

UMA CAUSA RARA DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA FULMINANTE NUM JOVEM ADULTO

Alexandrino G¹, Bernardo S², Bagulho L³, Marcelino P³, Lopes V³.

1 – Serviço de Gastrenterologia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, Amadora

2 – Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

3 – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 7, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central

INTRODUÇÃO

- O golpe de calor (GC) representa uma elevação da temperatura corporal central >40°C devido à falência dos mecanismos termorreguladores, podendo causar lesão de diversos órgãos. Pode resultar da exposição a alta temperatura (clássico) ou de atividade física intensa (associado ao exercício)¹.
- Elevação ligeira, transitória e assintomática das transaminases é uma manifestação comum do GC. No entanto, formas graves de insuficiência hepática aguda (IHA) são extremamente raras. Os mecanismos fisiopatológicos provavelmente envolvem isquémia e hipóxia hepáticas².
- Descreve-se um caso raro de **insuficiência hepática aguda induzida por golpe de calor associado ao exercício**.

CASO CLÍNICO

- Homem, 20 anos, sem doenças conhecidas ou medicação habitual.
- Durante a realização de exercício físico intenso com temperatura exterior de 39°C desenvolve perda súbita de consciência.
- Observação inicial no local:
 - Glasgow Coma Scale score 9;
 - Temperatura timpânica **41°C**;
 - Hipoglicémia de **22 mg/dL**;
 - Hipotensão, taquicárdia e dessaturação periférica.



- Evolução rápida para crise convulsiva tónico-clónica generalizada, sendo realizadas:
 - Indução anestésica;
 - Entubação orotraqueal (proteção via aérea);
 - Fluidoterapia vigorosa com soro frio;
 - Arrefecimento corporal.
- Transportado para meio hospitalar. Apirexia atingida passado cerca de 3 horas.



Tabela 1 – Evolução laboratorial durante o internamento.

	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	23	20	10	28	14
INR	1,62	3,64	8,2	3,86	6,2
Fator V (%)	-	11,3	4,5	10,3	14,1
Bilirrubina total (mg/dL)	1,9	8,3	10,9	9,3	8,6
ALT (U/L)	641	6703	13613	11199	7687
Amónia (µg/dL)	-	1088	1353	936	879
CK (U/L)	-	17620	19171	12800	19485
Ureia (mg/dL)	131	48	37	32	17
Creatinina (mg/dL)	4,52	1,86	2	3,44	3,86

- À admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI):
 - Disfunção multiorgânica;
 - Acidémia metabólica;
 - Hiperlactacidémia de 3,9 mmol/L (0,5 – 1,6).
- Os valores laboratoriais são apresentados na Tabela 1.
- Raio X tórax, ECG, ecocardiograma e TC crânioencefálica sem alterações.
- Foram exaustivamente excluídas outras causas de IHA.



- Em D1 de internamento regista-se agravamento importante da função hepática:
 - Assume-se IHA fulminante induzida por GC (MELD 35) e o doente é transferido para um centro de transplantação.
 - Apesar do suporte de órgão (suporte vasopressor, ventilação mecânica, substituição da função renal e suporte transfusional) permaneceu em choque hemodinâmico refratário. O estado neurológico agravou (Encefalopatia hepática grau IV) – RMN crânioencefálica excluiu edema cerebral.
- Os critérios *King's College* (INR >6,5) e *Clichy* (Fator V <20%) para transplante hepático (TH) estavam presentes, pelo que o doente foi colocado em lista emergente. Não reuniu as condições de estabilidade necessárias à realização de TH. Faleceu 5 dias após o evento inicial.

DISCUSSÃO

- A taxa de mortalidade global do GC induzido pelo exercício é relativamente baixa (**3-5%**)¹.
- A incidência de disfunção hepática ligeira induzida é relativamente elevada. A IHA é rara, estando descrita em **5%** dos casos de GC induzido pelo exercício². A evolução temporal da lesão hepática difere das outras lesões de órgão. As transaminases atingem o pico em 3-4 dias e a IHA grave pode tornar-se evidente >1-2 dias após a admissão, pelo que é fundamental monitorizar as provas hepáticas nestes doentes³.
- O prognóstico é imprevisível, mas geralmente mau³, e a abordagem é controversa⁴. Em casos menos graves está descrita recuperação total com tratamento de suporte. Técnicas de depuração hepática são potencialmente benéficas². Devido à disfunção multiorgânica e choque refratário, estas não foram realizadas neste doente. Em casos fulminantes é necessário TH emergente. No entanto, os critérios convencionais de abordagem da IHA fulminante podem não ser adequados a esta situação particular e a disfunção multiorgânica pode limitar as opções terapêuticas, conforme observado no caso apresentado⁴.

REFERÊNCIAS