

Revista da AMRIGS

Publicação Oficial de Divulgação Científica da Associação Médica do Rio Grande do Sul - www.revistadaamrigs.org.br

Revista da AMRIGS - BL ISSN 0102 - 2105 - Volume 53 - Número 3 - Julho - Setembro 2009 / Suplemento

XX Congresso Brasileiro de Hepatologia

30 de setembro a 3 de outubro de 2009



Gramado - Rio Grande do Sul
Centro de Convenções Serrano Resort

www.congressodehepatologia.com.br

>31 U/L na ausência de hepatite B ou C, consumo significativo álcool e saturação da transferrina >50%). Resultados: Uma série de 147 pacientes obesos mórvidos foram incluídos, sendo 14,3% (n=21) do sexo masculino e 85,7% (126) do sexo feminino, com idade média de 34,61±9,39 anos e média do índice de massa corpórea de 47,17±4,92Kg "m2. Dos 147 pacientes incluídos no estudo, 123 (92,48%) preencheram critérios para esteatose hepática, sendo que 84 (63,16%) segundo critérios de Clark 63,16% e 86 (64,66%), de acordo com achados de ultrassonografia. Foram identificados 28 comorbidades no total e as principais consistiram em: gastrite (n=119 " 80,95%), hipertrigliceridemia (n=64 " 44,8% " 152,29±63,03g"dl), hipercolesterolemia (n=64 " 44,8% " 195,97±38,25 g"dl), hipertensão arterial sistêmica (n=79 " 53,74%), doenças osteoarticulares (n=67 " 45,57%), esofagite (n=44 " 26,34%), diabetes mellitus (n=28 " 19,04%), acidente vascular encefálico (n=20 " 13,6%). Não foi observado diferença significante na associação entre esteatose hepática e dislipidemia, assim como com o grau de IMC. Conclusão: A ultrassonografia mostrou ser um método de imagem seguro para o diagnóstico de esteatose. Foi demonstrada uma prevalência de esteatose hepática semelhante à encontrada por PONIACHIK et.al. (91,2%), o qual utilizou como método diagnóstico estudo histopatológico, considerado exame padrão-ouro.

ID 316

DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM CRIANÇA PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO E IMUNOSSUPRESSÃO COM TACROLIMUS.

ADAMI MR, KOHLS FT, MOTTIN M, SOUZA M, PICON PX, VIEIRA SM, SANTOS JL, KIELING CO, FERREIRA CT, ZANOTELLI ML, GOLDANI HA.

SETOR DE GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HCPA

OBJETIVO: A exacerbação da doença inflamatória intestinal (DII) ou seu desenvolvimento após transplante (Tx) e relatada em adultos e pode relacionar-se com uso de imunossupressores e infecção por citomegalovírus (CMV); no entanto esta associação é incomum em crianças. Descrevemos um paciente com diagnóstico de DII após Tx hepático por atresia de vias biliares extra-hepática (AVBEH).

METODO E RESULTADO: Menina, 9 anos, internou com epigastralgia, vômitos e emagrecimento há 2 meses. Tx hepático por AVBEH há 8 anos e primoinfecção por CMV 1 ano pós-Tx. Imunossupressão com tacrolimus. História familiar: pai com doença de Crohn. Exames durante internação: Ecografia abdominal - espessamento de paredes cecais, sem apendicite. Laboratório: Hb 10 g/dL; VSG 60 mm; PCR 63,6 mg/L. Trânsito intestinal: atenuação do relevo mucoso e leve estreitamento no íleo terminal. Ceco e cólon ascendente com estenose de calibre irregular. Colonoscopia: estenose próxima ao ângulo hepático; transverso, descendente e sigmóide com ulcerações. Histologia compatível com doença de Crohn. Pesquisa de BAAR e fungos negativa. Iniciado tratamento com azatioprina (2 mg/kg/dia) e prednisona (2 mg/kg/dia), mantido tacrolimus. Atualmente esta assintomática em redução de prednisona e com provas hepáticas normais. **CONCLUSÕES:** Descrevemos a associação de doença de Crohn e transplante hepático em um paciente pediátrico que apresentava como fatores de risco o uso de tacrolimus como imunossupressor primário, infecção por CMV e história familiar de DII. O conhecimento da relação entre o desenvolvimento de doenças imunes no curso do transplante de órgãos sólidos ainda é limitado; entretanto, o uso de imunossupressão poderia interferir na tolerância da microflora nativa (Verdonk et al., 2006; Hampton et al., 2008).

