

REALIZAÇÃO DE SHUNT PORTOSSISTÊMICO TRANSJUGULAR INTRA-HEPÁTICO (TIPS) COMO MÉTODO TERAPÊUTICO EM PACIENTE PORTADOR DE HIDROTÓRAX HEPÁTICO REFRATÁRIO

PERFORMANCE OF TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT (TIPS) AS A THERAPEUTIC METHOD IN PATIENT WITH REFRACTORY HEPATIC HIDROTORAX

CAIO FIDELIS CAMPOS DE AGUIAR¹, MARIANE BORLIDO HADDAD², LUCIANNA MAGALHÃES DE ALMEIDA³, ANDRÉ LUIZ FERREIRA DE BRITO⁴, RAFAEL SOUZA GOMES⁵, ANABELY AMARAL DE OLIVEIRA^{6*}

1. Médico do Programa de Residência Médica em Clínica Médica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte, M.G; 2. Médica Chefe da Enfermaria I de Clínica Médica, serviço do Professor José Haddad Antônio, da Santa Casa de Belo Horizonte; 3. Médica Assistente da Enfermaria I de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte; 4. Médico Assistente da Enfermaria I de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte; 5. Médico Assistente da Enfermaria I de Clínica Médica da Santa Casa de Belo Horizonte; 6. Acadêmica do curso de graduação em Medicina da Faminas-BH (Faculdade de Minas de Belo Horizonte).

* Rua Tomaz Gonzaga, 256, Lourdes, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30180-140. belly-amaral@hotmail.com

Recebido em 20/05/2018. Aceito para publicação em 13/06/2018

RESUMO

O hidrotórax hepático caracteriza-se pelo derrame pleural secundário à ascite em pacientes com cirrose hepática. É uma complicação que pode ocorrer em pacientes hepatopatas com hipertensão portal, de difícil reversão com o manejo clínico convencional para o tratamento da ascite. A introdução do shunt portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS) é uma alternativa terapêutica para tais pacientes, com taxas variáveis de sucesso. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente hepatopata crônico, com hidrotórax hepático não-responsivo ao tratamento clínico habitual, sendo assim, submetido à colocação de TIPS. O tratamento definitivo desses pacientes é o transplante hepático, entretanto, nem todos são candidatos a tal modalidade terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Cirrose hepática, hidrotórax, derivação portossistêmica transjugular intra-hepática

ABSTRACT

Hepatic hydrothorax is characterized by pleural effusion secondary to ascites in patients with cirrhosis. It is a complication that can occur in liver diseases with portal hypertension, difficult to reverse with conventional clinical management for the treatment of ascites. The introduction of intrahepatic transjugular portosystemic shunt (TIPS) is a therapeutic solution for patients, with variable rates of success in studies. The objective of this work is to report the case of a chronic hepatopathy patient, with hydrothorax refractory to clinical treatment, which was submitted to TIPS placement. The definitive treatment in these cases is the liver transplantation – not always available.

KEYWORDS: Liver cirrhosis, ascites, hydrothorax, transjugular intrahepatic portosystemic shunt.

1. INTRODUÇÃO

O hidrotórax hepático ocorre quando o líquido ascítico extravasa para a cavidade pleural. Desenvolve-se em pacientes com cirrose e hipertensão portal, na ausência de doença cardiopulmonar¹. É um derrame pleural, geralmente com volume superior a 500 ml, presente em pacientes com cirrose hepática e que não apresentam outras etiologias que o justifiquem. As manifestações clínicas comuns em pacientes com hidrotórax hepático incluem dispneia, tosse não produtiva, dor torácica pleurítica e fadiga por hipoxemia. O hidrotórax hepático é habitualmente visualizado no hemitórax direito, embora possa ocorrer no hemitórax esquerdo ou bilateralmente. A toracentese e exames de imagens adicionais, como tomografia computadorizada de tórax e ecocardiograma, devem ser realizados para confirmar o diagnóstico e excluir causas alternativas para o derrame pleural. Os testes diagnósticos que devem ser realizados para análise do líquido pleural incluem: citometria total e diferencial, gram de gota, cultura, proteínas totais, albumina, lactato, desidrogenase láctica, bilirrubinas e pH². O tratamento do hidrotórax hepático é semelhante ao tratamento da ascite. Os pacientes que estejam consumindo álcool, devem ser incentivados a abster-se completamente. Sugere-se que os pacientes com hidrotórax hepático sejam inicialmente tratados com uma dieta restrita em sódio e diuréticos. Para os pacientes que são muito sintomáticos, a toracentese terapêutica pode ser realizada juntamente com o início de uma dieta restrita em sódio e diuréticos, objetivando maior rapidez na melhora dos sintomas³. Opções terapêuticas para os pacientes que são refratários à restrição de sódio e à diureticoterapia incluem toracenteses seriadas, colocação de shunt

portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS), pleurodese, cirurgia toracoscópica para reparos diafragmáticos e transplante hepático⁴. O TIPS é um procedimento não cirúrgico de descompressão da hipertensão portal através de um stent metálico expansivo⁵. Este é eficaz no tratamento do hidrotórax hepático em quase 80% dos casos e sem o surgimento de complicações inerentes ao procedimento. Apesar disso, a colocação de TIPS deve ser restrita a pacientes que requerem toracocenteses de repetição, realizadas a cada duas a três semanas, procedimentos estes não isentos de eventos adversos. Os candidatos à colocação de TIPS devem apresentar escore na classificação de Child-Pugh inferior a 13, ter idade inferior a 70 anos e não cursarem com encefalopatia hepática⁶.

2. CASO CLÍNICO

Paciente, 58 anos, sexo masculino, branco, obeso, etilista crônico, procurou um serviço de pronto-atendimento, em Belo Horizonte/MG, devido às queixas de dispneia em repouso e ortopneia, sendo transferido para a Santa Casa de Belo Horizonte. O mesmo relatava desconhecer diagnóstico prévio de cirrose hepática. Ao exame clínico, o paciente apresentava icterícia discreta e estado nutricional preservado. À ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular era abolido em todo o hemitórax direito com diminuição do frêmito toraco-vocal. Ao exame abdominal, havia ascite leve. À admissão do paciente, a radiografia de tórax evidenciava derrame pleural extenso à direita (Figura 1). Os exames laboratoriais não demonstravam alterações sugestivas de infecção. As sorologias para as hepatites B e C eram negativas. Havia discreta elevação de AST (aspartato-aminotransferase), porém ALT (alanina-aminotransferase), FA (fosfatase alcalina) e GGT (gama-glutamiltanspeptidase) normais, além de anemia normocrômica e macrocítica (Hb11g/dl). Quanto à classificação de Child-Pugh, o paciente apresentava comprometimento grave (C11), marcado por albumina sérica de 1,6g/dl; bilirrubina total de 6,05mg/dl com Bb indireta de 3,97 mg/dl, alargamento do INR, presença de ascite discreta e ausência de encefalopatia hepática. O exame de ultrassonografia abdominal realizado em 28/09/2017 demonstrava achados ecográficos sugestivos de hepatopatia crônica fibrosante, esplenomegalia e ascite discretas, além de hipertensão portal. No primeiro dia de internação foi aferido o peso do paciente e iniciadas as medidas para controle da ascite, com dieta hipossódica (máximo de 2g de sódio/dia), controle da diurese, balanço hídrico total, peso diário, administração de diuréticos (espironolactona 100 mg/dia e furosemida 40 mg/dia) com aumento progressivo das doses conforme evolução clínica do paciente. Não foi necessária a realização de paracentese de alívio, uma vez que a ascite era leve. Devido à presença de derrame pleural volumoso em hemitórax direito, o paciente foi submetido à toracocentese de alívio e diagnóstica, sendo o líquido sugestivo de transudato. Apesar da

administração de diuréticos em doses otimizadas, o paciente persistiu com hidrotórax refratário, sendo submetido a toracocenteses seriadas (4 vezes), com retirada média de 3 litros de líquido pleural, em cada procedimento. O líquido era de aspecto amarelo citrino, com presença de moderado número de hemácias, histiócitos, alguns linfócitos, além de poucas células mesoteliais e ausência de malignidade. Tal condição levou ao planejamento para colocação de TIPS, que ocorreu em 09/12/17.

