

LEIMIG, M.B.C¹; FREITAS, G.M¹; FARIAS, L.C.L¹; LIMA, M.A¹; ALBUQUERQUE, L.G¹; SOARES, S.R.P¹

¹Departamento de Gastroenterologia, Hospital do Servidor do Estado de São Paulo IAMSPE– São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

O vírus da Hepatite B (VHB) é um vírus de DNA de fita dupla pertencente à família dos Hepadnavírus. A distribuição do vírus e seus genótipos é diferente em todo mundo. A infecção é um problema de saúde pública mundial¹. No mundo 2 bilhões de pessoas já foram infectadas pelo VHB². A vacinação contra hepatite B é a medida mais importante e eficaz para prevenção e controle da doença¹. A infecção aguda ocorre por via parenteral, sexual ou transmissão vertical³. O rastreamento é realizado pela testagem para HBSAg por teste rápido ou meio de coleta de sangue¹. Durante a fase aguda, as manifestações variam desde hepatite subclínica ou anictérica, maior parte cerca de 70% dos casos, até hepatite icterícia e em alguns casos hepatite fulminantes, cerca de 1% dos casos⁴. Infecção aguda é geralmente clareada em imunocompetentes. A infecção se torna crônica em 90% das crianças e 5-10% dos adultos. O tratamento tem como objetivo diminuir a incidência de morte por câncer, transplante hepático e progressão da doença².

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 57 anos, hipertensa e tabagista, iniciou quadro de astenia, e dor em hipocôndrio direito há 06 dias da admissão hospitalar. Referia ainda empachamento abdominal, colúria, acolia fecal e escleras icterícias. Negou febre. Negou uso de chás ou medicamentos nos últimos 06 meses. À admissão visto elevação de aminotransaminases e enzimas canaliculares: Aspartato aminotransferase (AST): 548 Alanina Aminotransferase (ALT): 688 Fosfatase Alcalina (FA): 291 Gamaglutamil transferase (GGT):852, Bilirrubina Total: 14,8 e Bilirrubina Direta: 13,91. Iniciada então investigação para síndrome icterícia. Realizou colangiorressonância sem evidência de obstrução e sem dilatação de vias biliares intra e extra-hepática. Foram coletadas sorologias virais, incluindo pesquisa de citomegalovírus, toxoplasmose, Epstein Baar, Sífilis. Aos exames, visto HBSAg: positivo, HBeAg: positivo, Anti HBe: negativo e Anti HBC IgM: positivo, Anti HBS: negativo. Confirmada infecção através de carga viral para Hepatite B: 14.008. Evoluiu com melhora dos exames laboratoriais. Optado por conduta expectante. Em consulta ambulatorial pós alta hospitalar trouxe exames laboratoriais em melhora: AST: 50 ALT:63 GGT:426 FA:149 Bilirrubina total: 3,1. Paciente manterá acompanhamento clínico.

DISCUSSÃO

A síndrome icterícia é caracterizada pela elevação de bilirrubina sérica manifestada através da coloração amarelada da pele e escleras. Dentre as causas de hiperbilirrubinemia direta temos as intra-hepáticas como vírus, medicamentos, causas autoimunes, metabólicas e extra-hepática como a coledocolitase⁵. Infecção viral é, portanto, uma causa de icterícia e deve fazer parte da investigação diagnóstica. Na paciente apresentada foi excluída causas extra-hepáticas e identificada então infecção aguda pelo vírus da Hepatite B. O diagnóstico é dado pela detecção do antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg) e do anticorpo imunoglobulina M (IgM) para o antígeno central da Hepatite B (Anti-HBc)⁶. É sabido que o método de aquisição da infecção pelo VHB é variável. O contato sexual e a transmissão percutâneo costuma ser prevalente. Os sintomas são anorexia, náusea, icterícia e desconforto no quadrante superior direito do abdome. Os exames laboratoriais durante a fase aguda demonstram elevações de ALT e AST, contudo a concentração sérica de bilirrubina pode ser até normal em pacientes com Hepatite anictérica. Nos pacientes que se recuperam partículas virais podem ser identificadas mesmo com o surgimento do Anti-HBS. O tratamento é sobretudo de suporte e prevenção de infecção aos contactantes. A probabilidade de evolução para forma fulminante é inferior a 1% em adultos imunocompetentes. Na paciente em questão foi optada pelo não tratamento com análogos de nucleosídeos, uma vez que as indicações são curso grave da infecção: coagulopatia INR >1,5, sintomas persistente ou icterícia acentuada, bilirrubina >10mg/dl por mais de 4 semanas após apresentação. Outras indicações são hepatite B fulminante para reduzir a chance de reinfeção pós-transplante, coinfeção pelo vírus C ou HIV, ou doença hepática pré-existente⁴.

CONCLUSÃO

Trata-se, portanto, de um quadro de infecção por hepatite B aguda com evolução favorável. Após a implementação do programa de vacina para Hepatite B, casos de infecção aguda são mais raros. A paciente, em questão, recebeu diagnóstico em tempo hábil e acompanhamento. Não preencheu critérios atualmente definidos para uso de análogos de nucleotídeos e evoluiu com melhora clínica expressiva. Manterá acompanhamento em ambulatório de referência em hepatologia.

REFERÊNCIAS

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica de Hepatite B e Coinfecções. Ministério da saúde, 2022.
2. GUVERNIR, M.; ARIJAN, A. Hepatitis B Virus: From Diagnosis to Treatment. Pol J Microbiol. 2020 Dec; 69(4): 391–399
3. DEKKER, Simone E MD, PhD; GREEN, Ellen W PhD; AHN, Joseph MD, MBA. Treatment and Prevention of Acute Hepatitis B Virus. Clinics in Liver Disease. Volume 25, Novembro 2021, Páginas 711-724
4. LOK Anna SF MD. Hepatitis B vírus: Clinical manifestations and Natural history (Uptodate), 2023.
5. MARKOVIC, A.P.; LALOSEVIC, M.S.; MIJAC, D.D. et al. Jaundice as a Diagnostic and Therapeutic Problem: A General Practitioner's Approach. Karger e- Journal Backfile Collection, 2022
6. LOK, Anna SF, MD. Hepatitis B vírus: Overview of management. Uptodate, 2021