

# Enzilab

Reviews

## ASCITE

### Etiologia e Fisiopatologia

Ascite é o acúmulo anormal de líquido na cavidade peritoneal.

Didaticamente, podemos classificar a ascite em **causadas por hipertensão portal e não causadas por hipertensão portal**.

A causa mais comum de ascite é hipertensão portal secundária à cirrose, correspondendo a 80% dos casos. Outras causas de ascite por hipertensão portal são insuficiência cardíaca, síndrome de Budd-Chiari (trombose da veia hepática), trombose de veia esplênica ou porta e esquistossomose.

Já as causas de ascite não relacionadas à hipertensão portal incluem peritonites (p.ex., rotura de víscera, tuberculose), carcinomatose peritoneal, pancreatite, vasculites, abdome agudo obstrutivo ou vascular e estados hipoalbuminêmicos (p.ex., síndrome nefrótica, enteropatia perdedora de proteínas).

### Ascite Causada por Hipertensão Portal

O aumento na resistência ao fluxo hepático leva à hipertensão

portal. Os vasos esplâncnicos têm como resposta a produção de óxido nítrico que causa a vasodilatação das artérias esplâncnicas. Esta vasodilatação provoca a diminuição do volume circulante efetivo levando ao acúmulo de sódio e água, que se concentram na cavidade peritoneal devido ao aumento da permeabilidade capilar.

Laboratorialmente, as causas de ascite causadas por hipertensão portal se caracterizam por gradiente soro-ascite de albumina (GSAA) > ou = 1,1 g/dL (ver adiante em avaliação). As causas podem ser classificadas em sinusoidais, pré-sinusoidais e pós-sinusoidais.

#### Sinusoidais

Cirrose, hepatite aguda, neoplasia hepática extensa (metástases ou hepatocarcinoma).

#### Pré-sinusoidais

Esquistossomose, trombose de veia porta ou esplênica.

#### Pós-sinusoidais

Insuficiência cardíaca,

pericardite constritiva, insuficiência tricúspide, síndrome de Budd-Chiari.

### Ascite não Causada por Hipertensão Portal

#### Peritônio Doente/inflamatório

Carcinomatose peritoneal, tuberculose, pancreatite, abdome agudo obstrutivo, abdome agudo vascular, rotura de víscera, vasculite. Laboratorialmente, costumam ter GSAA < 1,1 g/dL (ver adiante em avaliação).

#### Peritônio Normal

Estados hipoalbuminêmicos, como síndrome nefrótica, enteropatia perdedora de proteínas e desnutrição severa. Insuficiência renal e mixedema também podem levar à ascite com peritônio normal. Assim como nas ascites causadas por peritônio doente/inflamatório, também costumam ter GSAA < 1,1 g/dL (ver adiante em avaliação), pois a concentração sérica de albumina é baixa nestas condições e o gradiente se torna baixo por este motivo.

### Avaliação

#### Paracentese

Coagulopatia não é contraindicação e as complicações são raras. Puncionar na fossa ilíaca esquerda (terço distal da linha que liga o umbigo à crista ilíaca anterossuperior) ou na linha média infraumbilical (esvaziar a bexiga), com assepsia rigorosa.

#### Indicações

Fundamental para o diagnóstico etiológico da ascite e necessária nos casos de ascite de início recente.

É importante ressaltar também que todo paciente cirrótico tem indicação de paracentese por ocasião de admissão hospitalar, ou se houver deterioração do quadro clínico e laboratorial, pois muitos têm peritonite bacteriana espontânea e são oligossintomáticos, sem os sintomas característicos de febre e dor abdominal.

#### Análise do Líquido Ascítico

Fundamental para o diagnóstico etiológico da ascite e necessária nos casos de ascite de início recente.

#### 1. Inspeção

A análise macroscópica pode

fornecer pistas para o diagnóstico. Líquido amarelo citrino é o aspecto da ascite na cirrose sem complicações; líquido turvo pode ser encontrado em infecções; líquido leitoso pode ser encontrado em ascite quilosa; líquido marrom pode ser encontrado em pacientes profundamente icterícos ou em perfuração de alça e vesícula biliar; e líquido hemorrágico pode ser encontrado em ascites neoplásicas, pós-operatórias e punção traumática. Ao contrário do que frequentemente é dito, ascite por tuberculose raramente é hemorrágica. No caso de líquido hemorrágico e suspeita de peritonite bacteriana espontânea, subtrair um neutrófilo ajustar a contagem.

