

Introdução aos problemas de diagnóstico e de terapêutica das afecções hepato-biliares

por

António E. Mendes Ferreira

Ludgero Pinto Basto

SEPARATA
DO BOLETIM CLÍNICO E ESTATÍSTICO
DO HOSPITAL DO ULTRAMAR
II SÉRIE — ANO VIII — N.º 5 — 1955
LISBOA

Introdução aos problemas de diagnóstico e de terapêutica das afecções hepato-biliares

por

António E. Mendes Ferreira

Ludgero Pinto Basto

O fígado desempenha, como todos sabem, um papel fundamental na economia orgânica. Efectivamente, a composição e o volume do sangue circulante e, duma maneira geral, dos humores do organismo, estão em grande medida na sua dependência. O armazenamento, a libertação, a síntese, a conjugação e a excreção de grande número de produtos que se efectuam através desta víscera, a maior e certamente a de maior actividade metabólica de todo o organismo, fazem dela um factor essencial na manutenção das condições químicas e físicas do meio em que vivem as células e os tecidos dos animais superiores.

O fígado contribui para a homeostase regulando a glicemia, elaborando as proteínas do sangue, fornecendo ao organismo uma grande parte do calor que lhe mantém a temperatura; participa nos processos de metabolismo intermediário por operações de desintegração e de síntese das substâncias provenientes por um lado dos alimentos, por outro lado da actividade metabólica dos outros órgãos e tecidos; colabora na defesa do organismo tornando atóxicos um grande número de catabolitos e de substâncias estranhas que penetram na circulação, elaborando alguns dos factores essenciais de coagulação do sangue, fixando e destruindo micro-organismos, produzindo anti-corpos; ajuda a regulação da volémia e da tensão arterial armazenando o sangue que retira da circulação ou pelo contrário lançando nesta o sangue que contém, produzindo substâncias reguladoras do tonus vascular, etc., etc.

Este enunciado muito resumido das funções hepáticas mostra bem a importância capital deste órgão que reúne à sua notável vastidão uma multiplicidade extraordinária de actividades.

De acordo com a complexidade e magnitude das suas funções, o fígado é provido duma riquíssima irrigação sanguínea com características que lhe são estritamente peculiares. Os capilares sinusoides que se entrecruzam na intimidade do seu parênquima recebem

sangue de duas proveniências distintas: o da artéria hepática, que tem composição análoga à do sangue arterial que irriga os demais territórios do organismo, e o da veia porta, que transporta em elevadas proporções a maior parte das substâncias absorvidas ao nível do tubo digestivo. O sangue arterial fornece ao fígado principalmente a maior parte do oxigénio de que necessita; o sangue porta, muito menos rico em oxigénio, fornece-lhe os nutrientes para as suas próprias necessidades e para serem elaborados e depois transportados às mais variadas estruturas do organismo.

A importância relativa dos dois sistemas de irrigação hepática é hoje bastante bem conhecida, graças aos trabalhos de investigação, laboratorial e clínica, efectuados nos últimos anos.

Pela veia porta escoar-se a maior parte do sangue dos capilares do tubo gastro-intestinal, do baço e do pâncreas. Esta veia assegura portanto o grosso da drenagem do território esplâncnico, o mais vasto e um dos mais importantes territórios vasculares do organismo. Ela transporta ao fígado não só as secreções internas do pâncreas e o sangue com que os seus produtos bioquímicos e celulares provenientes dos sinusoides do baço, mas ainda a maior parte dos alimentos digeridos e absorvidos no tracto gastro-intestinal. Mas o sangue proveniente destes diferentes órgãos não se mistura homogêneamente no tronco da porta: O que é transportado pela veia esplénica distribui-se principalmente ao lobo esquerdo do fígado; o que é transportado pela veia mesentérica superior distribui-se ao lobo direito. Deste modo, a porção esquerdo do fígado recebe sangue que provém do baço, da parte superior do tubo gastro-intestinal e dos segmentos esquerdos do intestino grosso; a porção direita recebe o restante sangue portal. Esta distribuição do sangue portal tem particular importância na localização de certas lesões hepáticas de origem nutricional e infecciosa.

A artéria hepática fornece ao fígado cerca de uma quarta parte do sangue que irriga este órgão, sendo os restantes três quartos constituídos por sangue portal. O sangue da artéria é portanto em muito menor quantidade do que o da veia porta, mas a sua pressão é muito mais elevada, a sua velocidade de circulação muito maior e também muito mais considerável a sua riqueza em oxigénio, como já dissemos.

Tanto as ramificações da veia porta como as da artéria hepática, entre as quais existem algumas anastomoses no seu tracto

interlobular, vão desembocar nos sinusoides intralobulares, onde se misturam sangue portal e sangue arterial.

