



REVISTA *Hepato Brasil*

SAÚDE, CULTURA E CIÊNCIA NA SBH

Ano 4 • nº 3 • 2017



JUBILEU DE OURO:
50 ANOS DE SBH
3ª PARTE

CONHEÇA O
MARACATU DO
RECIFE

HEPATOTOXICIDADE
DOS NOVOS DAAS?

PROGRAMA COMPLETO DO XXIV CONGRESSO – RECIFE

Quer saber as vantagens de ser um associado da SBH?



O associado da Sociedade Brasileira de Hepatologia conta com inúmeras vantagens: descontos nas inscrições do Congresso Brasileiro de Hepatologia e nos Monotemáticos da SBH, redução do valor da inscrição em congressos, eventos e jornadas apoiadas pela sociedade. Participa gratuitamente do programa de educação médica continuada em Hepatologia, recebe a Revista Hepato Brasil, as revistas GED e Arquivos de Gastroenterologia.

Confira abaixo os requisitos para sua admissão como Membro da SBH e não perca a oportunidade de ter em seu currículo o título de Membro da Sociedade Brasileira de Hepatologia.

Membro Iniciante

Médicos formados há mais de dois anos, devidamente cadastrados no CRM

Membros Associados

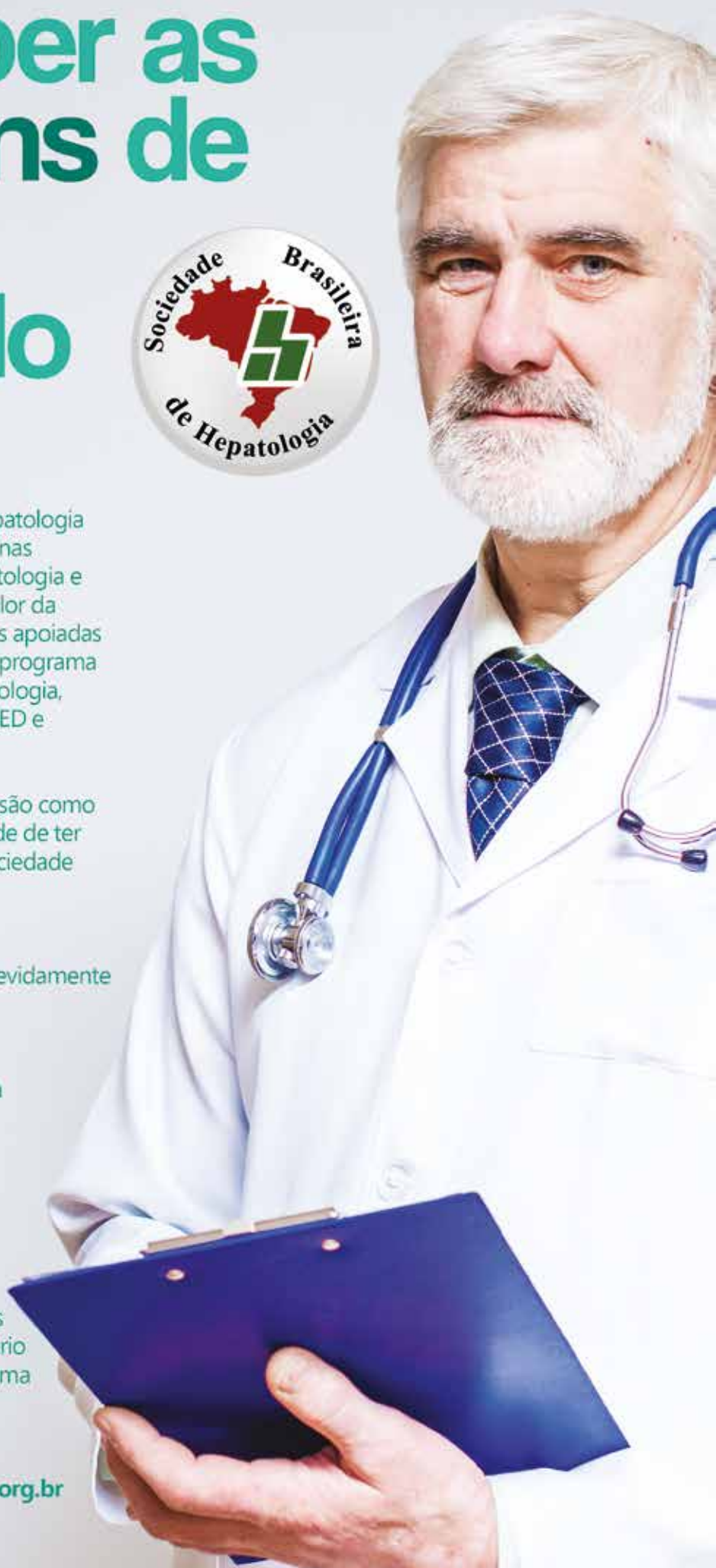
Médicos que exerçam comprovadamente a Hepatologia por mais de dois anos

Membros Titulares

Médicos que exerçam comprovadamente atividade como Hepatologista há mais de cinco anos.

