ABCD Arq Bras Cir Dig
2003;16(4):200-202.

Relato de Caso

COLANGITE AGUDA POR *ASCARIS LUMBRICOIDES*

Acute cholangitis due to Ascaris lumbricoides

Orlando Jorge Martins TORRES, Lucy Anne Lopes MELO, Lívia Ronisc Garcia ARRAES e Érico Brito CANTANHEDE

ABCDDV/404

Torres OJM, Melo LAL, Arraes LRG, Cantanhede EB. Colangite aguda por *Ascaris lumbricoides*. ABCD Arq Bras Cir Dig 2003; 16(4):200-202.

RESUMO - *Racional* - A infestação *por Ascaris lumbricoides* é endêmica em regiões tropicais e a ascaridíase biliar é uma complicação comum. O verme impactado pode causar obstrução biliar que pode evoluir para colangite supurativa aguda. *Relato do Caso* - Paciente de 17 anos com quadro ictérico, distensão abdominal, febre e analíses clinicas mostrando quadro infeccioso e obstrutivo biliar. Ecografia com hepatomegalia, dilatação coledociana e imagem uniforme em seu interior. Foi indicada laparotomia quando os vermes foram removidos através de coledocotomia longitudinal, a árvore biliar irrigada com solução salina e fechada com dreno cm T. Foi utilizado antibiótico de largo espectro e a paciente recuperou-se sem problemas. *Conclusão* - A ascaridíase biliar complicada pode ser fatal e é imperativo o diagnóstico e tratamento precoces.

DESCRITORES - Colangite, cirurgia. Ascaríase.

INTRODUÇÃO

A ascaridíase é uma das doenças provocadas por helmintos mais comuns em humanos. Acomete centenas de milhões de pessoas em países onde os padrões dc saúde pública e higiene pessoal são precários.[6,11] O *Ascaris lumbricoides* normalmente habita o trato gastrointestinal, entretanto o verme adulto pode ser encontrado em locais ectópicos como a árvore biliar, ducto lacrimal, árvore respiratória, câmaras cardíacas e tubo uterina.[6] Dentre estes, mais comumente tem sido observado a ascaridíase biliar, onde este verme pode levar à formação dc cálculos, neoplasias ou outras complicações biliares e/ou pancreáticas. A ascaridíase foi observada em 1,9% dos pacientes submetidos a intervenção cirúrgica sobre a vesícula e via biliar principal.[2,5,6]

A colangite aguda é uma complicação séria em pacientes com obstrução extra-hepáticada via biliar dc etiologia variada. A litíase da via biliar principal é a responsável mais comum pela colangite c a mortalidade varia dc 10% a 80%, dependendo da abordagem diagnóstica c terapêutica.[3] O *Ascaris lumbricoides* na árvore biliar como causa de colangite aguda, é condição incomum, o que motivou a apresentação deste estudo.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 17 anos, negra, solteira, estudante, deu entrada na Disciplina dc Clínica Cirúrgica III da Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, MA, queixando-se de dor em hipocôndrio direito, que se irradiava para todo abdome há 11 dias. Apresentava ainda colúria, icterícia, anorexia, febre, vômitos constipação intestinal e negava prurido desde o início do quadro.

Ao exame físico, encontrava-se com estado geral e de nutrição comprometidos, mucosas hipocoradas c ictéricas, PA 100 x 60 mm Hg, pulso radial 116 bpm, temperatura axilar dc 36,8°C c frequência respiratória 25 irpm.

O abdome se apresentava aumentado de volume e tenso com hipersensibilidade à palpação superficial, descompressão dolorosa c ausência de ruídos hidroaércos. O restante do exame físico estava normal.

Os exames laboratoriais realizados mostraram leucocitose de 38.070/mm^3, hemoglobina 5 g/dL, TG 042 u/L, TGP 23 u/L, bilirrubina total 14,7 mg/dL (BD 12,6 mg/dL; BI 2,1 mg/dL),creatinina 2,5 mg/dL, fosfatase alcalina 208 u/L, gama GT 142 u/L, amilase, lipase e coagulograma normais. Realizou ultra-sonografia do abdome superior que evidenciou fígado aumentado dc volume com inúmeras formações hipo-atenuantes com densidade dc líquido dispersos por todo o fígado (abscessos), com dilatação dc vias biliares cxtra-hepáticas e imagem tubular cm seu interior (vermes). Pâncreas, baço c rins sein alterações.