De acordo com a diferente composição do sangue que contém, é diferente o resultado sobre o fígado da oclusão da veia porta ou da artéria hepática: lesões de atrofia no primeiro caso; lesões de necrose no segundo.

Apesar da enorme importância e complexidade das suas funções, o fígado não mostra com facilidade aparente, nem por sintomas clínicos nem por alterações reveláveis laboratorialmente, a maior parte das lesões que o afectam.

Pode na realidade dizer-se, que, à parte as lesões que interferem com a excreção da bilis, nenhuma das afecções hepáticas tem expressão clínica e laboratorial que lhe seja própria, senão em fases já muito avançadas da sua evolução. Isto resulta da extraordinária capacidade funcional e regenerativa de que é dotado o órgão.

De estrutura homogénea, sem localizações funcionais particulares, todo o vasto parênquima hepática participa em medida aproximadamente igual em todas as suas múltiplas actividades. Nos estudos da circulação sinusoide do fígado verificou-se que grande parte do seu parênquima estava em repouso ou em actividade reduzida em cada momento. A vicariação das zonas activas vai-se fazendo através de todo o órgão, por mecanismos nervosos e humorais ainda incompletamente conhecidos. As exigências funcionais, pelos mesmos mecanismos, condicionam uma maior ou menor extensão da fracção activa do parênquima.

Sendo assim, mesmo atingido por lesões que destroem ou inutilizam funcionalmente extensos territórios do seu parênquima, o fígado continua muitas vezes a cumprir a sua missão fisiológica em medida suficiente para que não seja fácil apercebermo-nos de que está doente. Destas circunstâncias provém a extrema dificuldade do diagnóstico precoce de grande parte das hepatopatias.

As funções metabólicas do fígado só claudicam quando as lesões do órgão são extensas e profundas. As suas funções circulatórias são perturbadas apenas quando a fibrose atingiu extensos territórios e fez perder ao órgão a sua elasticidade, ou quando a alteração doutros factores da regulação circulatória faz recair sobre o fígado uma sobrecarga superior às suas capacidades. Pelo con-

trário, as perturbações da função excretora manifestam-se dum modo geral precoce e exuberantemente através do síndrome clínico e laboratorial da icterícia ou através de vários outros sintomas que chamam prontamente a atenção do doente e do clínico.

A traços largos, podemos esquematizar da seguinte maneira as lesões que afectam o fígado:

- Lesões hepato-celulares difusas;
- Fenómenos obstrutivos das vias biliares;
- Lesões circunscritas (tumores, quistos, abcessos, etc.);
- Lesões do retículo-endotélio.

A etio-patogenia destas lesões está na dependência de factores diversos que podem classificar-se, de acordo com HIMSWORTH, nas seguintes categorias: factores vasculares, factores nutricionais, factores metabólicos, factores tóxicos e infecciosos, factores biliares e ainda factores displásicos (neoplasias, hiperplasias, malformações).

Não vem agora a propósito considerar o papel de cada um destes factores na produção das afecções hepáticas. Basta dizer-se que na maioria dos casos eles se associam e interferem de modo a produzirem os diferentes quadros das hepatopias, que se caracterizam fundamentalmente pelos seguintes aspectos:

- 1) Sintomas locais: Alterações morfológicas do órgão (dimensões, conformação, consistência), crises dolorosas, etc.;
- 2) Síndromas ictéricos;
- 3) Síndromas portais;
- 4) Síndromas metabólicos.

Se é certo que cada um destes aspectos pode dominar o quadro clínico de modo a dar-lhe uma feição particular, não é menos certo que em cada doença hepática eles habitualmente se combinam e interpenetram dum modo mais ou menos complexo.

Porém, como já dissemos, os processos patológicos do fígado podem decorrer durante muito tempo silenciosamente sem que nenhum sintoma chame a atenção para o órgão.

Em outras circunstâncias existem indícios clínicos da hepatopatia, mas insuficientes para nos darem ideia da natureza e grau da afecção. E ainda quando as manifestações clínicas são tão exu-

berantes e expressivas que impõem o diagnóstico, não bastam em regra para nos darem a medida da gravidade e extensão das lesões nem para nos fornecerem elementos firmes para o prognóstico.

O estudo dos doentes hepáticos ou suspeitos de o serem, implica por isso a utilização mais ou menos completa de um vasto conjunto de meios de diagnóstico, que enumeramos a seguir.

1) *ANAMNESE* — Passado ictérico ou de cólicas hepáticas. Intoxicações, infecções, etc. Início e evolução da doença até à data da observação.