ID 317

ASSOCIAÇÃO DE PANCREATITE AGUDA E COLANGITE ESCLEROSANTE PRIMÁRIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO.

MIRANDA SL, AUN LC, WINTER RCG, MACCHIONE RC, SCHULZ P.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO – SP.

INTRODUÇÃO: A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença crônica progressiva, de etiologia desconhecida, caracterizada por fibrose e inflamação difusa e descontínua das vias biliares intra e extra-hepáticas, podendo evoluir para cirrose hepática. 70% dos casos se associam com doença inflamatória intestinal (DII), sendo 90% destes com retocolite ulcerativa e 10% com doença de Crohn (DC). Litíases biliares intra e extra-hepáticas podem ocorrer nos pacientes com CEP, podendo complicar-se com pancreatite aguda. **PACIENTES E MÉTODOS:** Relato de caso acompanhado na ISCMSP, de dezembro de 2008 a julho de 2009. **RELATO DE CASO:** B&, 19 anos, há 3 anos com diarreia baixa de pequena intensidade, tendo evoluído há 6 meses, com aumento da frequência e do volume das evacuações, enterorragia e emagrecimento de 12 kg. Há 20 dias com icterícia, prurido generalizado, colúria, acolia e fadiga, dor epigástrica de forte intensidade com irradiação para dorso e piora pós-prandial. Internado para investigação e compensação clínica. Ao exame: icterícia 3+/4+, sem estigmas de hepatopatia, abdome

flácido, indolor e sem DB. Exames laboratoriais: fosfatase alcalina = 4789 U/L (VR 90-360), GGT = 876 (VR 2-30), bilirrubinas totais = 10,7 mg/dL, AST = 544 U/L (VR 8-33), ALT= 703 U/L (VR 10-40), lipase = 1140 U/L (VR 6-51), amilase = 29 U/L (VR 20-104). Colangiografia por ressonância magnética: sinais de hepatopatia crônica incipiente, áreas de dilatação cística das vias biliares intra-hepáticas, algumas com cálculos em seu interior, e aumento difuso do pâncreas. Colonoscopia: ulcerações rasas nos cólons sigmóide, descendente e transversos, entremeadas por áreas de mucosa normal, sugestivo de DC; biópsias: processo inflamatório inespecífico ulcerativo. Diagnosticado DC e CEP com pancreatite aguda biliar, tendo sido iniciado, após período de jejum e melhora do quadro pancreático, mesalazina 3 g/dia, azatioprina 100 mg/dia e ursacol 900 mg/dia, com remissão completa da diarreia e manutenção da colestase. Listado para transplante hepático, em acompanhamento clínico. **CONCLUSÃO:** Deve ser feita suspeita clínica de CEP em pacientes assintomáticos com elevação de enzimas canaliculares ou com colestase clínica, sendo mandatório a investigação de DII associada, visto que pode manifestar-se antes, após ou durante a abertura do quadro intestinal. As principais complicações nestes casos são: risco aumentado de colangiocarcinoma (10%), de neoplasia de cólon (13%) e de litíase biliar (25%).

