

ESTUDO COMPARATIVO ACERCA DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELITO (DM) EM PACIENTES PORTADORES DE CIRROSE EM AVALIAÇÃO PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO: CRITÉRIOS DA ADA VS. CRITÉRIOS OTIMIZADOS PARA PACIENTES CIRRÓTICOS

BRAGANÇA ACC, BIRKHAN O, POGLIA G, ÁVILA IR, BAUER JA, CASTRO TB, ARAUJO A, ÁLVARES-DA-SILVA MR

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Introdução: Cirrose, diabetes melito (DM) e intolerância à glicose (ITG) é uma associação que vem sendo discutida pelo risco de pior evolução da hepatopatia. Estudo anterior do nosso grupo verificou, comparando o diagnóstico de DM por glicemia de jejum e teste oral de tolerância à glicose (TOTG), que o ponto de corte de glicemia de jejum com maior acurácia para o diagnóstico em pacientes portadores de cirrose em avaliação para transplante hepático (TxH) seria acima de 94 mg/dl. **Objetivo:** Comparar a prevalência de DM determinada através da glicemia de jejum de acordo com os critérios da American Diabetes Association (ADA) com a prevalência encontrada quando considerados os critérios otimizados (ANA) para pacientes portadores de cirrose candidatas a TxH. **Sujeitos e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo incluindo 566 pacientes acima de 18 anos avaliados para TxH no Serviço de Gastroenterologia do HCPA desde 1996, todos eles com pelo menos duas glicemias de jejum repetidas em um intervalo máximo de 3 meses e documentadas em prontuário. **Resultados:** Foi encontrada uma prevalência de DM em 23% dos pacientes diagnosticados através dos critérios estipulados pela ADA e 40,8% pelos critérios ANA. Houve associação entre a presença de DM, diagnosticados pelos critérios ANA, mas não pelos critérios ADA, com a gravidade da cirrose através da classificação de Child-Pugh ($p=0,020$), com a presença de carcinoma hepatocelular ($p=0,01$) e de complicações clínicas da cirrose no período de até 6 meses após o diagnóstico ($p<0,001$). **Conclusão:** a prevalência de DM é alta em pacientes cirróticos em lista de espera para TxH, e deve ser avaliada em todos os pacientes em lista. A presença de DM correlacionou-se com pior evolução dos pacientes. Sugere-se que o ponto de corte de glicemia de jejum para o diagnóstico de DM, em pacientes portadores de cirrose em avaliação para transplante hepático seja de 94 mg/dl.

ID 37

HIPOTERMIA HEPÁTICA TÓPICA ASSOCIADA AO PRÉ-CONDICIONAMENTO ISQUÊMICO: UM NOVO MODELO DE ISQUEMIA E REPERFUSÃO EM RATOS

GREZZANA T. J. M. MENDONÇA T. B. KRUEL C. D. P. KRUEL C. R. P. CHEDID A. D. LEIPNITZ I. CORSO C. O. GABIATTI G

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PORTO ALEGRE - RIO GRANDE DO SUL

Objetivo: Avaliar as variações de temperatura corporal, pressão arterial média (PAM) em um novo modelo de isquemia e reperfusão hepático que utiliza Pré-condicionamento isquêmico e Hipotermia tóxica. **Métodos:** Ratos ($n=32$) da raça Wistar foram divididos em 5 grupos: Controle (C), Isquemia normotérmica (IN), Hipotermia a 26°C (H), Pré-condicionamento isquêmico (PCI) e Hipotermia a 26°C com Pré-condicionamento isquêmico com hipotermia (H+PCI). As aferições da PAM e temperatura corporal foram realizadas em intervalos de 30 minutos. Os animais foram submetidos à isquemia hepática de 90 minutos e 120 minutos de reperfusão. Nos grupos H e H+PCI, o fígado foi isolado e resfriado por superfusão de solução fisiológica gelada. Nos grupos com PCI e H+PCI foram aplicados 10 minutos de isquemia e 10 minutos de reperfusão antes do insulto isquêmico maior. **Resultados:** Não houve diferença na PAM e temperatura corporal entre os grupos durante todo o experimento. **Conclusão:** O presente modelo permite a aplicação de hipotermia local associada ou não ao PCI. Novos estudos para avaliar os possíveis efeitos sinérgicos destas ferramentas podem ser reproduzidos sem alterações significativas na macrohemodinâmica e temperatura corporal, ou seja, sob condições estáveis.