2) *SINTOMAS CLÍNICOS* — Os sindromas atrás mencionados, palpação do fígado e do baço, perturbações digestivas, alterações do sensório, etc.

3) *ANÁLISES BIOQUÍMICAS*

Além dos dados que podem ser fornecidos pelas análises correntes ou de rotina, tais como o hemograma, a velocidade de sedimentação, as análises de fezes, etc., dispomos para o estudo das hepatopatias de um certo número de análises bioquímicas relacionadas com as funções hepáticas ou com o aparelho excretor do fígado.

Propositadamente separámos análises bioquímicas e provas funcionais do fígado, geralmente reunidas sob o título de provas funcionais. Na realidade as análises bioquímicas limitam-se à pesquisa de alterações químicas qualitativas ou quantitativas que possam existir nos humores orgânicos, enquanto as provas funcionais, que em regra incluem também análises bioquímicas, implicam, antes da execução das análises, a administração de determinadas substâncias ao doente para comparar a sua maneira de reagir com a do indivíduo normal.

As principais análises bioquímicas utilizadas no estudo das hepatopatias podem agrupar-se da seguinte maneira:

a) *As relacionadas com a função secretora e excretora:* Índice ictérico e Van den Bergh. Bilirubinúria e urobiligenúria. Pigmentos biliares nas fezes, colalémia e colalúria. Fosfatase alcalina no soro.

O *índice ictérico* é um método colorimétrico fácil de executar e por isso adequado para avaliar as variações da icterícia diariamente.

A reacção de Van der Bergh, também um método colorimétrico, é de maior valor diagnóstico do que o índice de ictérico. Embora não tenha especificidade discriminativa absoluta, esta reacção pode servir para destringer as diferentes formas de icterícia. A existência de bilirubinúria exclui, como se sabe, a icterícia hemolítica pura.

O urobilinogéneo, resultante da reacção das bactérias intestinais sobre a bilirubina, é excretado sobretudo pelas fezes como urobilina, estereobilina e mesobiliviolina. Apenas uma pequena quantidade é absorvida pelas radículas da veia porta para ser excretada novamente pelo fígado (ciclo entero-hepático) e outra pequena porção é lançada na circulação geral para ser excretada pelos rins.

Por conseguinte, nas ictericias obstrutivas o urobilinogéneo não existe ou está muito diminuído nas fezes e na urina. Nas ictericias hemolíticas há um grande aumento de urobilinogéneo nas fezes e na urina. Nas ictericias hepato-celulares pode haver diminuição ou ausência de urobilinogéneo nas fezes, enquanto na urina está aumentando sempre que não haja obstrução biliar intra-hepática.

Os *sais biliares* percorrem também um ciclo entero-hepático: produzidos, ao que parece, na célula hepática, são lançados com a bilis no duodeno para desempenharem o seu importante papel, bem conhecido, na digestão e absorção intestinais das gorduras e das vitaminas lipo-solúveis, e ulteriormente reabsorvidos pelas radículas da veia porta para serem de novo conduzidos ao fígado e segregados por este com bilis que volta a encaminhá-los para o intestino.

Nos estados de insuficiência hepática, baixa o título dos sais biliares na bilis. Nas situações em que há obstruções intra-hepática ou extra-hepática das vias biliares, aumenta o título dos ácidos biliares no sangue e a partir de determinado nível sanguíneo, eles são excretados pelo rim, aparecendo portanto na urina.

A reacção fosfo-vanílica de Charol, Charronat e Cottet permite dosear o ácido colálico no sangue com a precisão suficiente para

dar indicações clínicas de grande utilidade nas icterícias com obstrução biliar intra ou extra-hepática. Nestas mesmas situações os ácidos biliares podem ser revelados na urina pela velha reacção de PETENKOFFER ou pelos diversos métodos de pôr em evidência a baixa tensão superficial que ocasionam (flor de enxofre, pó de lycopódio, estalagmometria, prova da parafina, etc.).

A *fosfatase alcalina* é excretada sobretudo pelo fígado e elaborada especialmente pelos osteoblastos, mas também em menor grau, por outras células do organismo. O aumento da fosfatase do soro sanguíneo significará lesão de célula hepática ou impedimento do livre escoamento da secreção biliar, sempre que possamos excluir a existência de actividade osteoblástica exagerada (Paget, tumores malignos dos ossos) ou de outras fontes de hiperprodução de fosfatase (leucémias, linfogranulomatose, tumores malignos mesmo sem metastases ósseas, hipertiroidismo, e algumas mio-clonias).

