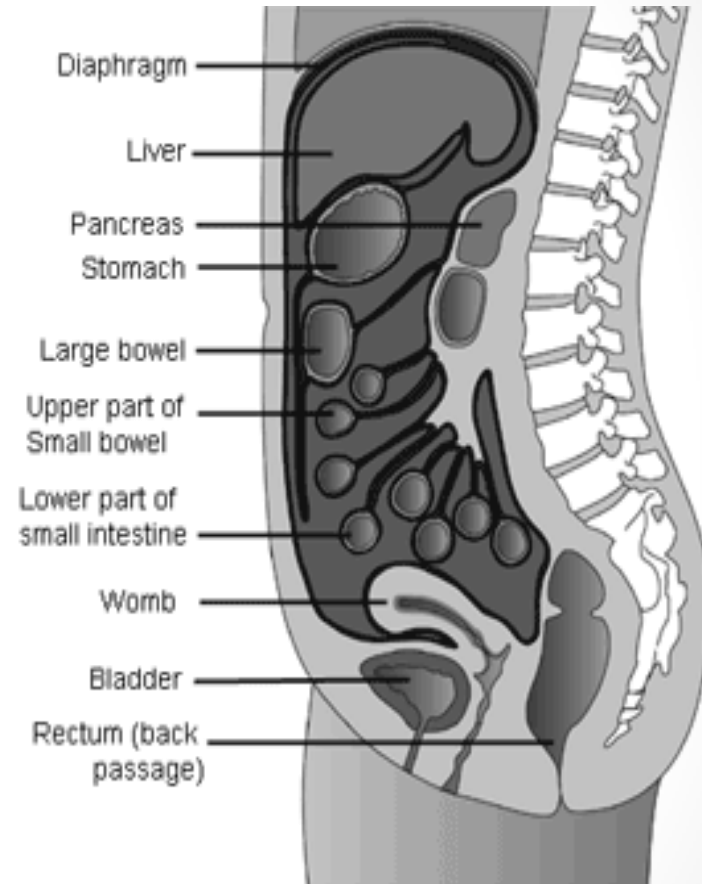
Dra. Ticiano Mota Esmeraldo

FORTALEZA(CE) 16 de novembro de 2012



Introdução

- Definição:
Acúmulo de líquido livre ou septado na cavidade peritoneal
- Complicação mais comum da cirrose
- Infecção; insuficiência renal; prognóstico ruim a longo prazo





Classificação da Ascite

- Ascite não complicada
 - Grau 1: Leve - 100 – 500ml / US abdominal
 - Grau 2: Moderada -500 – 2000ml / exame físico moderada e simétrica distensão abdominal
 - Grau 3: Volumosa - > 2000ml / marcada distensão abdominal
- Ascite refratária: Não pode ser mobilizada ou que apresente recorrência precoce (5 a 10%)
 - Diurética resistente
 - Diurética intratável



Etiologia da Ascite

- 90%
 - Cirrose Hepática
 - Neoplasia – Carcinomatose Peritoneal
 - ICC
 - TB Peritoneal





Causas de Ascite

Órgão ou Sistema	Causas
Hepático	Cirrose Doença Venoso-oclusiva
Cardíaco	Insuficiência Cardíaca Direita Pericardite constrictiva
Renal	Síndrome Nefrótica Insuficiência Renal
Malignidade	Ovariana Mama Gástrica Colorectal Pancreática



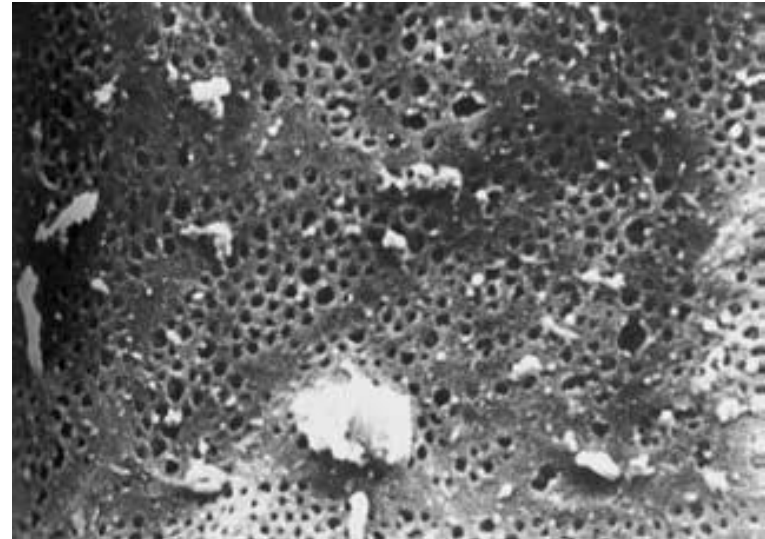
Causas de Ascite

Órgão ou Sistema	Causas
Infecciosa	Tuberculose
Pâncreas	Pancreatite
Digestivo	Desnutrição
Endócrino	Mixedema
Linfático	Anormalidade Congênita Trauma