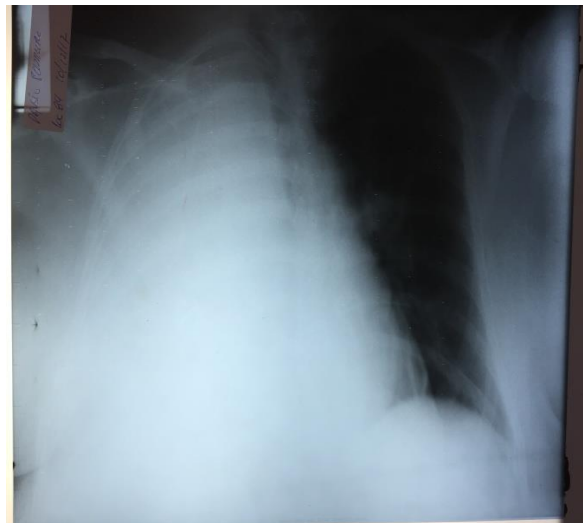


Figura 1. Raio X de tórax do paciente descrito, anteriormente à realização de shunt portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS). **Fonte:** os autores.

No período pós-TIPS, o paciente evoluiu com encefalopatia hepática discreta, que respondeu satisfatoriamente à administração de lactulose. Houve manutenção da ascite e do hidrotórax hepático (Figura 2). O paciente permaneceu internado, apresentando sinais e sintomas de descompensação da cirrose hepática, necessitando de toracocenteses seriadas para alívio dos sintomas. O mesmo não foi incluído em lista de espera para transplante hepático, devido ao fato de ser etilista ativo até o dia desta internação, o que contraindica tal modalidade terapêutica.



Figura 2. Raio X de tórax do paciente descrito, posteriormente à realização de shunt portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS). **Fonte:** os autores.

3. DISCUSSÃO

Vários estudos relataram um efeito benéfico da colocação de TIPS em pacientes com hidrotórax hepático refratário. Infelizmente, outros estudos não obtiveram resultados satisfatórios. Apesar de tais relatos, a maioria das séries demonstrou taxas de resposta favorável em torno de 70 a 80%. Entretanto, a ausência de melhora do hidrotórax hepático após a colocação de TIPS está associada à elevada taxa de mortalidade. Um estudo que analisou a evolução de 28 pacientes com hidrotórax hepático, após a colocação de TIPS, revelou que as taxas de mortalidade em 30, 90 e 150 dias eram de 14, 25 e 53%, respectivamente. A sobrevida em um ano, sem transplante hepático, foi de 41%. Em quase 70% dos pacientes houve resolução completa dos sintomas e, em 57% dos pacientes, houve desaparecimento do derrame pleural, à radiografia de tórax. A colocação de TIPS foi bem sucedida em 15 dos 20 pacientes com escore de Child-Pugh inferior ou igual a 10 e, em apenas um dos oito pacientes com escore de Child-Pugh superior a 10. Em uma meta-análise de seis estudos que incluíram um total de 198 pacientes, com duração média de seguimento de 10 meses, a resposta completa ao TIPS foi observada em 56% (IC 95%: 45-67%) e resposta parcial em 18% (IC 95%: 11-24%). A incidência de encefalopatia hepática foi de 12% (IC 95%: 6,3-17%) e a mortalidade em 45 dias foi de 18% (IC 95%: 11-24%). A taxa de mortalidade dos pacientes com hidrotórax hepático refratário é comparável à observada em pacientes com ascite refratária. Os preditores mais importantes de resultados desfavoráveis, após a colocação do TIPS nesta população, são idade avançada, doença hepática subjacente grave e/ou disfunção renal associada. Esses achados indicam que o TIPS deve ser considerado precocemente, como alternativa terapêutica⁶.

Shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS)

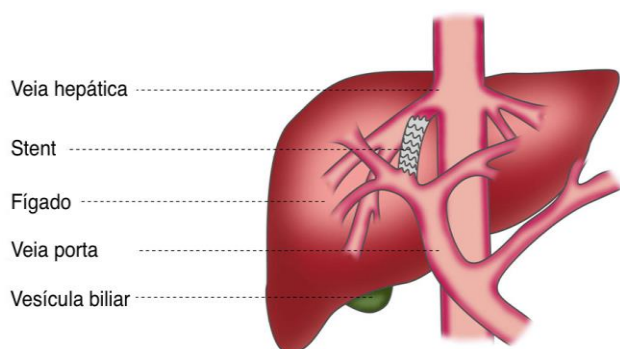


Figura 3. Imagem representativa. **Fonte:** www.sobrice.org.br - Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular.

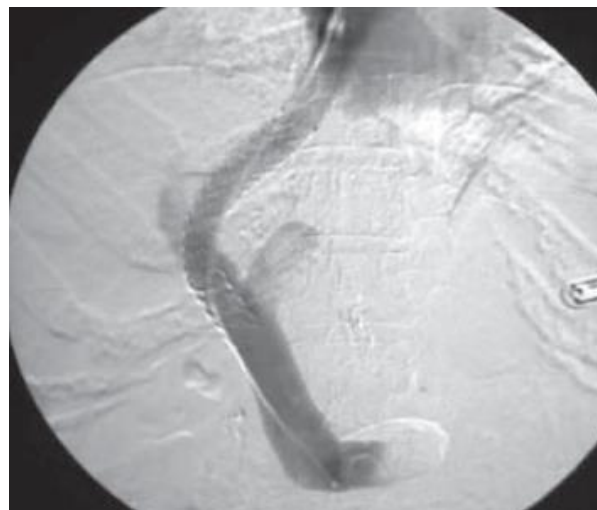


Figura 4. Imagem representativa. Portografia após shunt portossistêmico transjugular intra-hepático (TIPS). **Fonte:** [7].

4. CONCLUSÃO

O sucesso do TIPS é definido como a obtenção de alívio dos sintomas respiratórios e resolução completa do derrame pleural, sendo a encefalopatia hepática, o efeito adverso mais comum, apesar de não ser mais frequente que nos pacientes portadores de cirrose hepática sem TIPS. O paciente deste caso apresentou grau leve de encefalopatia hepática e não evoluiu com resolução do hidrotórax hepático após a colocação do TIPS, fato que gera dilema sobre a instalação desta modalidade terapêutica onerosa e complexa em pacientes com perfil semelhante.

5. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa de Belo Horizonte (MG), assim como aos profissionais envolvidos, pelo incentivo e viabilização do estudo.

REFERÊNCIAS

- [1] Colombato L. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in the management of portal hypertension. *J Clin Gastroenterol.* 2007.
- [2] Garcia N Jr, Mihas AA. Hepatic hydrothorax: pathophysiology, diagnosis, and management. *J Clin Gastroenterol.* 2004; 38:52.
- [3] Cardenas A, Kelleher T, Chopra S. Review article: hepatic hydrothorax. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 20:271.
- [4] Badillo R, Rockey DC. Hepatic hydrothorax: clinical features, management, and outcomes in 77 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2014; 93:135.
- [5] Kinasewitz GT, Keddisi JI. Hepatic hydrothorax. *Curr Opin Pulm Med.* 2003; 9:261.
- [6] Andrés Cárdenas, MD, PhD,MMSc, AGAF, FAASLD, T Barry Kelleher, MD, FRCPI Sanjiv Chopra, MD, MACP. Hepatic hydrothorax. UpToDate. 2016.
- [7] Kisilevsky, NH. TIPS para o controle das complicações da hipertensão portal: eficácia, fatores prognósticos associados e variações técnicas. *Radiol Bras.* 2006; 39(6).