Se o aumento da fosfatase no soro é muito acentuado, corresponde em regra a obstrução das vias biliares. Pelo contrário, na icterícia hemolítica, os valores são habitualmente normais.

b) *Relacionadas com o metabolismo das proteínas*

Proteínas totais. Relação albumina-globulina. Reacções de turvação, de floculação e de precipitação.

Como se sabe, as proteínas totais do soro sofrem uma baixa nas afecções hepáticas crónicas avançadas. Esta baixa faz-se principalmente à custa da sero albumina produzida quase exclusivamente pela célula hepática, enquanto aumenta, pelo menos em valor relativo, o título das sero-globulinas. Daí resulta uma diminuição ou mesmo uma inversão da relação albumina-globulina.

Estas alterações das proteínas séricas, que resultam da claudicação das funções proteinogénicas do fígado, só aparece tardiamente, pelo que têm mais valor para a orientação do prognóstico e da terapêutica do que para o diagnóstico precoce das hepatopatias. Aliás, alterações análogas podem ser produzidas por outros mecanismos em outras doenças, tais como reticuloses, shock, etc., pelo que não traduzem de modo nenhum, especificamente, compromissos do parênquima hepático.

O fraccionamento electroforético das globulinas séricas não tem ainda aplicação clínica prática no estudo da função hepática.

As reacções de turvação, instabilidade, floculação e precipitação traduzem uma modificação dos coloides do soro, que nas doenças do fígado, se deve essencialmente à diminuição da sero-albumina, a qual normalmente inibe a floculação das globulinas. O aumento relativo das sero-globulinas é função do decréscimo da sero-albumina, o aumento absoluto, quando existe, é ao que parece, meramente compensador.

Nas afecções hepatocelulares estas reacções traduzem, no fim de contas, alterações humorais do mesmo tipo das verificadas pelo doseamento das proteínas séricas. São no entanto, mais sensíveis do que os métodos quantitativos desses doseamentos.

Deve acentuar-se que a instabilidade coloidal do soro, revelável por estas reacções, pode ser produzida por outros factores que não o abaixamento da sero-albumina, tais como aumento das globulinas, alterações qualitativas destas e alterações dos componentes orgânicos e inorgânicos do soro. Só a produção da sero-albumina está, ao que se sabe, na dependência directa da célula hepática; as alterações das globulinas, nomeadamente da globulina gama, parece serem devidas a irritação do sistema retículo-endotelial do fígado por lesões do parênquima; as alterações dos outros componentes do soro podem resultar de muitos outros processos independentes de funções hepáticas. Por isso as reacções deste tipo não são de modo nenhum patognomónicas das doenças hepatocelulares; elas resultam positivas em processos irritativos do sistema retículo-endotelial tais como a endocardite lenta, a mononucleose-infecciosa, nos estados de hipo-proteinemia, nas nefroses, nas amiloidoses, etc.

Não obstante, é considerável o valor destas reacções pois são geralmente positivas desde início nas hepatites e têm grande significado diagnóstico, prognóstico e terapêutico nas cirroses e nas icterícias obstrutivas de longa duração. Nestas últimas situações, a sua positividade marcada significa alteração profunda, por vezes irreversível, do parênquima hepático.

O valor relativo das diversas reacções de turvação, floculação e precipitação (cefalina-colesteriol, timol, cádmio, cloreto de mer-

cúrio, ouro coloidal, zinco coloidal, etc.), será discutido em ulte-
riores reuniões.

c) *Relacionadas com o metabolismo dos lípidos*

A lipemia total, a colesterinemia, o título dos fosfo-lípidos e dos ácidos gordos saturados e não saturados podem fornecer indicações úteis sobre o estado da função hepática, visto que o fígado intervém no metabolismo das gorduras e dos lipoides.

Uma das mais conhecidas funções da célula hepática é a da esterificação do colesterol, o que levou a atribuir grande importância ao doseamento dos esteres do colesterol em relação ao colesterol total. No entanto, a baixa acentuada dos esteres só se verifica nos estados muito avançados de insuficiência hepática, por isso tem mais valor prognóstico do que diagnóstico.

d) *Relacionadas com a coagulação sanguínea*

Desde que a protrombina é sintetizada no fígado e que o seu papel na coagulação sanguínea é fundamental, a determinação do tempo de protrombina tem, em certas circunstâncias, grande importância diagnóstica, prognóstica e terapêutica.