Com o diagnóstico pré-operatório de colangite c abscesso hepálico, foi indicado o tratamento cirúrgico. Através de incisão subcostal direita, foi feita a exploração da cavidade abdominal e os achados operatórios foram dc fígado aumentado de volume com aspecto congesto. A vesícula biliar se encontrava distendida c com paredes espessadas. O colédoco estava dilatado (diâmetro aproximado dc 2 cm). Em seguida, foi realizada colecisteclomia e coledocotomia longitudinal onde foi observada presença dc *Ascaris lumbricoides* (oito vermes), dispostos cm sentido longitudinal com a via biliar, microcálculos e secreção purulenta. Foi realizada a retirada dos vermes (Figura 1), dos cálculos, coleta de material para estudo microbiológico e limpeza da via biliar principal com solução dc cloreto dc sódio a 0,9 %,

Trabalho realizado na Disciplina de Clínica Cirúrgica III da Universidade do Maranhão - UFMA, São Luiz, MA.
Endereço para Correspondência: Dr. Orlando Jorge Martins Torres. Rua dos Bicudos 14/600 - Renascença II - São Luiz - MA - CEP 65075-090.

colocação dc dreno dc Kehr na via biliar, exploração sistemática da cavidade peritonial, drenagem com dreno tipo Penrose e síntese da ferida operalória por planos.

FIGURA 1 - Retirada cirúrgica do *Ascaris tumbricuides* da via biliar principal.

A paciente permaneceu internada cm unidade dc terapia intensiva por 3 dias, evoluindo com febre (38-39°C), leucocitose c icterícia. Após a primeira semana dc tratamento, começou a apresentar melhora clínica com regressão da icterícia e desaparecimento da febre. A colangiografia pós-operatória pelo dreno cm T, realizada no 8° dia do período pós-operatório, estava normal e o dreno foi retirado em seguida. O resultado da cultura da bile mostrou crescimento de *Escherichia cali. Os* antimicrobianos utilizados foram cefotaxime e metronidazol durante 15 dias, substituído em seguida, por antimicrobiano oral. Os exames laboratoriais dc controle revelaram bilirrubina total dc 1,7mg/dL(BD = 1,3 mg/dL), creatinina 0,6 mg/dL, hemoglobina 8,0g/dLe 13.440 leucócitos. Realizou-se tomografia computadorizada neste período, que revelou regressão das imagens hepáticas com vias biliares e pâncreas normais. Paciente recebeu alta hospitalar no 20° dia do período pós-operatório c foi tratada com mebendazol 100 mg, duas vezes por dia durante 3 dias.

DISCUSSÃO

A colangite supurativa aguda pode ser definida clinicamente pela presença da tríade clássica dc Charcot com icterícia, dor e febre com calafrios, ou pelo achado cirúrgico de secreção purulenta na via biliar principal ou seus efeitos sistêmicos.

Entre as fases de evolução de severidade da colangite aguda pode-se observar a pêntade de Reynolds, onde tem-se ainda o choque e confusão mental. Estes pacientes podem se apresentar de forma diagnóstica indefinida onde, dependendo do quadro dc obstrução da via biliar principal, os achados bioquímicos sugerirem doença ncoplásica. Níveis elevados de bilirrubinas (superior a 10 mg/dL) são comumente observados em pacientes com neoplasias da cabeça do pâncreas. A evolução do quadro abdominal pode levar ao íleo paralítico por irritação da s erosa da musculatura da alça intestinal. Conseqüentemente o exame ultrasonográfico ficará comprometido quando solicitado para elucidação diagnóstica.[1,7] No presente caso, o diagnóstico ultra-sonográfico não foi capaz dc definir com precisão a via biliar principal devido à presença dc gás.

Entre as complicações da ascaridíasc biliar tem-se a colecistite aguda, colangite aguda, invasão hepática, com ou sem formação dc abscessos, hcmobilia, pancreatite aguda, cálculos biliares c granuloma hepático.[4,10] A imagem ultra-sonográfica observada na pacientc referia-se a pequenos abscessos hepáticos, com regressão após descompressão biliar e terapia antimicrobiana.

A habilidade do *Ascaris lumbricoides* em penetrar na via biliar principal acontece, especialmente, quando há infestação maciça com grande quantidade do verme no duodeno. Comumente pode ser observado um ou dois vermes, entretanto a infestação maciça pode ocorrer. Ele se move cm direção à ampola hepatoduodenal e, uma vez que a extensão da árvore biliar cxtra-hepática é de somente 4 a 10 cm, parte do verme pode permanecer no duodeno.[4, 8, 9, 11]

No presente caso, oito vermes foram observados, levando à obstrução completa da via biliar principal. A colangite bacteriana observada resultou da infecção subseqüente devido à estase biliar.

