The Internet Journal of Anesthesiology
Volume 12 Number 1

Anestesia e Condutas em Pacientes com Doenças Hepáticas durante a Gravidez: Uma Rotina de Avaliação

M Momen

Citation

M Momen. *Anestesia e Condutas em Pacientes com Doenças Hepáticas durante a Gravidez: Uma Rotina de Avaliação*. The Internet Journal of Anesthesiology. 2006 Volume 12 Number 1.

Abstract

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS HEPÁTICAS PERIPARTO ( )

- Uma redução das proteínas totais, assim como a albumina.
- Um aumento nos fatores de coagulação dependentes do fígado, como fibrinogênio.
- Um aumento na fosfatase alcalina de 3-4 vezes secundário à fosfatase alcalina placentária.
- Níveis normais de bilirrubina e transaminases. Portanto, em qualquer aumento na dosagem de bilirrubina e transaminases há a possibilidade de doença hepática induzida pela gravidez.

COLESTASE INTRA-HEPÁTICA DA GRAVIDEZ (,):

- Incidência 0.01%.
- Principalmente no terceiro trimestre.
- Prurido isolado ocorre em 80 por cento.
- Icterícia se desenvolve em 20 por cento.
- Alterações laboratoriais incluem níveis de bilirrubina menores que 5mg/dl, mínima ou nenhuma alteração nas transaminases.
- Esteatorréia infreqüente, leve a moderada.
- A doença é rara em pacientes negras.
- História familiar presente e importante.
- Recorrência alta nas gestações subseqüentes 60-70%.
- Falta de uso de anticoncepcionais orais.
- Gestação pré-termo em 20%, presença de mecônio em 25%. Incidência de sofrimento fetal e morte são altas se o parto não for realizado precocemente (parto em 38 semanas se prurido e em 36 semanas, no caso de icterícia).
- Várias medicações têm sido utilizadas no tratamento da colestase da gravidez. Vitamina K parenteral; ácido ursodeoxicólico 15mg/kg; colestiramina (Questran) que se liga aos sais biliares; dexametasona.
- O prurido regride em dois dias após o parto e os níveis de bilirrubina de 4-6 semanas.
- Implicações na anestesia: conferir o coagulograma, administrar vitamina K intravenosa, tomar cuidado com a alta incidência de sofrimento fetal, presença de mecônio e prematuridade (neonatologista deve providenciar uma incubadora).

PRÉ-ECLÂMPSIA & ECLÂMPSIA ( ):

- Em torno de 25% das pacientes com pré-eclâmpsia severa, com PA diastólica >110 mmHg , proteinúria >5 g/dia e apresentando lesões de órgãos-alvo e 90% daquelas com eclâmpsia vão apresentar níveis elevados de transaminases > 5 vezes e bilirrubina < 5 mg/dl.
- Se não houver nenhum outro critério de HELLP síndrome associado, por exemplo, plaquetopenia e hemólise, nós administramos dexametasona profilática 8mg/12hrs, além de sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e albumina 20%

/50ml/dia.

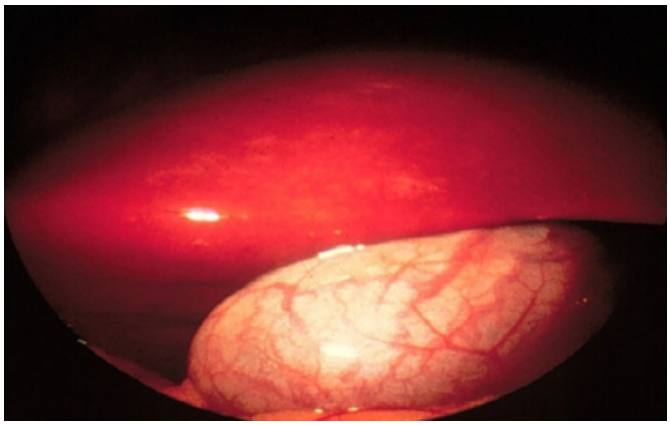
- Implicações na anestesia: analgesia epidural de parto para reduzir a resposta ao estresse; corrigir o RNI <1.5; intubação difícil devido ao edema, tubos de diâmetro pequeno 6-7 mm; analgesia adequada; restrição de fluidos. Continuar as medicações no CTI no período pós-operatório.