O significado da hipoprotrombinémia nas icterícias pode ser discriminado pela prova da vitamina K, cuja presença é necessária para a síntese da protrombina no fígado: se a administração desta vitamina por via parentérica restabelece os valores normais do tempo de protrombina, podemos concluir que se trata duma icterícia obstrutiva; se o tempo de protrombina se mantém alto existe seguramente lesão da célula hepática primária ou consecutiva a uma obstrução biliar prolongada.

e) *Relacionadas com o pâncreas*

Os fermentos digestivos amilase e lipase, lançados no intestino com a secreção externa do pâncreas, aumentam no soro sanguíneo não só quando esta glândula é directamente afectada, nomeadamente nas pancreatites agudas, mas também nas obstru-

ções das vias pancreáticas. Valores altos da lipasémia e da amilase, em síndromas ictericos, depõem portanto em favor de que a icterícia seja produzida por obstrução baixa do colédoco.

4) *PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA*

Não nos referiremos senão àquelas de reconhecida utilidade clínica: as provas da glicose e da galactose; as da excreção de corantes (bromosulfaleína e Rosa de Bengala) e a do ácido hipúrico.

a) *Provas da glicose e da galactose*

Dado que o fígado desempenha um papel fundamental na regulação da glicemia, o doseamento da glicemia em jejum e os títulos sucessivos da glicose no sangue depois duma sobrecarga deste açúcar (curva da glicemia) podem fornecer indicações de grande utilidade sobre a função hepática. Todavia ao valorizar as curvas da glicemia experimental tem de ter-se em conta que muitos outros factores concorrem para a regulação do nível da glicemia (ingestão, absorção intestinal, consumo pelos tecidos, glândulas endócrinas) e que por consequência o aspecto das curvas não reflecte exclusivamente, nem muito menos, a função hepática.

Mais específica do que a prova da glicose é a da galactose, açúcar que é total e exclusivamente metabolizado no fígado. Quando executada por via intravenosa, eliminando portanto as causas de erro que possam resultar de alterações da absorção digestiva, esta prova tem importante significação diagnóstica e prognóstica.

b) *Provas da excreção de corantes*

Estas provas, poucas vezes empregadas entre nós, são no entanto de grande valor diagnóstico e prognóstico. Parece-nos por isso, que se justifica que chamemos para elas a atenção e que nos detenhamos um tanto sobre os seus fundamentos e o seu significado.

Os corantes usados nestas provas a Bromosulfaleína e o Rosa de Bengala — são captados do sangue circulante pelas células de Kupfer e depois filtrados através das células hepáticas para serem

lançados na árvore biliar. A sua retenção no sangue pode portanto estar relacionada tanto com o mesênquima como com o parênquima hepáticos e com as vias excretoras, isto é, a retenção pode ser ocasionada quer por alterações do sistema retículo-endotelial do fígado, quer por alterações da célula hepática, quer por obstrução das vias biliares. Daí o ter sido considerado que tais provas eram destituídas de valor para a destringa dos sindromas ictericos.

Todavia poucas determinações laboratoriais podem ser tão esclarecedoras como as provas de excreção de corantes tanto para o diagnóstico das hepatopatias não icterias, como para o diagnóstico diferencial das icterias, como ainda para o prognóstico das afecções hepato-celulares.

Na realidade, se o corante pode sofrer retenção nas icterias hepato-celulares e nas icterias obstrutivas, é pelo contrario livremente excretado nas icterias hemoliticas puras. Este é já um dado importante de diagnóstico diferencial. Nas icterias não hemoliticas o grau de retenção é diferente e a diferença pode ser um precioso elementos de diagnóstico diferencial quando cotejada com a retenção de pigmentos biliares: nas icterias hepato-celulares a retenção do corante é mais acentuada porque se soma ao corante que regressa ao sangue por regurgitação da bilis o que fica no sangue por incapacidade secretora da célula hepática. Em alguns centros franceses e americanos o estudo comparativo da retenção dos corantes injectados e dos pigmentos biliares tem sido sistematizado de tal modo que permite muitas vezes um diagnóstico diferencial precioso, segundo os investigadores que usam frequentemente este método.

Para o diagnóstico das hepatopatias anictéricas, estas provas são mais sensíveis e específicas do que a maior parte dos restantes elementos laboratoriais de que dispomos.

Como índice prognóstico e da evolução da doença, as variações da retenção do corante podem dar-nos ideia da progressão ou da regressão das hepatopatias e podem mesmo indicar persistência de alterações patológicas quando já se desvaneceram os sinais clínicos e laboratoriais, particularmente nas hepatites.

Por todas estas razões e porque são de execução relativamente fácil, as provas de excreção dos corantes devem deixar de constituir entre nós uma raridade na investigação clínica das doenças do fígado.

c) *Prova de ácido hipúrico de Quick*

São muitas as provas dirigidas à função antitóxica do fígado: provas do azul de metilene, de salicilato, de sulfato de quinina, da santonina, do ácido glicurónico, etc. Pela sua inocuidade e pela sua notável especificidade, a prova do ácido hipúrico é a mais correntemente usada. Por ser pouco sensível, não tem grande valor para o diagnóstico precoce, mas quando positiva fornece uma indicação bastante segura de afecção hepato-celular.