#### 2. Exames principais

**Proteínas totais e frações:** exame fundamental para se calcular o gradiente soro-ascite de albumina (GSAA = albumina sérica - albumina na ascite), e deve ser feito concomitantemente com dosagem de albumina sérica. Como visto anteriormente, quando o GSAA > ou = 1,1 g/dL sugere hipertensão portal e GSAA < 1 g/dL sugere outras etiologias. Quando o GSAA é > 1,1 g/dL, as

proteínas totais podem ajudar a diferenciar ascite por causas cardíacas ou pós-sinusoidais (p.ex., Budd-Chiari) (> 2,5 g/dL) de ascite por cirrose (< 2,5 g/dL). Quando o GSAA é < 1 g/dL, as proteínas totais podem ajudar a diferenciar ascite causada por peritônio doente/inflamatório (> 2,5 g/dL) de estados hipoalbuminêmicos (< 2,5 g/dL). Devemos lembrar, no entanto, que as proteínas totais podem ajudar a diferenciar ascite causada por peritônio doente/inflamatório (> 2,5 g/dL) de estados hipoalbuminêmicos (< 2,5 g/dL). Devemos lembrar, no entanto, que as proteínas totais no líquido ascítico são apenas um dado complementar que pode ajudar no diagnóstico diferencial em alguns casos, mas este é um dado de baixa especificidade.

**Celularidade com diferencial:** necessária para afastar infecção. O líquido está infectado se > 500 leucócitos/mm<sup>3</sup> ou 250 polimorfonucleares/mm<sup>3</sup> (mais detalhes no tópico causas importantes). Aumento de celularidade com predomínio linfocítico (< 50% polimorfonucleares) deve levar à suspeita de ascite neoplásica ou por tuberculose.



# Enzilab

Análises Clínicas  
Confiança sempre

25 anos

Cachoeira do Sul  
Rua Marechal Floriano, 88  
(51) 3722 6090

Santa Cruz do Sul  
Rua Marechal Deodoro, 189  
(51)30563026

Rua Euclides Kliemann, 1030  
(51) 3715 2919



www.enzilab.com.br

**Cultura no líquido ascítico:** inocular em frascos de hemocultura à beira do leito, pois aumenta a sensibilidade do exame em comparação com as culturas habituais.

**Os seguintes exames podem ser úteis conforme o caso:**

**Citologia oncológica:** avaliar suspeita de carcinomatose peritoneal.

**Adenosina-deaminase (ADA):** quando acima de 40 U/L, sugere tuberculose.

**Triglicerídeos:** se houver suspeita de ascite quilosa, que pode ser causada por neoplasia ou por cirrose e hipertensão portal.

**Amilase:** quando se suspeitar de causa pancreática.

**Glicose e DHL:** achados de glicose < 50 mg/dL e DHL superior aos níveis séricos normais podem sugerir peritonite bacteriana secundária. Outros achados que podem sugerir peritonite ...

\*\*\* bacteriana secundária. Outros achados que podem sugerir peritonite bacteriana secundária são proteínas totais no líquido ascítico > 1 g/dL e flora polimicrobiana.

**PBAAR e cultura de BAAR:** pouco sensíveis para o diagnóstico de tuberculose.

**Bilirrubina:** quando se suspeitar de causa biliar ou quando o aspirado tiver coloração marrom. Se a bilirrubina no líquido ascítico estiver acima do nível sérico, deve-se pensar em perfuração de alça ou de vesícula biliar.

**Exames Laboratoriais**

Sendo a cirrose a principal causa de ascite, é fundamental analisar a função hepática (tempo de protrombina, bilirrubinas totais e frações,

fator V e proteínas totais e frações – este último exame também permite calcular o GSAA e deve ser colhido simultaneamente à punção), além de dosar as transaminases e enzimas canaliculares. Outros exames necessários na avaliação de qualquer paciente com ascite são os eletrólitos, função renal e hemograma. Outros exames devem ser solicitados de acordo com o quadro clínico e a suspeita diagnóstica.

**Ultrassonografia**

Como já relatado, o exame físico é acurado na detecção de ascite em volumes acima de 1.500 mL, e a ultrassonografia de abdome pode ser útil para confirmar o diagnóstico e para guiar a punção em ascites de menor volume. Além disso, pode trazer informações sobre a causa subjacente, avaliando

o parênquima hepático, sinais de esplenomegalia ou hipertensão portal, podendo ainda revelar achados como tumores, carcinomatose e linfonodomegalia retroperitoneal.