HELLP SÍNDROME ( ):

- Lesão de múltiplos órgãos no período periparto associada à eclâmpsia, ou não, resulta de uma super-agregação plaquetária com isquemia terminal de órgãos, congestão e deposição em uma rede de fibrina de hemácias e plaquetas hemolisadas aprisionadas; hemólise; enzimas hepáticas aumentadas plaquetopenia.
- O diagnóstico pode ser confirmado por náuseas, vômitos, cefaléia e dor no abdômen superior, os melhores marcadores para acompanhar são os níveis de lactato dehidrogenase e a contagem de plaquetas.
- A administração perinatal de dexametasona (Decadron) em uma alta dosagem de 10 mg intravenoso a cada 12 horas tem demonstrado uma melhora significativa nas alterações laboratoriais associadas à HELLP síndrome.
- Dexametasona deve ser continuada até que a função hepática tenha melhorado e a contagem de plaquetas esteja superior a 100,000. Sulfato de magnésio deve ser administrado para prevenir convulsões.
- Terapia anti-hipertensiva, se a pressão arterial estiver maior que 160/110 mHg, apesar do uso de sulfato de magnésio.
- Anestesiar como pré-eclâmpsia severa, mas evitar trauma hepático, administrar vit. K se INR >1.5, plasma fresco 4-6 unidades se INR >2, plaquetas 6-8 unidades se a contagem de plaquetas <50.000.

Figure 1

Fígado 1: congesto na HELLP síndrome



ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA DA GRAVIDEZ ( ):

- Desenvolve-se no terceiro trimestre e normalmente é associada à pré-eclâmpsia.
- É uma condição rara, porém, fatal, com uma taxa de mortalidade materna de 18 por cento e fetal de 23 por cento.
- Anorexia, náusea, vômitos, dor abdominal, icterícia de rápido desenvolvimento, cefaléia e coma, distúrbio de coagulação e insuficiência hepato-renal.
- O diagnóstico realizado através da biópsia hepática revela uma infiltração gordurosa intensa de todos os hepatócitos, com uma notável alteração da arquitetura lobular. A fosfatase alcalina vai estar um pouco elevada. A bilirrubina, significativamente elevada.
- Elevações moderadas dos níveis de transaminases (menor que 1,000 IU por L), prolongamento do tempo de protrombina e tempo parcial de tromboplastina, fibrinogênio reduzido, falência renal, hipoglicemia profunda e bilirrubina >20mg/dl.
- O tratamento é a administração imediata de dexametasona 8 mg/12hr.
- Anestesia geral devido à coagulopatia, plasma fresco 4-6 unidades se INR >2 & fibrinogênio <100mg; infusão de glicose 10%; monitorização da glicemia; manter PVC >8 cmH2O com manitol 20% 1 gm/kg para evitar lesão tubular pelo

urobilinogênio; albumina 20% 100mg/dia.

RUPTURA E INFARTO HEPÁTICO ( ):

- Mães multíparas com mais idade e com pré-eclâmpsia (75 a 85 por cento) são de alto risco.
- Extremamente raro, 1:40,000 a 1:250,000.
- Evitar examinar o fígado ou qualquer trauma pela sonda do ultra-som.
- Pacientes com ruptura hepática, tipicamente, se apresentam em choque, com uma dor prévia no quadrante superior, hipertensão, níveis aumentados de transaminases (maior que 1,000 IU por L) e coagulopatia.
- Terapia para ruptura hepática inclui: transfusão de derivados do sangue e fluidos intravenosos, remoção cirúrgica e embolização arterial, com uma taxa de 75 por cento de mortalidade perinatal.
- Infarto hepático se apresenta, tipicamente, com febre e aumento marcante nos níveis de transaminases. Nos pacientes sobreviventes, a função hepática e a avaliação histopatológica são normais seis meses após o parto.

