

5. DOENÇAS DO APARELHO GASTROINTESTINAL

5.4 SÍNDROME HEPATO-RENAL

- **Definição** (*International Ascitis Club*): lesão renal num doente com doença hepática avançada na ausência de outras causas identificadas.

- **Critérios major para SHR**

- Cirrose com ascite
- Aumento de creatinina 0,3 mg/dL em 48 h ou aumento de 50% em 7 dias
- Ausência de choque
- Sem resposta (Cr <1,5 mg/dL) após 48h de suspensão de diuréticos e Albumina 1g/Kg/dia
- Sem contacto actual/ recente com nefrotóxicos (AINE's, aminoglicosídeos, contraste)
- Sem lesão renal parenquimatosa definida por proteinúria <0.5 g/dia, sem microhematúria (< 50 células/campo) e ecografia renal normal

- **SHR tipo I:** rapidamente progressivo, com relação temporal com factor precipitante e acompanhada de agravamento de lesão hepática e/ou de outros órgãos.

Mais frequente em doentes com DHC alcoólica após insulto infeccioso (PBE). Aumento de creatinina mais de 100% do valor basal, para um valor > 2.5 mg/dL ou a TFG reduz para < 20 mL/min em 2 semanas.

- **SHR tipo II:** doentes com ascite refractária e há uma lesão renal moderada mas estável, associada a retenção de sódio.

Doentes com SHR tipo II podem desenvolver SHR tipo I se houver intercorrência infecciosa.

Mau prognóstico: sobrevida de 3 meses após SHR e 1 mês se não tratado.

- **Tratamento do SHR**

- **Medidas gerais**

- Evitar excesso de fluidos
- Suspender TODOS os diuréticos (ponderar apenas furosema e oligúria, Espironolactona CONTRA-INDICADA - risco de hipercaliemia)
- Excluir Sépsis: hemoculturas, uroculturas, cultura de líquido ascítico, iniciar antibioterapia se suspeita de foco infeccioso.
- Beta-bloqueantes: não há evidência de benefício de suspender/manter.
- Paracentese: apenas se ascite sob tensão para alívio sintomático (com Albumina)

• **Terapêutica Específica Farmacológica** (NOTA: resultados majoritariamente no SHR I)

- Vasoconstritores: 1ª LINHA - Terlipressina (1 mg/4-6h) bólus EV até 2mg/4-6h se não houver redução de 25% do valor de creatinina ao 3º dia.
- Com albumina (1g/Kg no 1º dia seguido de 40 g/Kg)
- Manter terapêutica até Cr < 1.5 mg/dL
- Resposta terapêutica: redução de Cr, aumento da PA e do débito urinário.
 - A recorrência pós-terapêutica não é frequente e a nova administração de Terlipressina é normalmente eficaz.
 - Ef. Adversos: isquemia cardiovascular

• **Outros Vasoconstritores:**

- Midodrine Oral 2.5 mg/8h + Octreotide SC 100 ug/8h com aumento para 12.5 mg/8h e 200ug/8h se não houver melhoria. Máximo de Midodrine 75 mg/8h
- Noradrenalina 0.5-3mg/g em perfusão

• **Medidas não farmacológicas**

- Shunt transjugular portosistêmico intra-hepático (TIPS): pouca utilidade uma vez que a maioria destes doentes apresentam contra-indicação.
- Terapêutica de substituição renal (diálise/hemofiltração): apenas em doentes com indicação formal (hipercaliemia, acidose metabólica e sobrecarga de volume), que é raro nos doentes com SHR I.

- Transplante hepático: tratamento de eleição tanto no SHR I como II, com taxa de sobrevivência de 65% no tipo I. Não há benefício no transplante hepático+renal excepto em doentes hemodialisados (>12 semanas).

Prevenção

- Pentoxifilina 400 mg/8h durante 4 semanas em doentes com hepatite alcoólica grave.
- Norfloxacin 400 mg/dia reduz a incidência de SHR nos doentes com cirrose avançada.