Fisiopatologia da Ascite no Cirrótico

- Sinusóide Hepático normal
- Hipertensão Portal Sinusoidal
(Capilarização dos sinusóides hepáticos)





Fisiopatologia

1) Fatores locais:

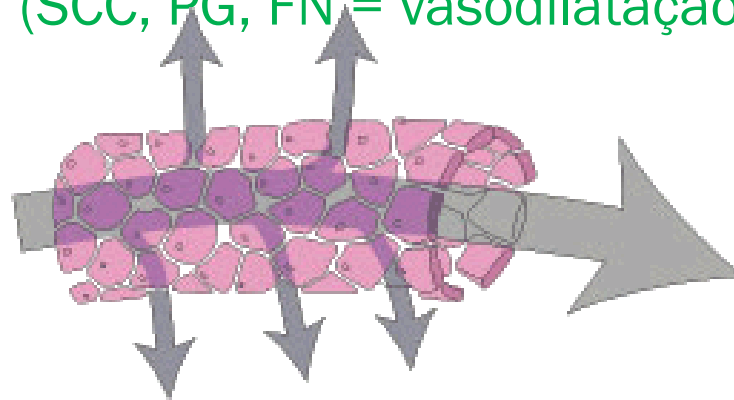
- a) Pressão osmótica ↓ (déficit protéico)
- b) ↑ Pressão hidrostática (HP)

2) Fatores sistêmicos que promovem retenção renal de sódio e água

a) Sistemas Vasoativos

(SNS, SRAA = vasoconstrição renal)

(SCC, PG, FN = vasodilatação renal)





Patogênese da formação de ascite nos cirróticos

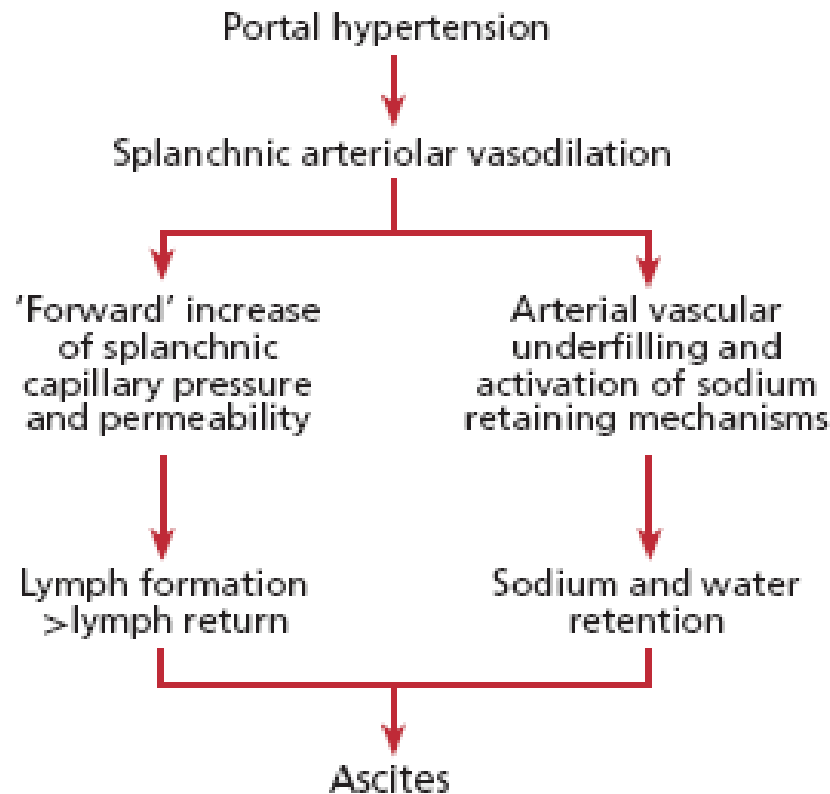


Fig. 14 The forward theory of ascites formation.



