

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

() Resumo

(X) Relato de Caso

ESQUISTOSSOMOSE CRÔNICA COMO PROVÁVEL CAUSA DE HIPERTENSÃO PORTA NÃO-CIRRÓTICA COMPLICADA EM PACIENTE COM HEPATITE B: RELATO DE CASO NO RIO GRANDE DO SUL

AUTOR PRINCIPAL: Muriel Manica

CO-AUTORES: Mônica Manica, Sabrina Nalin, Regina Fior Giacomolli, Natália Feilstrecker, Luciana Schraiber

ORIENTADOR: Luciana Schraiber

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo - Hospital São Vicente de Paulo

INTRODUÇÃO:

A esquistossomose, provocada pelo helminto *Schistosoma mansoni*, é a causa mais comum de hipertensão porta não cirrótica em todo o mundo. Contudo, é infrequente no Estado do Rio Grande do Sul, onde em 2015 foram registrados apenas dois casos. A fase aguda da doença se caracteriza por marcada eosinofilia. Já na crônica há sinais de hipertensão porta, tais quais hepatoesplenomegalia e varizes esofágicas. Dessa forma, o presente estudo objetiva relatar um caso de hipertensão portal não cirrótica grave provavelmente relacionada a esquistossomose crônica e agravada pelo vírus da hepatite B.

DESENVOLVIMENTO:

RELATO DE CASO

Masculino, 26 anos, muçulmano, senegalês busca atendimento por dor abdominal há um ano, agravada há 10 dias, quando iniciaram anorexia, náuseas, vômitos biliosos e constipação. Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas injetáveis.

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



Paciente em bom estado geral, estável, mucosas hipocoradas, afebril. IMC 18,7. Abdome plano, depressível, doloroso à palpação, principalmente de hipocôndrio esquerdo; baço palpável seis centímetros abaixo rebordo costal esquerdo, bordos lisos. Sem sinais de peritonite, telangetasias, sinais de circulação colateral, ginecomastia nem eritema palmar.

Exames sorológicos reagentes: HBsAg, Anti-HBc IgG, Toxoplasmose IgG, CMV IgG e sorologia para esquistossomose. Presença de ovos de *Ascaris lumbricoides* no EPF. Exames laboratoriais: 720 leucócitos, hemoglobina 7.6, TP 15.7, plaquetas 57.300, albumina 1.7, bilirrubina total 0.6, ALT 308, AST 306 e GGT 275.

TC de abdome: fígado de contornos regulares, atenuação e dimensões normais, além de esplenomegalia com áreas de infarto esplênico e presença de circulação colateral, varizes esofágicas, varizes periesplênicas e shunt esplenorrenal. Veia porta ectásica, sugerindo hipertensão portal. Biópsia hepática: arquitetura preservada e alterações reacionais inespecíficas.

Na EDA, presença de quatro cordões varicosos azulados, calibrosos e tortuosos, manchas vermelhas na superfície, ulcerados em sua porção distal. Apresentou inúmeros episódios de hematêmese volumosa (1-1,5L), necessitando colocação de balão esofágico, LEVE repetidas, TIPS e transfusão de CHAD. Foi admitido em CTI com escala de RASS -4, edema generalizado e ascite clínica, em uso de Terlipressina e Ceftriaxona. Após trombose do TIPS, infarto esplênico, ascite volumosa e trombose venosa profunda em íliaca externa direita, o paciente evoluiu a óbito.

DISCUSSÃO

Nas fases iniciais da infecção, a resistência portal é essencialmente pré-sinusoidal. Entretanto, no curso da doença, há fibrose com acometimento sinusoidal. Ascite e insuficiência hepática são raras. Sangramento por ruptura de varizes esofágicas é, geralmente, bem tolerado. Contudo, na coexistência de hepatite viral, pode haver descompensação hepática. Ainda que o paciente não apresentasse cirrose na biópsia hepática, a associação da esquistossomose com VHB provavelmente contribuiu para a hepatopatia crônica e suas complicações.

O diagnóstico da esquistossomose é realizado pela detecção de ovos do parasita nas fezes, biópsia hepática e/ou retal ou testes imunológicos. O paciente apresentou imunologia positiva. Em pacientes crônicos, os vermes não depositam mais ovos e o

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



manejo deve ser voltado para as complicações, sem benefícios com uso de anti-parasitários.

O paciente apresentou episódios de hematemese, sendo necessária EDA com LEVE e colocação de balão esofágico para restauração hemodinâmica. Porém, devido à gravidade do quadro, evoluiu a óbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ainda que incomum na região sul do país, a esquistossomose é a segunda causa mais frequente de hipertensão porta a nível mundial, ficando atrás somente da cirrose. Dessa forma, é de fundamental importância o conhecimento dessa patologia a fim de que a terapêutica seja instituída precocemente e as complicações evitadas.

REFERÊNCIAS:

GARCIA-PAGÁN, J.C.; CHANG PIK EU, J.; Noncirrhotic portal hypertension. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/noncirrhotic-portal-hypertension?source=related_link> Acesso em março de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Número de casos de esquistossomose na área não endêmica. Brasil, 2003 a 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/11/casos-esquistossomose-area-nao-endemica.pdf>>. Acesso em março de 2017.

SOENTJENS, P.; CLERINX, J.; Diagnosis of schistosomiasis. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-schistosomiasis?source=search_result&search=esquistossomose%20hepatica&selectedTitle=2~89>. Acesso em março de 2017.

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa): Número da aprovação.



ANEXOS:

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.