A prova traduz a capacidade do fígado de conjugar o ácido benzóico com a glicocola para formar o ácido hipúrico. Como a glicocola é exclusivamente produzida pela célula hepática, a prova é dotada de elevado grau de especificidade sobretudo se o benzoato é administrado por via parentérica, eliminando-se portanto a intervenção dos factores de absorção intestinal. Ela exige contudo para poder ser valorizada com rigor, perfeita integridade da função renal para a eliminação normal do ácido hipúrico e esvaziamento completo da bexiga, antes e durante a colheita da urina para o doseamento deste ácido.

5) *INTUBAÇÃO DUODENAL*

A *intubação duodenal* esclarece-nos muitas vezes sobre o estado da vesícula e do seu conteúdo. Ela pode ainda ser particularmente útil nos doentes colecistectomizados e nos que padecem de neoplasias das vias biliares ou da cabeça do pâncreas.

a) Se há ausência de bilis no intestino, trata-se duma obstrução total do colédoco, a não ser nos períodos iniciais de algumas hepatites em que pode haver obstrução intra-canalicular;

b) a existência de bilis com cristais de bilirubinato de cálcio ou cristais de colesterol é patognomónica de litíase biliar, e, se há pus, o diagnóstico de colangite impõe-se.

c) a malignidade duma afecção biliar pode ser provada pela existência de células neoplásicas reveladas pela técnica de PAPANICOLAOU;

d) se a bilis obtida pela intubação é normal e o doente tem icterícia, a afecção é geralmente hepatocelular ou hemolítica.

6) EXAMES RADIOLÓGICOS

Os exames radiológicos esclarecem muitas vezes situações que a clínica e o laboratório deixaram em suspenso. Desde as radiografias simples do abdomen e da colecistografia corrente, que nos fornecem elementos àcerca da posição, volume e forma do órgão, existência de cálculos, possíveis tumores, alterações funcionais e orgânicas das vias biliares extra-hepáticas, até aos métodos mais recentes da flebografia da porta, da pneumografia retro-peritoneal e da colangiografia pela biligrafina que elucidam o clínico àcerca das alterações e estados patológicos do fígado e vias biliares, é verdadeiramente apreciável o auxílio prestado por estes meios complementares de diagnóstico.

Infelizmente, os estudos radiológicos, como as análises bioquímicas e as provas funcionais, não resolvem todos os problemas e estão sujeitos a vários erros.

Se o estudo radiológico do esófago pode revelar varizes significando hipertensão portal, o alargamento do arco duodenal associado a icterícia do tipo obstrutivo sugere cancro da cabeça do pâncreas ou pancreatite crónica, a imagem lacunar da região da empola de Vater com icterícia obstrutiva significa tumor da papila — existem quadros bastante ambíguos. Sucede assim sobretudo na colecistografia corrente e na mais recente colecistografia pela biligrafina, que deveria antes chamar-se colangiografia pela biligrafina, visto a sua principal utilidade ser a visualização dos canais biliares.

Efectivamente, além dos quadros radiológicos de difícil interpretação, numa percentagem apreciável das colecistites calculosas, a colecistografia não revela a existência de cálculos e são frequentes os casos em que não se obtém uma visualização suficiente dos canais biliares ou não se diagnosticam cálculos no colédoco pela biligrafina.

Contrariamente ao que se tem tantas vezes afirmado, pode fazer-se sem perigo, colecistografia aos doentes ictericos e, empregando a técnica das duas doses por via oral, segundo READINGER e SWIFT, consegue-se visualizar a vesícula em mais de 90 % dos casos, o que tem enorme importância no diagnóstico diferencial entre a icterícia obstrutiva e a resultante de hepatite aguda.

Não oferece discussão o valor para o diagnóstico e para a orientação terapêutica da colangiografia intra e pos-operatória, que pode revelar não só a existência de cálculos no colédoco e no hepático, mas também as obstruções orgânicas ou funcionais ao nível da papila e ainda o calibre e o aspecto da rede biliar intra-hepática.

Contudo nem sempre a sua interpretação é clara. Ainda recentemente uma colangiografia intra-operatória, feita num doente operado por um de nós, parecia demonstrar a existência de vários cálculos no colédoco, quando afinal havia um só; as restantes imagens, simulando cálculos, eram produzidas por bolhas de ar introduzido no colédoco ao injectar a substância opaca (Fig. I).