Anamnese

- História Clínica
- Antecedentes
- Hábitos



Avaliação Inicial

- Exame Físico:
 - Aumento do volume abdominal
 - Pesquisa de submacicez móvel em flanco à percussão (>1.500 mL de líquido livre)
 - Estigmas de hepatopatia crônica





Avaliação Inicial

- Ultra-sonografia Abdominal (100-200ml) :
 - Obesos mórbidos
 - Local adequado para paracentese em pacientes com antecedente de múltiplas cirurgias abdominais
 - Possível etiologia
 - Detecção de carcinoma hepatocelular em pacientes com elevação sérica de alfa-fetoproteína.





Avaliação Inicial

- Paracentese Diagnóstica:
 - Indicação:
 - Pacientes internados ou ambulatoriais com ascite ao exame físico de início recente
 - Qualquer cirrótico com ascite e deterioração do quadro clínico
 - Contra-indicação: Fibrinólise ou coagulação intravascular disseminada clinicamente evidentes.

Fonte: Practice Guidelines of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)



Paracentese

- **Complicações:**
 - 1% Hematoma de parede
 - < 1/1000 hemoperitônio ou perfuração de víscera oca
- A infusão profilática de plasma fresco congelado ou plaquetas não é necessária.

Fonte: Practice Guidelines of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)



Estudo do Líquido Ascítico (20 mL)

- Citologia Global e Diferencial (10-27% cirróticos com ascite têm PBE na admissão)
- PMN > 250 cél./mm³. 80% Cultura + (PBE)
- Peritonite Bacteriana Secundária:
 - LDH > 225mU/L, glicose <50mg/dL, proteína total >1g/dL e múltiplos organismos na coloração de Gram (ruptura de vísceras ou abscesso loculado).

Gradiente de Albumina

Sérica-Ascítica (pedra angular do Dx)

GASA = albumina sérica - albumina no líquido ascítico

- Se ≥ 1.1 g/dL \Rightarrow Hipertensão Portal (Cirrose, DVH)
- Se < 1.1 g/dL \Rightarrow \emptyset Hipertensão Portal (97%).



Diagnóstico Diferencial da Ascite

<p>GASA > 1,1 Proteínas < 3,0g/dl</p>	<p>GASA > 1,1 Proteínas > 3,0g/dl</p>	<p>ASA < 1,1 Proteínas > 3,0g/dl</p>	<p>GASA < 1,1 Proteínas < 3,0g/dl</p>
<p>HP sinusoidal</p>	<p>HP pós-sinusoidal</p>	<p>Doença peritoneal</p>	<p>Hipoproteinemia</p>
<ul style="list-style-type: none">● Cirrose não complicada PMN < 250/mm³● Cirrose complicada (PBE) PMN > 250/mm³	<ul style="list-style-type: none">● Insuficiência cardíaca congestiva● Pericardite constrictiva	<ul style="list-style-type: none">● Carcinomatose peritoneal● Tuberculose	<ul style="list-style-type: none">● Síndrome nefrótica
<p>Ecografia Endoscopia</p>	<p>Eletrocardiograma Ecocardiograma</p>	<p>Citologia e citopatologia Citologia do peritônio Biópsia peritoneal às</p>	<p>Exame comum de urina Proteinúria de 24hs</p>



Estudo do Líquido Ascítico

- ADA, Citologia, esfregaço e cultura para micobactérias
⇒ TB peritoneal
- Citologia oncótica ⇒ + carcinomatose peritoneal. ↑↑
sensibilidade na centrifugação de grande volume de amostra.
- CEA > 10ng/ml ⇒ carcinomatose peritoneal 70%
(mama, cólons, estômago, pâncreas)



Estudo do Líquido Ascítico

- TG ↑↑ ascite quilosa.
- Amilase ↑↑ pancreatite ou perfuração intestinal.
- Bilirrubina ↑↑ perfuração biliar ou intestinal.
- Paracentese de grande volume ⇒ Citologia global com diferencial. Cultura não é realizada de rotina.



Característica da Ascite na Cirrose

- Líquido citrino, amarelado
- (70%) Proteína total < 2.5 g/DL
- Albumina corresponde a 50%
- PBE normalmente acontece no paciente com Proteína total no líquido ascítico <1 g/DL



Tratamento

- Repouso (\uparrow natriurese)
- Restrição de Sódio – 2g sal/dia (5-15%)
- Restrição de Líquidos ($\text{Na}^+ < 130\text{mEq/l}$)

Fonte: The Management of ascites in cirrhosis:
report on the consensus conference of the
International Ascites Club, Hepatology, 2003



Tratamento

- Diuréticos (↑↑ q3-5dias perda ponderal):
 - Absorção da ascite é limitada
 - Espironolactona 100 a 200mg/dia, (máx. 400mg)
Após 2 a 3 semanas com 200mg e houver falha adiciona:
 - Furosemida 40 a 80mg/dia, (máx. 160mg)
 - Amilorida 10mg/dia (Intolerância à espironolactona)

