

Tratamento Endoscópico da Colangite Esclerosante Primária

Endoscopic Treatment of Primary Esclerosing Cholangitis

Durval G. Rosa Neto¹ e Paulo L. Bittencourt²

¹Serviço de Endoscopia do Hospital Português; ²Hospital Português; Salvador, BA, Brasil.

E-mail: durval.eda@gmail.com

A colangite esclerosante primária é uma doença hepática de etiologia auto-imune, de evolução crônica que pode chegar à cirrose. O colangiocarcinoma é uma de suas complicações. Sua terapêutica ainda não está bem definida. O ácido ursodesoxicólico é a droga melhor estudada para esta patologia. A CPRE é um dos exames utilizados no diagnóstico, e pode ser terapêutica em casos específicos.

Palavras-chave: colangite esclerosante primária, colangiografia pancreática retrógrada endoscópica (CPRE) e estenose biliar.

The primary esclerosing cholangitis is an auto-immune hepatic disease that has a chronic evolution and can progress to cirrhosis. The cholangiocarcinoma is one of the possible complications. Its treatment is not yet well established. The ursodeoxycholic acid is the most studied medication for this pathology. The ERPC is diagnostic, and maybe therapeutic in some specific cases.

Key words: Primary sclerosing cholangitis, endoscopic pancreatic retrograde pancreatography, biliary stenosis.

A colangite esclerosante primária (CEP) é uma hepatopatia crônica de etiologia auto-imune, caracterizada por inflamação e fibrose de ductos biliares intra e extra-hepáticos, apresentando curso clínico variável e progressão lenta para a cirrose hepática⁽¹⁾. Caracteristicamente, a maioria dos pacientes acometidos são adultos jovens, que apresentam doença inflamatória intestinal (70%-100%) e propensão para desenvolvimento de colangiocarcinoma (CCC), com prevalência cumulativa de neoplasia de vias biliares de 14% a 27% e risco estimado de 1,5% ao ano^(1,3,8).

A manifestação inicial da doença varia desde sintomas inespecíficos de fadiga, astenia e perda de peso, até quadro mais característico de colestase com icterícia, colúria, acolia fecal e ou prurido. Um terço dos pacientes podem apresentar episódios recorrentes de colangite aguda. O curso evolutivo da doença é variável e a sobrevida média após o diagnóstico é de 12 anos^(1,3,8,9).

O diagnóstico de CEP é realizado habitualmente através de colangiografia endoscópica retrógrada que demonstra a presença de múltiplas estenoses difusas na árvore biliar intra e / ou extra-hepática alternadas por segmentos normais ou dilatados. Este aspecto radiológico, na ausência de causas secundárias de colangite esclerosante (litíase, cirurgia prévia, alterações congênitas e tumores do trato biliar; colangiopatia associada à SIDA e exposição a irritantes químicos e quimioterápicos é característico da doença. A colangiografia por ressonância magnética é uma alternativa menos invasiva à CPRE, tendo sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de CEP de respectivamente 85-88% e 92-97%^(1,4,9).

Além do transplante de fígado, não existe tratamento específico satisfatório para a CEP. O tratamento de suporte é voltado para o controle do prurido, do tratamento intensivo das colangites agudas intercorrentes com antibióticos e da reposição de vitaminas lipossolúveis. O ácido ursodesoxicólico

(UDCA) tem sido utilizado com melhora clínica e bioquímica, mas sem melhora na sobrevida da doença^(1,6).

O tratamento endoscópico da colangite esclerosante primária (CEP) vem sendo aventado para pacientes com CEP portadores de estenoses dominantes, que ocorrem em cerca de 10% a 20% dos casos^(3,4,7-9). Os melhores candidatos ao tratamento são os portadores de estenoses dominantes com icterícia franca, episódios intermitentes de colangite e com piora bioquímica progressiva da colestase. Pacientes com doença hepática avançada e em lista de transplante devem ser evitados devido ao risco de deterioração clínica relacionada ao procedimento e suas potenciais complicações⁽⁹⁾. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) terapêutica não é um procedimento isento de riscos. Pancreatite aguda, colangite, hemorragia e perfuração podem ocorrer em, respectivamente, 1-7%; 1%; 0,8-2% e 0,3-0,6% dos casos. O risco de colangite aguda e de piora da colestase com deterioração clínica do paciente é particularmente maior na CEP⁽⁹⁾.

