

Hepatopatias Agudas

Hepatites Virais Agudas

Podem ser assintomáticas, mas classicamente manifestam-se de forma trifásica:

Fase prodrômica

Fase icterica

Fase de convalescença;

Alterações laboratoriais:

Elevação proeminente de transaminases (>1000), sem relação com a gravidade,

Leucopenia ou linfocitose

Hiperbilirrubinemia direta.

Hepatite A

Via de transmissão: Fecal oral;

Clínica

Maioria das vezes é assintomática, mas pode se apresentar com icterícia, síndrome colestática ou até mesmo insuficiência hepática fulminante (raro).

Nunca crônica.

Diagnóstico: anti HAV IgM positivo

Tratamento:

Sintomáticos

Isolamento por até 15 dias após surgimento da icterícia;

Profilaxia com vacinação pré exposição.

Hepatite B

Via de transmissão: sexual (principal), vertical e percutânea;

Cronifica! 90% em recém nascidos e 5-10 % em adultos;

HBsAg : primeiro marcador. Quando persiste por mais de 6 meses = hepatite crônica;

Painel sorológico:

Anti HBc total: marcador de contato com o vírus. IgM = infecção aguda. IgG = infecção crônica

HBeAg: marcador de replicação viral e infectividade

Anti HBe: fim da fase replicativa

Anti HBs: indicador de cura e imunidade

	HBsAg	HbeAg	Anti-Hbc IgM/ IgG	Anti-HBe	Anti-HBs
Aguda	+	+/-	+/-	-	-
Crônica Replicativa	+	+	-/+	-	-
Crônica não replicativa ou mutante pré-core	+	-	-/+	+	-
Curado	-	-	-/+	-	+
Vacinado	-	-	-/-	-	+

ATENÇÃO! O painel sorológico da hepatite B é um dos temas mais prevalentes em concursos. Caso só consiga estudar UMA coisa sobre Hep B, dedique-se a este tema.

Tratamento

Inclui as seguintes opções: Interferon, Lamivudina, Adefovir, Tenofovir, Entecavir.

Hepatite C

Transmissão: vertical, sexual, percutânea

Hepatite viral que mais cronifica – 80-90%

Vários genótipos já descritos, sendo os mais comuns : 1 (mais comum no Brasil, mais agressivo e pior resposta ao tratamento), 2 e 3.

Tratamento

Inclui: Interferon peguilhado, Ribavirina e os novos inibidores de protease Elaprevir e Boceprevir

Hepatite Medicamentosa

Existem 3 tipos principais de lesões:

Hepatocelular: paracetamol, halotano, isoniazida, fenitoína, AINEs;

Coletática: anticoncepcionais orais, eritromicina, amoxicilina/clavulanato;

Indução de esteatose: amiodarona, tetraciclina.

Diagnóstico:

Exposição + elevação de aminotransferases/FA/GGT + icterícia (nem sempre)

Algumas drogas, como o paracetamol, causam lesão dose dependente, geralmente mediadas por lesão direta dos hepatócitos e aparecimento rápido de sintomas.

Outras como o halotano e a isoniazida têm toxicidade idiossincrásica.

O tempo entre exposição e sintomas pode variar e podem surgir reações extra-hepáticas (rash, artralguas, etc), sugerindo mecanismo imunológico;

Algumas drogas como isoniazida, metildopa, halotano e metotrexate podem levar à hepatite crônica e cirrose.

Paracetamol: dose dependente (10-15 g), tipo hepatocelular.

Tratamento com N-acetilcisteína nas primeiras 10-24 horas para casos graves.

Hepatite Alcólica

Quadro clínico variável: desde totalmente assintomático com icterícia ou sinais de insuficiência hepática, dor abdominal, febre. HAD varicosa pode ocorrer na ausência de hipertensão portal.

Diagnóstico:

História de alcoolismo

Marcadores sugestivos hepatopatia alcólica: TGO/TGP>1, ↑GGT

Aumento de transaminases (raramente > 400)

Bilirrubina sérica francamente aumentada

Tratamento

Abstinência total de álcool

Prednisolona em casos graves (MELD > 20 ou índice de função discriminatória > 32)

ATENÇÃO!

O que são MELD e índice de função discriminatória?

MELD é sigla para Model for End-stage Liver Disease. Score que leva em conta 3 parâmetros – Creatinina e bilirrubina sérica e INR – para definir prognóstico e mortalidade em pacientes com doença hepática. Na prática médica é utilizado para aprimorar a alocação de pacientes na fila do transplante hepático.

O IFD, ou Score de Maddrey serve apenas para indicar uso de corticóides por 4 semanas em pacientes com hepatite alcólica grave. Leva em consideração o Tempo de Protrombina e a Bilirrubina sérica.

Hepatite Fulminante

Instalação de sinais e sintomas de insuficiência hepática grave, em até 8 semanas do início da hepatite, representados principalmente por INR > 1,5 e algum grau de encefalopatia, em paciente sem cirrose prévia.

Principais causas:

Hepatite B

Acetaminofeno (principal causa nos EUA e Reino Unido)

Classificação (pela AASLD):

Hiperaguda: < 7 dias

Aguda: 7-21 dias

Subaguda: > 21 dias e < 26 semanas

Quadro Clínico

Encefalopatia, edema cerebral com hipertensão intracraniana, coagulopatia, insuficiência renal, hipoglicemia, acidose metabólica, distúrbios eletrolíticos;

Tratamento:

Transplante hepático é a única medida que reduz letalidade. Além disso, medidas de suporte intensivo

ATENÇÃO! Critérios King's College para indicação de transplante:

Pacientes em uso de paracetamol

pH < 7,3 ou INR > 6,5 e creatinina >3,4 mg/dL

Pacientes que não estão em uso de paracetamol

INR > 6,5 ou três dos critérios abaixo:

- *Idade < 10 ou > 40 anos*
- *Hepatites (exceto A ou B), halotano, drogas*
- *Icterícia precedendo encefalopatia por > 1 semana*
- *INR > 3,5*
- *BT > 17,6*

Esqueça Tudo Menos Isto!

- ✓ **HEPATITE B – Painel sorológico:**
HbsAG = Contato com o vírus. Aguda ou crônico (>6 meses)
Anti-HBc = Infecção pelo vírus – IgM aguda / IgG crônica
Anti-HBs = Cura ou Vacinação
HBeAg = replicação viral / alta infectividade

- ✓ **HEPATITES VIRAIS**
A que mais faz colestase intra hepática? A
A que mais evolui para forma fulminante? B

A única em que o material genético é DNA? B
A que mais se associa à manifestações extra hepáticas? B
A mais relacionada ao carcinoma hepatocelular? B
A que mais cronifica? C

- ✓ *HEPATITE MEDICAMENTOSA – PARACETAMOL → dose dependente. Tratamento específico com acetilcisteína.*
- ✓ *HEPATITE FULMINANTE → Evolução em até 8 semanas / ↑INR e Bb + Encefalopatia*
- ✓ *HEPATITE ALCÓOLICA → AST/ALT >1 e ↑GGT. Prednisolona por 4 semanas em casos graves.*