HIPERÊMESE GRAVÍDICA (HEG) ( ):

- Náuseas e vômitos fisiológicos no 1º trimestre, recusa em determinados alimentos, ausência de náuseas está mais associada a aborto.
- HEG pode levar à desnutrição ou lesão de órgãos-alvo, por exemplo: oligúria, aumento de transaminases e bilirrubina.
- Rehidratação + multivitaminas tratam a maioria das HEG.
- Primperan 10mg/8hr ou Zofran 8mg/8hr.
- Metilprednisolona 10mg/8hrs em casos severos.
- Se for necessário, inserir uma sonda nasojejunal e alimentação enteral ou NPT.
- Multivitaminas (tiamina B1) associada a fluidos ou NPT para evitar encefalopatia de Wernicke.
- Lesão na área de Wernicke no encéfalo é causada pela deficiência de tiamina (Vitamina B1).
- Alcoolismo crônico, HEG sem vitaminas.
- Início agudo, nistagmo, olhar fixo, ataxia, confusão e coma.
- Tratamento inclui injeção de tiamina (IV) ou (IM) 200-300 mg/dia.

DOENÇAS HEPÁTICAS ASSOCIADAS À GRAVIDEZ ( )

GRAVIDEZ E HEPATITE ( )

- A hepatite viral aguda é a causa mais comum de icterícia na gravidez. A evolução não é alterada (A, B, C & D) ([10]), enquanto que a hepatite E e o herpes simplex vírus (HSV) apresentam uma evolução mais severa.
- Alta incidência de aborto e morte fetal intra-uterina estão relacionadas à doença crônica hepática.
- A terapia com interferon deve ser descontinuada durante a gravidez, pois seus efeitos no feto são desconhecidos.
- A terapia com penicilamina (Cuprimine), trientina (Syprine), prednisona ou azatioprina (Imuran) na doença de Wilson ou hepatite auto-imune pode ser continuada com segurança.

COLELITÍASE NA GRAVIDEZ ( ):

- As alterações na composição da bile induzidas pela gravidez predispõem à colelitíase (6%).
- Dor no hipocôndrio direito, náusea, vômitos.
- Leucocitose, alteração leve a moderada de transaminases e bilirrubina.
- A mesma apresentação que a HELLP síndrome pode ser distinguida pela ausência de pré-eclâmpsia e contagem normal de plaquetas.
- Se houver obstrução do ducto biliar comum, CPGR com stent pode ser realizada, mesmo no 3º trimestre, com o avental de chumbo para proteger o abdômen.
- O tratamento cirúrgico (p.e., colecistectomia laparoscópica) pode ser realizado com segurança

no primeiro ou segundo trimestre, mas deve ser evitada no terceiro trimestre.

- Pancreatite biliar é associada com amilase pancreática aumentada, 15% de mortalidade materna e 60 % de mortalidade fetal.

TRANSLATION - TRADUÇÃO

Adriano Bechara de Souza Hobaika M.D.
Anesthesiologist of Santa Casa de Belo Horizonte, Brazil.
Member of the Brazilian Anesthesiology Society.

References

1. Chopra S, Griffin PH. Laboratory tests and diagnostic procedures in evaluation of liver disease. Am J Med 1985;79:221-30.
2. Riely CA. Hepatic disease in pregnancy. Am J Med 1994;96(1A):18S-22S.
3. Samuels P, Cohen AW. Pregnancies complicated by liver disease and liver dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am 1992;19:745-63.
4. Smoleniec JS, James DK. Gastro-intestinal crises during pregnancy. Dig Dis 1993;11:313-24.
5. Sjogren MH. Hepatic emergencies in pregnancy. Med Clin North Am 1993;77:1115-27.
6. Mishra L, Seeff LB. Viral hepatitis, A through E, complicating pregnancy. Gastroenterol Clin North Am 1992;21:873-87.
7. Snydman DR. Hepatitis in pregnancy. N Engl J Med 1985;313:1398-401.
8. management. J Hepatol 2000; 33: 1012-1021 . Lammert F, Marschall HU, Glantz A, Matern S. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Molecular pathogenesis, diagnosis and
9. Baillie J, Cairns SR, Putman WS, Cotton PB. Endoscopic management of choledocholithiasis during pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1990;171:1-4.

Author Information

Magdy Momen, M.D.
Al-Azhar for Boys