



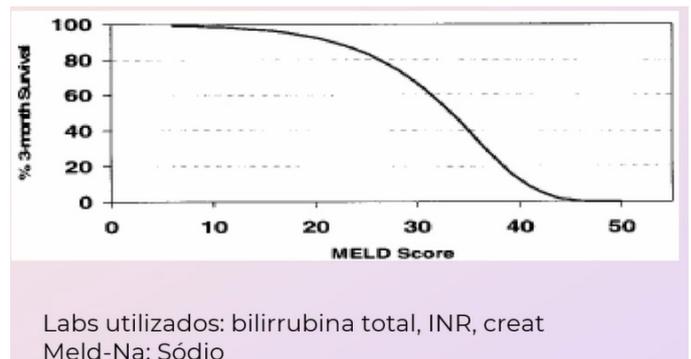
Hepatopatia Clínica

HEPATOPATIA CLÍNICA

Etiologia E Scores

- Etiologias possíveis para cirrose:
- Alcoólica – descobrimos geralmente pela história
 - Hepatite C – descobrimos principalmente pela sorologia – a hepatite B também se enquadra nos diagnósticos sorológicos, mas tem uma prevalência muito menor.
 - DHGNA – cada vez mais frequente, geralmente o diagnóstico é associado com o achado de síndrome metabólica.
 - Outras causas e como chegar ao diagnóstico dessas doenças:
 - Hepatite B
 - Sorologia
 - Hepatite autoimune
 - AML, AntiLKM1, EFP, IgG
 - Hemocromatose
 - Ferro, ferritina, aumento da saturação de transferrina – é característico da hemocromatose haver um aumento desproporcional da saturação de transferrina - e mutações genéticas.
 - Colangite biliar primária
 - Antimitocôndria
 - Colangite esclerosante primária
 - USG e colangioRM s/n
 - Doença de Wilson - causada por um depósito anormal de cobre no corpo
 - Ceruloplasmina baixa, cobre urina de 24h elevado e o exame físico vai apresentar um achado característico que são os anéis Kayser Fleisher, anormalidade da córnea.
 - Deficiência A1-antitripsina
 - A1T sérica baixa – genético.
 - Criptogênica
 - Causa mais importante de cirrose criptogênica é a doença hepática gordurosa não alcoólica.

- A descompensação da cirrose, por si só, reduz a sobrevida dos pacientes.
- Predição de mortalidade – MELD
- Escala MELD
 - Critérios de transplante hepático
 - Laboratórios utilizados:
 - Bilirrubina total, INR e creatinina
 - Meld-Na: sódio – desde há muito tempo atrás foi visto que usar o score MELD junto com o sódio é mais preciso para prever mortalidade.
 - O MELD 15 é onde a mortalidade da cirrose é maior do que a mortalidade do transplante.
 - O MELD é um score mais agudo, prediz a mortalidade em cerca de 03 meses.



Investigação Da Ascite

- Classificação de CHILD-PUGH, prediz a mortalidade em 01 ano:
- Atentar para que TGO e TGP não são marcadores de função hepática, nem GGT ou FA. Quando pensamos em função hepática pensamos em: Albumina, bilirrubina, INR e fator V (mais sensível).
 - Fator V é produzido exclusivamente no fígado, o que nos ajuda a prever como está a função do órgão.

- A: 5-6 pontos (100% vivos em 01 ano), B: 7-9 pontos (80%), C: 10 – 15 pontos (45%)

FUNÇÃO: Albumina, Bilirrubina, Tempo de protrombina (INR), Fator V (+ sensível)			
A: 5-6 pontos (100%) B: 7-9 pontos (80%) C: 10-15 pontos (45%)			
Child-Pugh	Pontos		
	1	2	3
(A)scite	Ausente	Leve	Moderada/Grave
(B)ilirrubina (mg/dL)	< 2	2 - 3	> 3
(C) INR	< 1.7	1.7 – 2.3	> 2.3
(D) Albumina (g/dL)	> 3.5	3 – 3.5	< 3
(E)ncefalopatia	Ausente	Graus I e II	Graus III e IV

→ A ascite é a complicação mais comum do paciente cirrótico:

- Paracentese
 - Gradiente soro-ascite-albumina (soro – ascite)
- > ou = a 1.1g/dl
 - Transudato = hipertensão portal
 - Proteína na ascite < 2.5 – cirrose
- O paciente cirrótico tende a ser um paciente desnutrido, ele perde bastante albumina, por isso tende a ter uma quantidade de proteína na ascite muito menor que o paciente com ICC.
 - Proteína na ascite > 2.5 – cardiogênica
- < 1.1 g/dL – Exsudato, ou seja, doenças próprias do peritônio
 - Como dar o diagnóstico?
 - Tuberculose
 - ADA, BK, Biópsia
 - Carcinoma
 - citologia oncótica – o câncer de ovário é o que geralmente dá mais carcinomatose peritoneal.
 - Pancreática
 - amilase elevada
 - Quilosa
 - TG > 1000
 - Nefrogênica
 - Ptn < 2,5, proteinúria

- Obs: toda ascite nova deve ser puncionada, não existem dados que suportem PFC ou transfusão de plaquetas pré-paracentese.

→ História natural da ascite

- Fatores que se sucedem:
 - HP sem ascite
 - Ascite não complicada
 - Ascite + HipoNa
 - Ascite refratária

○ Tratamento

Dieta	Restrição de sódio (2g/dia) Na urinário sem diuréticos > 78 meqs/24h = má adesão Restrição hídrica apenas se Na < 120-125
Diuréticos	Espironolactona + Furosemida (Razão 100:40) Titular doses a cada 3-5 dias
Outros	Cessar etilismo Interromper AINES

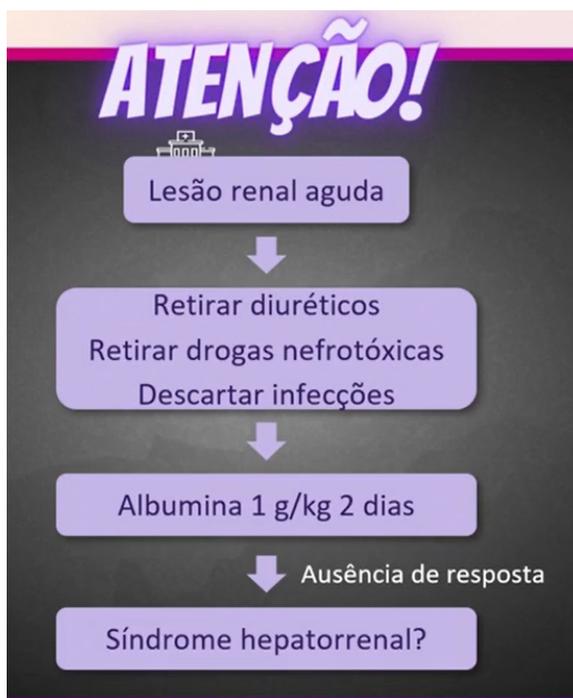
- A dose máxima da espironolactona e furosemida costuma ser 400:160.
 - Conceitos para prova
 - Principal efeito colateral da espironolactona: ginecomastia (amilorida como opção)
 - Considere interromper propranolol, principalmente se refratária.
 - Esse conceito vem de estudos recentes de que o propranolol pode aumentar a probabilidade de disfunção renal e de síndrome hepatorenal. Considerar principalmente em pacientes com ascite refratária.
 - Avaliação de transplante de fígado
 - A infusão semanal de albumina em cirróticos descompensados por ascite, melhora em geral a sobrevida (estudo ANSWER)
- O que é ascite refratária?
- NÃO responde a espironolactona 400 mg + furosemida 160 mg (ou não tolera aumento de dose)
 - Sódio urinário < 78 mmol/74h (denota adesão ao tratamento)

- Paracentese de alívio -> se > 5L, fazer 8g de albumina por litro retirado como prevenção de síndrome hepatorenal.
- Tratamento: paracenteses seriadas vs. TIPS (+ encefalopatia, controla melhor ascite) -> tudo isso deve ser feito como ponte para o transplante de fígado