ID 38

HIDATIDOSE HEPÁTICA: RELATO DE CASO

GIL EMM, CAMARA V

HSPM-SP

A doença hidática apresenta como forma mais comum o cisto hidático, é causada pela infecção da tênia do *Equinococcus granulosus*. O cisto tem localização principal o fígado e menos freqüentemente o pulmão, sendo raro o acometimento de outros órgãos como cérebro, osso, músculo e coração. Humanos adquire doença por ingestão de ovos do parasita presente em comidas ou água contaminada, mas há relatos de transmissão respiratória

e placentária. A doença tem distribuição universal, porém é muito mais comum na América do Sul, sobretudo em área rural onde há contato com ovelhas

Relato de Caso

R.F, 52 anos, natural e procedente de SP apresentando sintomas dispépticos, sem alteração no exame físico. USG abdome visualizou formações nodulares predominantemente hiperecogênicas e heterogêneas com áreas de menor ecogenicidade. A TC de abdome revelou formação predominantemente cística e multiseptada em lobo E e linfadenomegalias. Foi proposto diagnóstico de cisto hidático solicitado sorologia e iniciado tratamento empírico com albendazol e encaminhado para o serviço de cirurgia que adotou tratamento conservador. A USG de abdome pós tratamento clínico não revelou redução dos cistos. Possuía passado de colecistectomia há dois anos e negava contato com animais ou viagens para zona rural.

Discussão:

A doença cística tem crescimento lento e não apresentam sintomas específicos, sendo geralmente diagnosticado por exames de imagem feito rotineiramente. Quando se manifesta com dor abdominal, hepatomegalia, massa palpável, febre e icterícia geralmente estão associadas a complicações. O diagnóstico baseia principalmente nos achados radiológicos e na sorologia. O tratamento tradicional do cisto hidático do fígado é cirúrgico e visa evitar a recorrência local da doença e as complicações do rompimento do cisto para cavidade abdominal, entretanto apresenta alta taxa de morbimortalidade longo período de internação hospitalar.

ID 39

PERFIL DOS PACIENTES COM CARCINOMA HEPATOCELULAR EM UM HOSPITAL GERAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL

FISCHER J, MACHADO F J, LANTZ F, SUWA E, TOVO C V, ALMEIDA P R L, GALPERIM B.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO – PORTO ALEGRE – RS

Introdução: O carcinoma hepatocelular é o tumor maligno primário do fígado mais frequente. A cirrose é o principal fator de risco para o desenvolvimento do carcinoma hepatocelular, principalmente se associada à infecção pelos vírus da hepatite B e C (VHC).

Objetivo: Avaliar os pacientes com diagnóstico de carcinoma hepatocelular no que diz respeito ao seu perfil e história natural em um hospital geral da Região Sul do Brasil.

Material e Métodos: Estudo de coorte, retrospectivo, onde foram avaliados todos os pacientes internados no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição com diagnóstico estabelecido de carcinoma hepatocelular, sendo coletados dados de prontuário de todos os pacientes internados de fevereiro/2008 a março/2009. Foram analisados: idade, gênero, etiologia da cirrose, reserva funcional (Child-Pugh), número de nódulos hepáticos, nível de alfa-fetoproteína e tratamento realizado. Variáveis contínuas foram analisadas através de média e intervalo de confiança de 95%, sendo comparadas utilizando-se do teste t de student. Variáveis categóricas foram comparadas utilizando-se do teste qui-quadrado com correção de continuidade de Yates. O erro alfa admitido foi de 5%.

Resultados: Foram avaliados 35 pacientes neste período. A média da idade foi de $59,2 \pm 9,7$ anos, sem variação entre os gêneros. A maior parte da amostra era composta de homens (24 casos - 68,5%). Vinte e nove (82,8%) pacientes apresentavam o anti-VHC reagente. Em 01 (2,8%) paciente o anticorpo HBsAg era positivo. Em relação ao uso de álcool, 21 (60,0%) pacientes confirmaram ingestão de mais de 50 g/dia. Os pacientes que apresentavam mais de um fator para sua hepatopatia exibiram uma média de idade menor, comparada à somente um fator (56,1 anos versus 61,9 anos; $p=0,03$). Todos os pacientes eram cirróticos, 11 (31,4%) eram classificados como Child A, 17 (48,6%) como Child B e 7 (20,0%) Child C. O nível de alfa-fetoproteína era normal em 05 (14,2%) pacientes, e superior a 400 ng/ml em 19 (54,2%). No exame de imagem, 13 (37,1%) correspondiam a CHC multifocal. Em 09 (25,7%), o tratamento pôde ser indicado: 06 (17,1%) alcoolização, 02 (5,7%) transplante, 01 (2,8%) quimioembolização. Houve 06 (17,1%) óbitos durante a internação. **Conclusão:** Na presente casuística houve proporção de 2:1 entre homens e mulheres com CHC. Esteve associado principalmente com VHC e ao alcoolismo. A maioria dos pacientes tinha tumor avançado, apenas sendo possível tratamento de suporte.