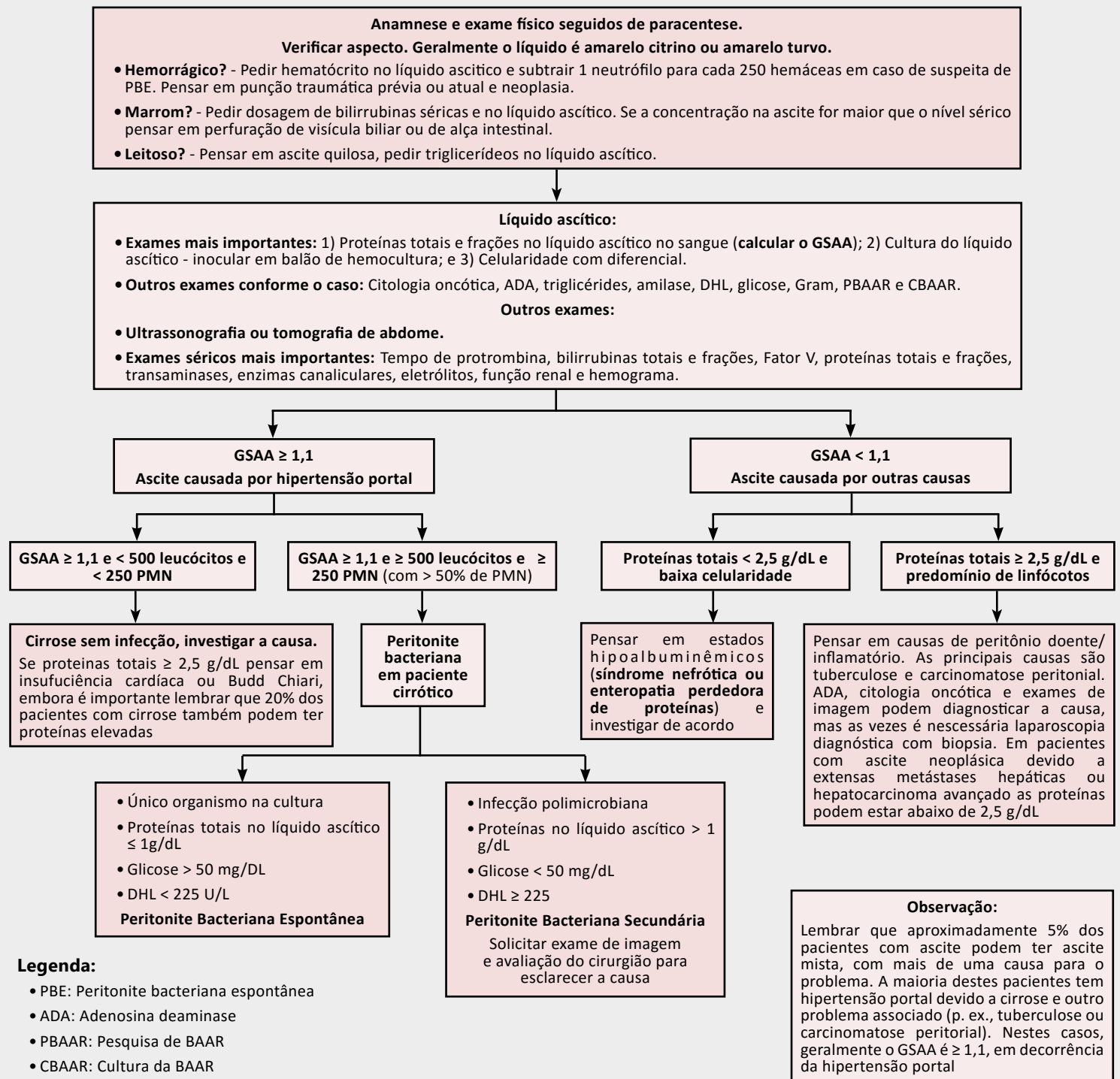
**Tomografia de Abdome**

Em casos em que a ultrassonografia não esclarece o diagnóstico etiológico da ascite e quando há suspeita de causa abdominal, a tomografia de abdome pode fornecer informações adicionais.

**Laparoscopia Diagnóstica com Biópsia**

Eventualmente é necessária, sendo útil principalmente na diferenciação de ascite tuberculosa e carcinomatose peritoneal, quando os demais exames forem inconclusivos.

**Algoritmo - Abordagem diagnóstica de pacientes com ascite**



**Legenda:**

- PBE: Peritonite bacteriana espontânea
- ADA: Adenosina deaminase
- PBAAR: Pesquisa de BAAR
- CBAAR: Cultura da BAAR
- PMN: Leucócitos polimorfonucleares
- Gradiente soro-ascite de albumina (**GSAA** = albumina sérica – albumina na ascite) ou **GASA** = gradiente de albumina soro-ascite.