Fonte: The Management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club, Hepatology, 2003



Tratamento - Diuréticos

- **Contra-indicação:**
 - Hiponatremia dilucional severa (Suspender se $\text{Na}^+ < 120\text{mEq/l}$)
 - Insuficiência renal ($\text{Cr} > 1,75\text{mg/dl}$)
 - Infecção Bacteriana Ativa
- Repor com Solução Salina Hipertônica se $\text{Na}^+ < 110\text{mEq/l}$ ou se Hiponatremia sintomática

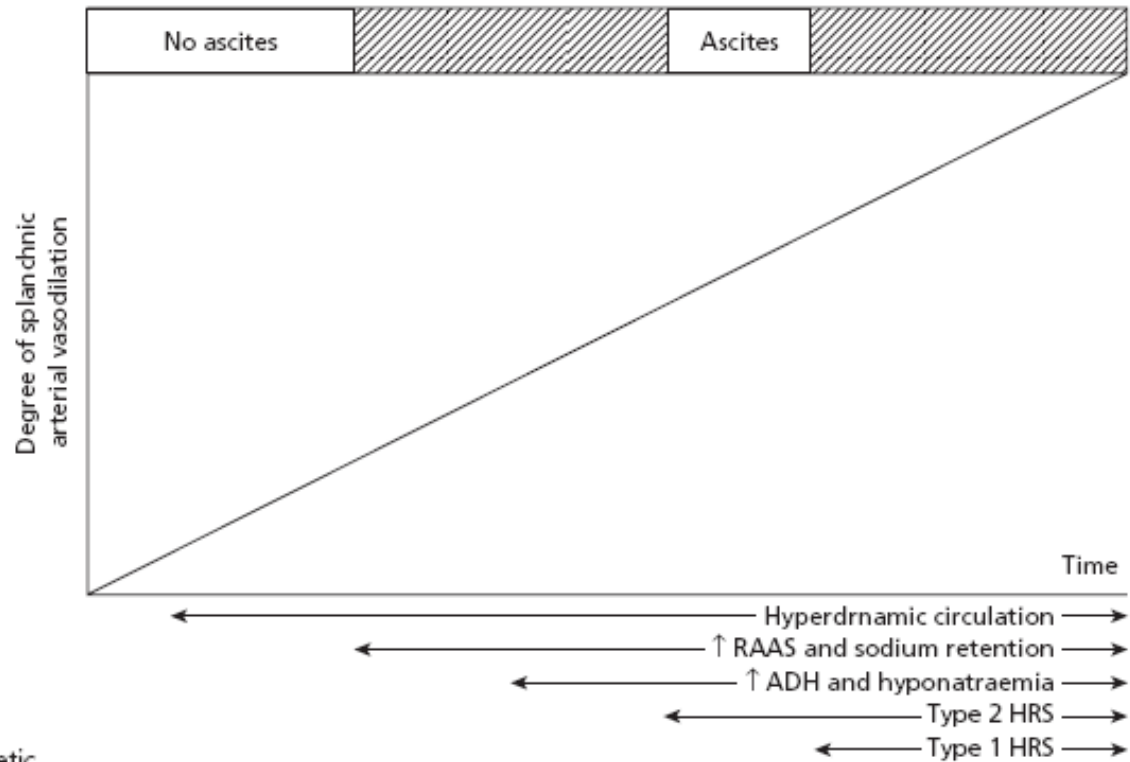
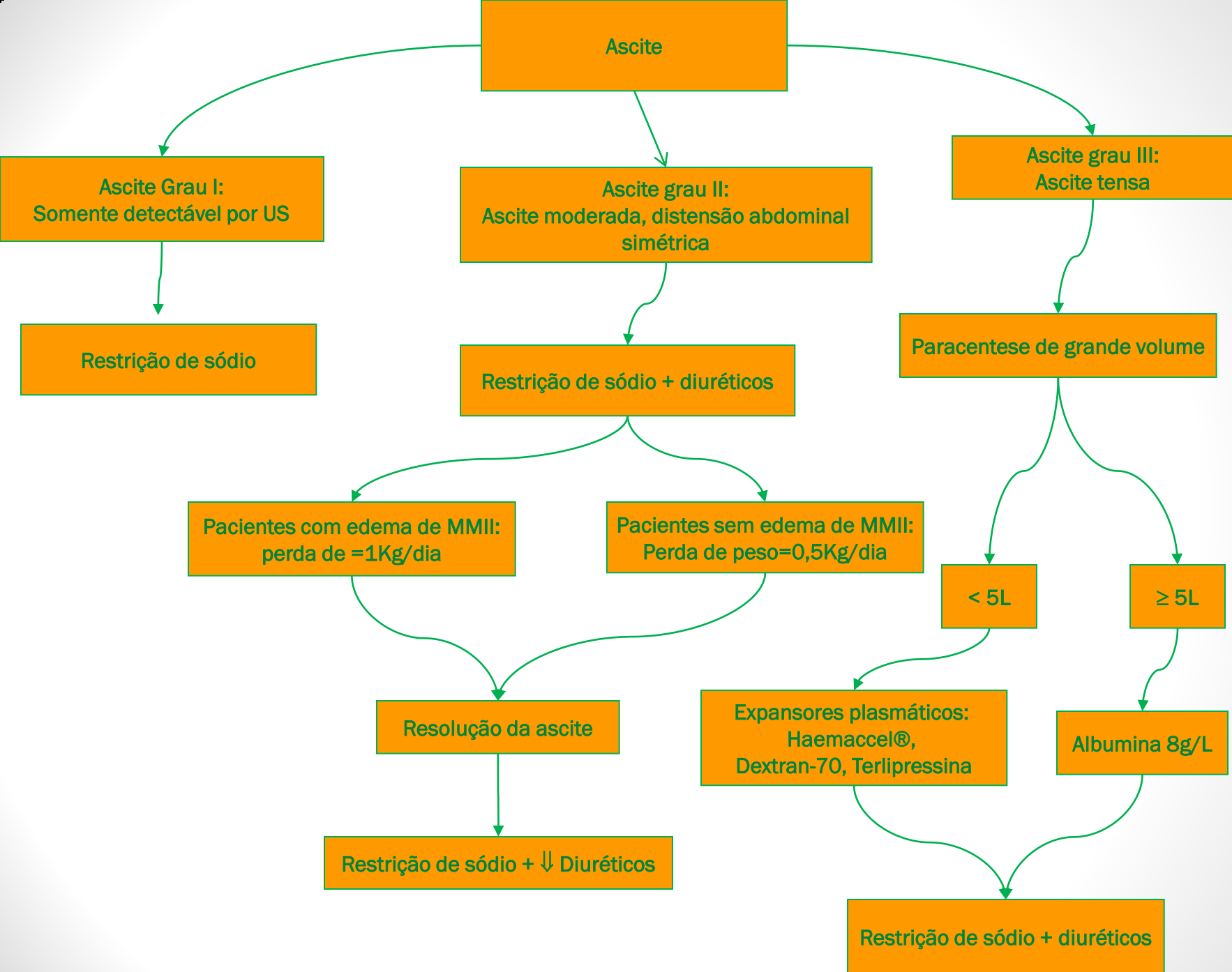