A *pneumografia retro-peritoneal* pode prestar precioso auxílio sobretudo quanto à situação e forma do fígado, revelando por vezes a existência de tumores. Recordamo-nos de um caso em que só a pneumografia retro-peritoneal conseguiu confirmar, irrefutavelmente, o diagnóstico clínico de ptose total do fígado (Fig. II).

A *flebografia da porta* parece fornecer elementos importantes sobretudo para a decisão terapêutica durante a operação, para localizar a obstrução portal extra-hepática (BLAKEMORE) e para demonstrar a invasão da veia porta, dos seus ramos intra-hepáticos ou da veia mesentérica superior por neoplasia maligna da cabeça do pâncreas ou por metástases hepáticas (CHILDE, MOORE e BRIDENBAUGH). Actualmente este exame radiológico constitui rotina em várias clínicas nacionais e estrangeiras para determinar as indicações operatórias na hipertensão portal (Fig. III).

7) PERITONEOSCOPIA E BIOPSIA HEPÁTICA

A peritoneoscopia é um excelente meio auxiliar de diagnóstico, sobretudo quando associada à biopsia hepática.

Em certas circunstâncias, como no fígado nevado de CURSCHMANN, no aneurisma da artéria hepática, na trombose troncular da porta, na endoflebite obliterante supra-hepática e nas metástases hepáticas de carcinoma, a peritoneoscopia pode bastar, só por si, para fazer um diagnóstico correcto.

A biopsia hepática por punção é um método simples e de grande utilidade nos casos em que está indicada, mas tem os seus perigos e inconvenientes, em virtude de ser um método cego e de

nem sempre o local do fígado puncionado apresentar as lesões que determinam a doença. Pelo contrário, quando se faz a biopsia durante a peritoneoscopia, não só se tem uma visão macroscópica do órgão como também, e sobretudo, se faz a biopsia na zona julgada mais conveniente.

Os dois métodos combinados têm particular interesse em certos casos de diagnóstico diferencial difícil, tais como as cirroses pigmentares, certas icterícias e hepatites agudas, neoplasias do fígado, Kala-Azar e sarcoidose, evitando em algumas circunstâncias a desnecessária e por vezes perigosa laparotomia exploradora.

8) *LAPARATOMIA EXPLORADORA*

Apesar de todos os meios auxiliares de que dispomos, não raramente só a laparotomia exploradora e por vezes o exame histológico extemporâneo, decidem o diagnóstico e determinam o tratamento que, a ser cirúrgico, tornou este meio de diagnóstico útil e oportuno. Não deve contudo recorrer-se a ele sem ter esgotado todas as outras possibilidades de esclarecimento do diagnóstico, dado que a exploração abdominal, nos períodos iniciais das hepatites a virus, é altamente mortífera.

Expusemos muito rapidamente, além de sumaríssimas noções de fisiologia e fisiopatologia do fígado, os meios de diagnóstico mais importantes de que dispomos para avaliar os estados patológicos do órgão, umas e outros destinados a pôr os problemas de diagnóstico e de terapêutica que se nos podem deparar na clínica.

É óbvio que os meios a que nos referimos não são todos necessários em todas as situações hepáticas. A partir da anamnese e da observação clínica, cumpre ao médico escolher os meios auxiliares adequados a cada caso. Alguns deles, no entanto, são indispensáveis, mesmo quando já esteja assente o diagnóstico, para nos darem ideias do estado do órgão e para orientarem o prognóstico e a terapêutica. Devem constituir rotina no estudo dos doentes hepáticos.

A exposição pormenorizada e a avaliação crítica dos exames de rotina e dos exames particulares necessários para resolverem problemas clínicos, tais como o diagnóstico precoce das hepatopatias, o diagnóstico diferencial dos icterícias, a importância da participação esplénica em certas hepatopatias, o estado da circulação portal e a eventual necessidade de solução cirúrgica para os síndromas portais, o diagnóstico e tratamento das doenças circunscritas e oligo-sintomáticos, etc., constituirão objecto de ultteriores reuniões.

RESUMO

Enunciam-se muito resumidamente as funções do fígado fazendo notar a sua multiplicidade, importância e complexidade.

Destaca-se o grande poder regenerativo de que é dotado o fígado e por isso a escassês de sinais clínicos e laboratoriais, mesmo nas fezes relativamente avançadas das hepatopatias que não interferem com a função excretora.

Esquematzam-se as afecções hepato-biliares e descrevem-se resumidamente:

- 1) As lesões hepato-celulares difusas.
- 2) Os fenómenos obstrutivos das vias biliares.
- 3) As lesões circunscritas (Tumores, quistos, abcessos, etc.).
- 4) As lesões do retículo-endotelio.