O tratamento inicial da colangite aguda por *Ascaris lumbricoides* é realizado com internação, dieta oral zero, reposição e manutenção do equilíbrio hidroeletrolílico, antiespasmódicos, analgésicos e antibioticoterapia. Uma vez que as bactérias Gram-negalivas são as comumente observadas, a cobertura antimicrobiana deve ser específica.[3] O índice de sucesso nos casos não-complicados pode atingir 90%.[5, 6, 11]

Aproximadamente 15% dos pacientes podem apresentar choque séptico e necessitar de descompressão biliar de urgência. Este procedimento pode scr realizado por via endoscópica, percutânea ou cirúrgica. Na ascaridíase biliar, o tratamento endoscópico pode scr feito através de papilotomia c retirada do verme. Com endoscopista experiente, este é o procedimento de escolha por apresentar baixa morbidade e mortalidade. Entretanto, com o verme morto, a papilotomia e a retirada cndoscópica podem ser prejudicadas. Em áreas endêmicas, a papilotomia cndoscópica pode estimular múltiplas reinfestações do ascaris na árvore biliar. Em crianças, particularmente, tem sido estimulada a preservação da papila.[2, 4, 11]

A cirurgia se justifica no fracasso do tratamento clínico-conservador, quando o procedimento endoscópico não está disponível e quando há o aumento da icterícia, sugerindo coexistência dc cálculos na via biliar onde a intervenção cirúrgica se constitui cm medida salvadora para pacientes sépticos.[9]

Na criança, a colangiografia ajuda a definir a extensão da infestação. Os vermes são removidos através de coledocotomia longitudinal e a compressão do fígado ajuda a eliminar o ascaris dc localização intra-hepáüca. A árvore biliar deve scr irrigada com solução de cloreto dc sódio a 0,9 % e fechado com dreno em T. A administração dc antihclmínticos deve scr realizada somente no pós-operatório para evitar a presença do verme morto na árvore biliar.[5, 6]

O seguimento pós-operatório deve envolver o exame parasitológico dc fezes de rotina, para confirmar a erradicação da infestação e do exame ultra-sonográfico para verificar a persistência do verme intraductal.[1, 7, 11]

Embora a ascaridíasc biliar seja condição relativamente benigna c não-complicada com resolução espontânea, casos complicados como a colangite supurativa aguda pode ser fatal c é imperativo que seja suspeitada, reconhecida c tratada precocemcnte. A ascaridíase biliar complicada pode ser fatal e é imperativo o diagnóstico e tratamento precoces.

Torres OJM, Melo LAL, Arraes LRG, Cantanhede EB. Acute cholangilis due to *Ascaris lumbricoides*. ABCD Arq Bras Cir Dig 2003; 16(4):200-202.

ABSTRACT - *Background* - Ascaris infcstation is highly endemic in tropical rcgions and biliary ascariasis is a common complication. The impacted worm causes biliary obstruction and acute suppurative cholangitis can occur. *Case Report* - The authors present a case of acutc cholangitis due to biliary ascariasis submitted to surgical treatment. The worms were removed through longitudinal choledocotomy and thc biliary tree were irrigated with saline and closed over a T tube. A broad-spectrum antibiotic was done and the patient had a satisfatory postoperative recovery. *Conclusion* - Complicated biliary ascaridiasis may be fatal, and it is early diagnosis and endoscopic surgical treatment is mandatory as soon as possible.

HEADINGS - Cholangitis, surgery. Ascariasis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ali M, Klan AN. Sonography of hepatobiliary ascaridiasis. J Clin Ultrasound 1996;24:235-41
2. Baz R, Testori H, Roman H, Fontan NA. Biliary ascariasis and cholelithiasis. Endoscopy 1997;29:556-9.
3. Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, Malvenda F, Morales E. Ris factores and classification of acute suppurative cholangitis. Br J Surg 1992;79:655-8.
4. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in India Lancet 1990;335:1503-6.
5. Nyugen H, Hall JC. Biliary ascariasis: a worm in the bag. Aust N J Surg 1997;67:574-5.
6. Ochoa B. Surgical complications os ascariasis. World J Surg 1991; 5:222-7.
7. Shulman A. Ultrasound appearances of intra- and extrahepatic biliary ascariasis. Abdom Imaging 1998;23:60-6.
8. Torres OJM, Valadão JA, Silva AJR, Gonçalves-Filho A, Costa MM, Cintra JCA. Obstrução intestinal por Ascaris lumbricoides. JBras Med 1996;70:133-5.
9. Torres OJM, Macedo EL, Costa JVG, Nunes PMS, Melo TCM, Ribeiro WG. Tratamento cirúrgico da ascaridíase biliar: uma terapêutica altenativa. GED Gastroenterol Endosc Dig 1998;17:117-20.
10. Torres OJM, Silva WLR, Malafaia O. Abscesso hepático. Rev Bras Med 1997;54:798 807.
10. Wani NA, Chrungoo RK. Biliary ascariasis: surgical aspects. World J Surg 1992;16:976-9

Trabalho submetido em 10/05/2003
Aceito para publicação em 16/08/2003