ID 318

CARCINOMA HEPATOCELULAR MANIFESTANDO-SE COMO MASSA HEPÁTICA EM PACIENTE JOVEM PORTADOR DE HEPATITE B

SMITH,P.C.; FILHO,J.M.; COLNAGO,K.B.S.; FERREIRA,A.D.; SEGALOTE,J.O.; MONDINO,M.D.B.; OLLOA,R.E.G.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO, RJ

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o quinto câncer mais comum e a terceira causa de morte por câncer no mundo. Existe grande variabilidade geográfica devido, dentre outros fatores, à infecção pelo vírus B, sendo este o maior responsável pelo CHC no mundo, principalmente no grupo que evolui com cirrose (70-90%). Entretanto, caso a aquisição do vírus B seja na infância, o CHC poderá se desenvolver numa faixa-etária mais precoce, mesmo na ausência de cirrose, e ter um comportamento mais agressivo. **Objetivo:** Relato de caso de um paciente de 28 anos com diagnóstico de hepatocarcinoma. **Método:** Revisão de prontuário de paciente internado no HUAP e revisão de literatura dos últimos cinco anos pelo MEDLINE. **Resultados:** Paciente masculino, 28 anos, internado no HUAP para investigação de emagrecimento, aumento do volume abdominal e epigastralgia. Ao exame: corado, anictérico. Abdome: hepatomegalia, com massa endurecida e muito dolorosa ao nível do epigástrico e HD. US abdome com Doppler: fígado aumentado de tamanho, ecotextura difusamente heterogênea, extensa trombose de veia porta, envolvendo ramo direito e esquerdo, até junção esplenomesentérica. Intensa circulação colateral. TC Abdome: nódulos hepáticos hipervascularizados sugestivos de CHC. **EDA:** varizes de esfôago de pequeno calibre. HBsAg +, HBeAg +, Anti HCV -. **Plaq:** 291.000, **TAP:** 75%, **AST:** 110, **ALT:** 55, **GGT:** 647, **FA:** 247. **Alfa-fetoproteína >400.** **Conclusões:** O HBV é fator predisponente importante de CHC, independente da presença de cirrose hepática. Portanto, o diagnóstico de CHC deve ser aventado em todo paciente HBsAg + que apresente lesão expansiva no fígado, mesmo no grupo mais jovem.

Palavras chave: Hepatite B, hepatocarcinoma, alfafetoproteína

ID 318

CARCINOMA HEPATOCELULAR MANIFESTANDO-SE COMO MASSA HEPÁTICA EM PACIENTE JOVEM PORTADOR DE HEPATITE B

SMITH,P.C.; FILHO,J.M.; COLNAGO,K.B.S.; FERREIRA,A.D.; SEGALOTE,J.O.; MONDINO,M.D.B.; OLLOA,R.E.G.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO, RJ

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é o quinto câncer mais comum e a terceira causa de morte por câncer no mundo. Existe grande variabilidade geográfica devido, dentre outros fatores, à infecção pelo vírus B, sendo este o maior responsável pelo CHC no mundo, principalmente no grupo que evolui com cirrose (70-90%). Entretanto, caso a aquisição do vírus B seja na infância, o CHC poderá se desenvolver numa faixa-etária mais precoce, mesmo na ausência de cirrose, e ter um comportamento mais agressivo. **Objetivo:** Relato de caso de um paciente de 28 anos com diagnóstico de hepatocarcinoma. **Método:** Revisão de prontuário de paciente internado no HUAP e revisão de literatura dos últimos cinco anos pelo MEDLINE. **Resultados:** Paciente masculino, 28 anos, internado no HUAP para investigação de emagrecimento, aumento do volume abdominal e epigastralgia. Ao exame: corado, anictérico. Abdome: hepatomegalia, com massa endurecida e muito dolorosa ao nível do epigástrico e HD. US abdome com Doppler: fígado aumentado de tamanho, ecotextura difusamente heterogênea, extensa trombose de veia porta, envolvendo ramo direito e esquerdo, até junção esplenomesentérica. Intensa