Fig. 11 Time course of the circulatory, neurohormonal and renal function abnormalities in cirrhosis. ADH, antidiuretic hormone; HRS, hepatorenal syndrome; RAAS, renin-angiotensin-aldosterone system.





Ascite Refratária

- Definição:
 - Ascite que não pode ser mobilizada ou cuja recorrência precoce não pode ser evitada com a terapia médica.
 - Child > 10 = Tx Hepático
 - Ascite Resistente \Rightarrow Não resposta à restrição de sódio e aos diuréticos
 - Ascite Intratável \Rightarrow Não se consegue dosagens efetivas de diuréticos devido efeitos colaterais

Fonte: The Management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club, Hepatology, 2003



Ascite Refratária

- TIPS x Paracentese de Grande Volume:
 - Ascite Refratária
 - Chid B \Rightarrow TIPS
 - Chid C \Rightarrow Paracentese
 - Regra: TIPS se Paracentese $> 3x/mês$
 - Contra-indicação do TIPS:
 - EPS preexistente
 - > 70 anos
 - Disfunção cardíaca (FE $<55\%$)
 - Child >12



Futuro

- Agentes Aquaréticos (↑↑ Excreção de água livre)
 - Antagonistas dos Receptores V2
 - Agonistas dos Receptores K-opiíides



Referências Bibliográficas

- 1- The Management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club, Hepatology, 2003
- 2- Textbook of Hepatology : from basic science to clinical practice. 3rd ed. / edited by Juan Rodés . . . [et al.]. 2007
- 3- Practice Guidelines of the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), 2009.
- 4-Tratado de Hepatologia , Mattos, Angelo Alves – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.



DOE VIDA. SEJA UM DOADOR DE ÓRGÃOS.