Esquematzam-se os meios e métodos clínicos, laboratoriais e radiológicos essenciais para o diagnóstico das afecções hepato-biliares.

RÉSUMÉ

Après une revision des fonctions hepatiques en rehaussant sa multiplicité, importance et complexité; on fait ressortir le grand pouvoir de regeneration du foie donc l'absence relative des signaux cliniques et laboratoires même dans les hepatopathies assez avancées qui n'interfèrent pas avec les voies biliaires.

Les affections hepato-biliaires sont schematizées et décrites d'une façon resumée:

- 1) Lésions hepato-cellulaires diffuses.
- 2) Fénomènes obstructifs des voies biliaires.
- 3) Lésions circonscrites (Tumeurs, chistes, abcés, etc.).
- 4) Lésion de l'endothelium.

On résume les méthodes cliniques laboratoires et radiologiques principaux pour le diagnostic des affections hepatobiliaires.

SUMMARY

A brief résumé of the functions of the liver is made calling the attention for its multiplicity, importance and complexity.

Attention is called for the great regenerative power of the liver which explains the very few clinical signs and positive laboratory tests even in the relatively advanced stages of the liver diseases without biliary obstruction.

A brief description of the following group of diseases is made:

- 1) Spreading lesions of the liver cells.
- 2) Obstructive syndrome of the biliary tract.
- 3) Localized lesions (Tumors, cysts, abscesses, etc.).
- 4) Lesions of the reticulo-endothelium.

An outline is made of the means and technics of laboratory, radiology and clinic essential for the diagnosis of the diseases of the liver and biliary system.

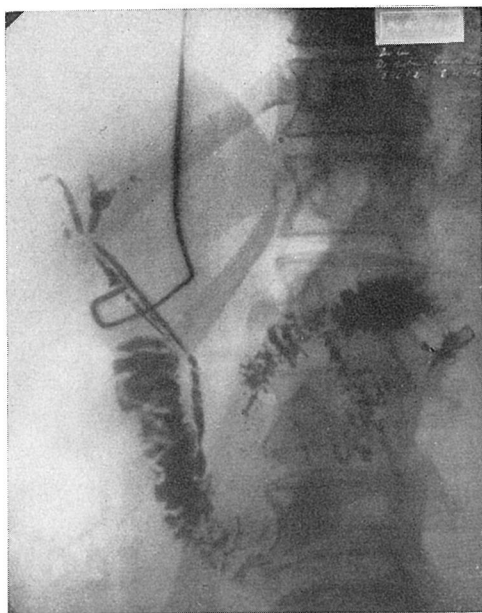


Fig. I — Colangiografia intraoperatória — Bolhas de ar dando falsas imagens de cálculos.

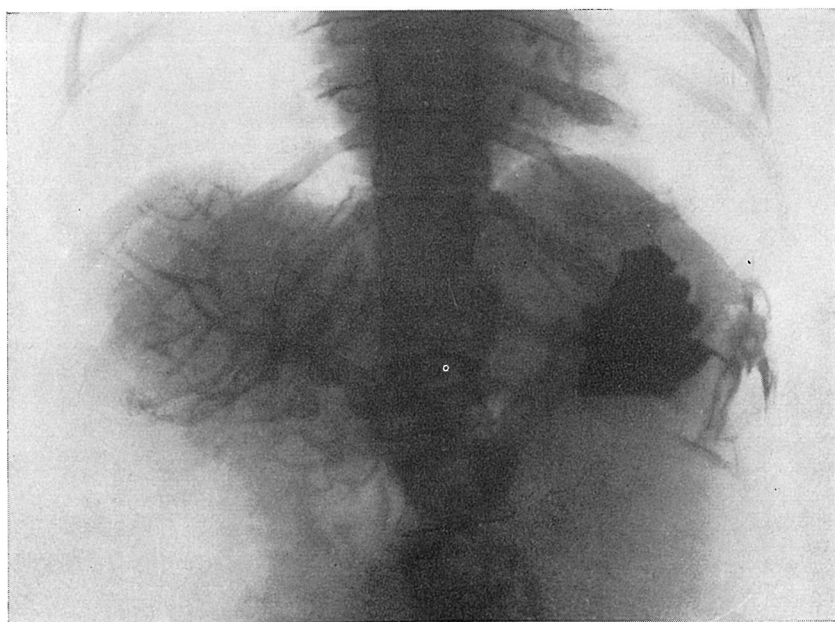


Fig. III — Flebografia da veia porta. (Deferência dos PROF. AYRES DE SOUSA e CELESTINO DA COSTA).

OFICINAS GRÁFICAS
CASA PORTUGUESA
RUA DAS GÁVEAS, 103
L I S B O A