Sind. Hepatorrenal

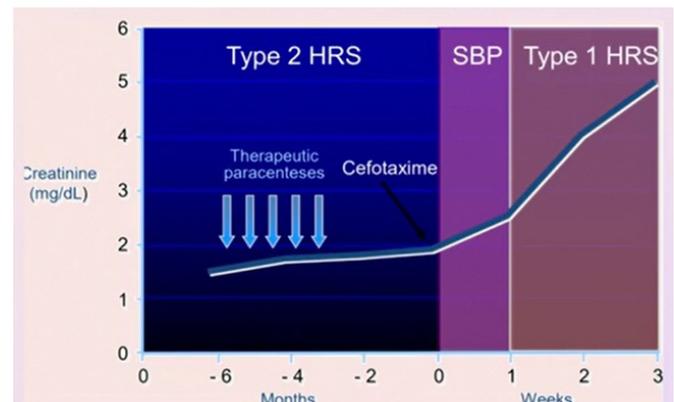
➔ Geralmente costuma seguir o mesmo roteiro da ascite, ao chegar na ascite refratária a chance de desenvolver uma síndrome hepatorenal é gigantesca. Se trata de uma piora da função renal por conta da própria cirrose.

- Características clínicas
- Cirrose com ascite
- Creatinina sérica > 1,5 mg/dL
- Sem melhora da creatinina após 2 dias de diurético suspenso
- Sem melhora da creatinina após expansão por 2 dias com albumina (1g/kg até 100g)
- Ausência de choque, uso de nefrotóxico
- Sedimento de urina brando / sem rim morfológicamente doente.



➔ História natural da HRS:

- A Tipo 1 é muito mais grave que a tipo 2.
 - A história natural da tipo 2 é aquele paciente que tem ascite refratária e faz paracenteses de alívio de repetição por vários meses, até o dia que ele faz uma PBE, após semanas da PBE ele terminar de ‘fritar’ o rim de forma aguda.
- A peritonite bacteriana espontânea é um dos principais fatores de risco para SHR, pode fazer com que o paciente pule algumas etapas na história natural da doença.



- Tratamento
 - HRS – tipo 1
 - Terlipressina 0.1 – 1 mg a cada 4 a 6h
- + albumina 20-40g/dia
- Alternativa noradrenalina
 - Contraindicação
 - Coronariopatia, AVC
 - Efeito adverso
 - Congestão, isquemia de extremidade, dor abdominal, diarreia
 - Reavaliar em 2 dias
 - Queda de Cr < 25% = não resposta
 - Aumentar terlipressina progressivamente até 12mg/d
 - Se não tiver resposta
 - Diálise
 - TIPS
 - Transplante hepático

→ Peritonite bacteriana espontânea

- Diagnóstico de peritonite bacteriana, na ascite = > 250 PMN + cultura líquido

	> 250 PMN	Cultura Positiva	Outros Exames	Tratamento
Peritonite Bacteriana Espontânea	+	+	-	ATB
Ascite Neutrócítica	+	-	-	ATB
Bacteriascrite	-	+	-	Repetir paracentese. Tratar se sintomas.
Peritonite Bacteriana Secundária	+	Usualmente Polimicrobiana	↑DHL, glicose < 50, FA > 240, CEA > 5	ATB + Abordagem Cirúrgica

- Quando suspeitar?
 - Febre, dor abdominal ou qualquer descompensação da ascite
- Como tratar?
 - Antibiótico: cefalosporina 3ª geração (ceftriaxone, cefotaxima)
 - 5 dias
 - Se hospitalização recente ou uso de ATB recente
 - Optar por cefepime / tazocin
 - Profilaxia de síndrome hepatorenal
 - Fazer albumina se: cr > 1, Ur > 60 ou BT > 4
 - D1 albumina 1,5 g/kg + D3 albumina 1g/kg
 - Profilaxia primária
 - Cirrose + HDA varicosa: ceftriaxone ou norfloxacino 7 dias
 - Norfloxacino (ou Sulfametoaxol/TMP) cronicamente se: cirrose + ascite
 - + Proteína líquido ascítico < 1,5 dL
 - Disfunção hepática grave (Child C e bilirrubina > ou = a 3) ou disfunção renal (Cr > ou = a 1,2 ou Na < ou = 130)
 - Profilaxia secundária
 - Todos com episódios de PBE prévio
 - Norfloxacino ou sulfametazol / trimetoprim