A principal controvérsia para indicação do tratamento endoscópico da CEP com estenose dominante de colédoco ou dos hepáticos é a possibilidade de CCC, cujo diagnóstico diferencial com estenose biliar benigna é extremamente difícil. A acurácia dos métodos de imagem não invasivos como CEA, CA-19.9 e citologia biliar para o diagnóstico do CCC em fase inicial é relativamente baixa. Um método que vem apresentando resultados promissores é a tomografia com emissão de positrons^(1,3,8,9).

No tratamento endoscópico da CEP, existem duas opções terapêuticas: dilatação com sonda ou balão e dilatação seguida da colocação de prótese biliar^(7,9).

Os primeiros trabalhos foram conduzidos com dilatação seguida da colocação de prótese biliar rígida de até 11 French (F). Nesses estudos, observou-se alta frequência de oclusão precoce da prótese, sendo necessária a realização de procedimentos adicionais, muitas vezes em caráter de urgência, para retirada ou troca da prótese. Estudos mais recentes priorizaram a realização de dilatação com balão isolada, em um calibre de até 24 F no ducto biliar comum e até 18 F

no ducto biliar. Mesmo na ausência de prótese biliar, mais do que um procedimento foi necessário para manutenção de via biliar patente. Dois aspectos técnicos importantes salientados foram: emprego de antibioticoterapia profilática e realização de papilotomia não muito ampla, com o intuito de diminuir a frequência de infecção bacteriana ascendente^(7,9).

Um impacto na sobrevida foi demonstrado em dois estudos que avaliaram tratamento endoscópico associado ao uso de UDCA e tratamento endoscópico isolado, nos quais a sobrevida dos pacientes avaliados foi comparada àquela prevista de acordo com modelos matemáticos^(2,8).

Referências Bibliográficas

1. Alvarez F. Autoimmune hepatitis and primary sclerosing cholangitis. *Clin Liver Dis* 2006; 10:89-107.
2. Baluyut AR, Sherman S, Leman GA, Hoen H, Chalasani N. Impact of endoscopic therapy on the survival of patients with primary sclerosing cholangitis. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 308-312.
3. Bergquist A, Ekblom A, Olsson R et al. Hepatic and extra hepatic malignancies in primary sclerosing cholangitis. *J Hepatol* 2002; 6:321-327.
4. Bittencourt PL, Matos C, Deviere J, Braude P, Laethem JL Van, Delhay M, Moine O Le, Cremer M. Magnetic Resonance Cholangiography (MRC) in Primary Sclerosing Cholangitis (PSC). *Hepatology* 1996; 24:485A.
5. Cançado E, Mucenic M, Furuya Jr CK. Colangite Esclerosante. In: Sakai P, Ishioka S, Maluf Filho F (ed). *Tratado de Endoscopia Digestiva Diagnóstica e Terapêutica – Vias Biliares e Pâncreas*. 1ª edição. São Paulo: Editora Atheneu 2005; 117-126.
6. Cullen SN, Chapman RW. Review article: current management of primary sclerosing cholangitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:933-48.
7. Fogel EL, McHenry L, Sherman S, Watkins JL, Lehman GA. Therapeutic biliary endoscopy. *Endoscopy* 2005; 37(2):139-45.
8. Stiehl A, Rudolph G, Kloters-Plachy P, Sauer P, Walker S. Development of dominant bile duct stenoses in patients with primary sclerosing cholangitis treated with ursodeoxycholic acid: outcome after endoscopic treatment. *J Hepatol* 2002; 36:151-156.
9. Stiehl, AS. Primary Sclerosing Cholangitis: The Role of Endoscopic Therapy. *Seminars in Liver Disease* 2006; 26: 62-68.