→ Encefalopatia hepática

- Graus



→ Tratamento

- Medidas gerais
 - Estabilização clínica: proteger vias aéreas, hidratação e monitorizar
 - Suspende diurético
 - Identificar fatores precipitantes (infecção, eletrólitos, constipação, desidratação, sedativos)
 - Fornecimento de suporte nutricional adequado – manter a ingesta proteica (1,2 – 1,5 g/kg/dia)
 - Uma alimentação rica em proteína aumenta a probabilidade de formação de amônia no intestino, apesar disso, não pode parar a ingesta proteica adequada.
 - SNE em EH graus III e IV
 - Haloperidol se muito necessário, evitar benzodiazepínicos
- Medicamentos
 - Lactulose – 3 evacuações diárias
 - Enemas
 - Antibióticos não absorvíveis
 - (rifaximina, neomicina, metronidazol)
- Benzodiazepínicos tendem a piorar a encefalopatia hepática.
- Obs: sintoma mais precoce de encefalopatia hepática
 - Distúrbio do sono e vigília

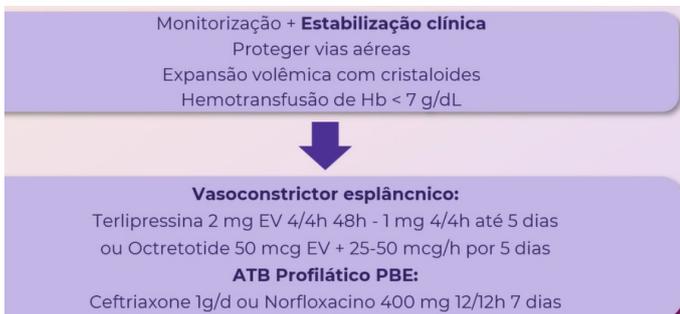
HDA

→ HDA varicosa

- 50% dos cirróticos vão ter em algum momento da doença, 30 a 40% dos compensados, 85% dos descompensados

- LS < 20kPA e contagem de plaquetas > 150.000 torna muito improvável a ocorrência de varizes esofágicas.
- EDA para triagem de varizes, exceto os pacientes acima citados, todos devem receber ao diagnóstico.
 - Repetir a cada 2 anos se lesão hepática contínua (obesidade, álcool) ou 3 anos (abstinência, eliminação viral)
 - Varizes grau 1 repetir 1-2 anos
- EDA no momento de outra descompensação clínica (ascite, encefalopatia)

→ Tratamento



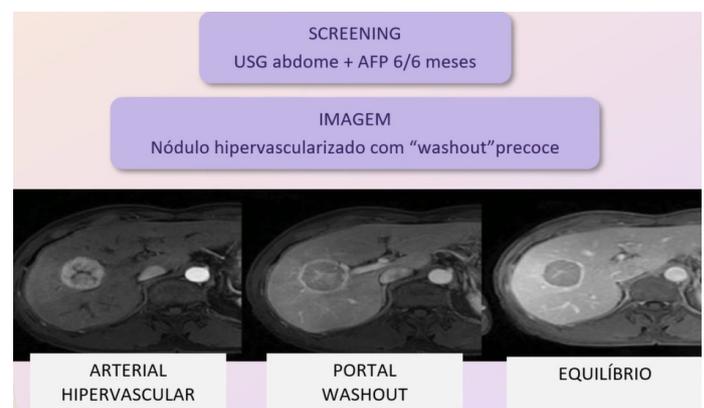
- Quem deve fazer transfusão de outros hemocomponentes?
 - Plaquetas < 50.000
 - INR > 1,5 -> plasma + vitamina K
 - Omeprazol IV
- Terapia endoscópica
 - Esofágica: ligadura ou esclerose
 - Gástrica: cianoacrilato
- A partir da segunda endoscopia dizemos que o paciente tem HDA varicosa refratária:
 - TIPS, balão de sengstaken-blakemore
 - Cirurgia para derivação portossistêmica por radiointervenção – cada vez menos realizado.
- Profilaxia



→ Síndrome hepatopulmonar

- Diagnóstico
 - Ortodeoxia + platipneia
 - PaO₂ < 80 mmHg ou gradiente de oxigênio alveolar – arterial > ou = 15 mmHg (> ou = 20 se > 65 anos)
 - Ecocardiograma com microbolhas
 - Microbolhas no átrio esquerdo em 1 ciclo = shunt intracardiaco. Após 3 a 8 ciclos = dilatação de vasos intrapulmonares
 - O₂ suplementar se necessário
 - Transplante hepático

→ Carcinoma hepatocelular



- Conduta
 - Transplante hepático: critérios de milão (1 nódulo 5cm ou 3 < 3 cm)
 - Ressecção ou ablação: função hepática preservada, nódulo único ou até 3 < 3cm
 - Quimioembolização: função hepática preservada/multinodular/irresecável.
 - Terapia sistêmica (sorafenib) invasão vascular / acometimento extra-hepático / função hepática preservada / ECOG até 2
 - Insuficiência hepática ou sem status performance = suporte

- B) Aguardar 72 horas para repuncionar o LA, só devendo iniciar antibiótico, se os neutrófilos estiverem acima de 600/ mm³
- C) Iniciar uma cefalosporina de terceira geração, pois é o antibiótico de escolha na peritonite bacteriana espontânea (PBE)
- D) Solicitar uma ressonância magnética de abdômen para descartar um abscesso esplênico
- E) Iniciar profilaxia para PBE com claritromicina de 24/24 horas por 7 dias

3) SES PE 2020 – R3

Um homem de 59 anos de idade é avaliado na UPA devido a uma confusão mental com 18 horas de duração. Ele tem histórico de cirrose devido à hepatite C crônica. Ele não mudou sua dieta recentemente nem apresenta sintomas sugestivos de sangramento gastrointestinal. Seu hábito intestinal têm sido regular e inalterado. Seu único medicamento é clonazepan iniciado há duas semanas devido a um quadro de ansiedade. No exame físico, o exame abdominal é normal; não há evidência de ascite. Apresenta ao exame físico asterix bilateralmente. Não há achados neurológicos focais. Os exames laboratoriais estão todos normais. Além de iniciar a lactulose, qual das alternativas a seguir é a próxima etapa mais apropriada para esse paciente?

- A) Suspender o clonazepan
- B) Solicitar uma tomografia de crânio com contraste
- C) Iniciar uma dieta com restrição proteica
- D) Associar tiamina 300 mg diário
- E) Associar óleo mineral 15 ml de 12 em 12h via oral

Questões

1) USP – SP – SP - 2020 – R3 – clínica médica

Homem de 30 anos, etilista, sem outras comorbidades, tem queixa de dor abdominal e aumento do volume abdominal há um mês, acompanhadas de febre e perda de 10 kg no período. Não usa medicações. Exame clínico: regular estado geral, descorado +/-4+, hidratado, FC = 80 bpm, FR = 18 ipm, T = 37,2 C, PA = 110 x 80 mmHg. Exame cardiopulmonar sem alterações. Abdome indolor, globoso, com presença de ascite, baço não percutível. Membros inferiores sem edema ou sinais de TVP. Na análise de líquido ascítico, é mais provável encontrarmos

- A) Gradiente de soro-ascite elevado
- B) Presença de cocos gram negativos
- C) Citologia oncótica positiva
- D) Adenosina desaminase elevada

2) SES – PE – 2018 – R3

Um cirrótico do sexo masculino, 70 anos chega à UPA com ascite e febre há 11 dias. Na urgência, foi realizada uma paracentese para estudo que apresentou uma contagem de polimorfonucleares 490 cel/mm³, proteína total do líquido ascítico (LA) 0,6 g/dl e cultura do LA negativo. Qual a conduta adequada nesse caso clínico?

- A) Encaminhar para o cirurgião, pois se trata de um abdômen agudo

Gabarito

- 1- D
- 2- C
- 3- A