Importante: Para evoluir para as categorias de membro Associado ou Titular, é necessário o envio de seu currículo, juntamente com uma carta de apresentação assinada por dois membros titulares da SBH.

Informações: secretaria@sbhepatologia.org.br



Editora Revista Hepato Brasil
Edna Strauss

Colaboradores

Raymundo Paraná
Maria Isabel Schinoni
Wanda Regina Caly
Roberto de Carvalho Filho
Gisele Sette Lopes

Assertiva Comunicação e Editora

Coordenação editorial:

Alex Franco
franco.alex@gmail.com

Diagramação:

Sergio Tanaka

O conteúdo dos artigos dessa publicação é de responsabilidade de seus autores. As opiniões apresentadas não refletem necessariamente a opinião desta publicação.



sumário

5

Editorial

Palavra do Presidente
Edmundo Pessoa de Almeida Lopes

7

Histórico da SBH

Diretorias/Congressos de 1995 a 2005

12

Aconteceu na SBH

Acompanhe nossas atividades

14

Revisão sumarizada

Hepatite E

18

Condutas em consultório

Ascite Refratária: medidas terapêuticas

24

Caso clínico

Descompensação hepática durante tratamento com DAAs: O que fazer?

28

Arte e Cultura

Maracatu de Recife

30

Evento da SBH

Programa Completo do XXIV Congresso SBH - Recife





Edmundo Lopes
Presidente



Carlos E. Brandão Mello
1º Vice Presidente



Maria Lúcia G. Ferraz
2º Vice Presidente



Maria Lucia A. Pedroso
3º Vice Presidente



Edna Strauss
Secretária Geral/ Revista SBH



Andrea Doria Batista
Secretária Adjunta



Fábio M. do Rego Barros
1º Tesoureiro



Paulo Roberto Lérias de Almeida
2º Tesoureiro



Roberto de C. Filho
Editor da GED



José Eymard de Medeiros Filho
Editor da Arquivos de Gastroenterologia



Hoel Sette Júnior
Representante Junto à AMB

Conselho Fiscal

1. José Ricardo B. Pernambuco – PE
2. Deborah Maia Crespo – PA
3. Rodrigo Sebba Aires – GO

Suplentes

1. Esther Buzaglo Dantas Corrêa – SC
2. José Milton de Castro Lima – CE

Comissão de Admissão

1. Norma Arteiro Filgueira – PE
2. André Castro Lyra – BA
3. Edmundo Lopes – PE

Representantes junto à Defesa Profissional

1. Nilma Lucia Sampaio Ruffeil – SP
2. Giovanni Faria Silva – SP

Comissão de Eventos (apoio)

1. Ana Ruth Silva Araujo – AM
2. Claudio Gusmão de Figueiredo Mendes – RJ
3. Cirley Maria de Oliveira Lobato – AC

Comissão de Título de Especialista

1. Leonardo de Lucca Schiavon – SC
2. Tiberio Batista Medeiros – PE
3. Liliana Sampaio Costa Mendes – DF

Amigos da SBH,

Dando continuidade às comemorações do Jubileu de Ouro da nossa SBH, neste número da Revista Hepato Brasil presentearmos os leitores com fatos e fotos dos congressos entre 1995 e 2005, terceiro período destes 50 anos.

Mas, o nosso congresso em Recife chegou!

Este será o terceiro congresso realizado na Veneza Brasileira. O primeiro foi em 1973, presidido pelo saudoso Prof. Amaury Coutinho, e o segundo 30 anos depois, em 2003, presidido pelo Prof. Victorino Spinelli.

Com a experiência adquirida pela atual Diretoria na realização de quatro eventos regionais nestes dois anos, somada à bagagem sedimentada nos últimos anos pela secretaria da SBH, o XXIV Congresso Brasileiro de Hepatologia, em Recife, está sendo cuidadosamente organizado!

O local, a reserva do Paiva, foi escolhido a dedo, quer por não estar dentro da agitação e do trânsito de Recife quer por não estar tão distante do centro da grande metrópole. Fica a poucos quilômetros de Recife, pertinho das praias de Boa Viagem e Piedade, a 14 quilômetros do aeroporto. Esse local de congresso vai agradar tanto àqueles que querem curtir as belezas naturais de uma praia, até pouco tempo praticamente deserta, como aos mais jovens que querem aproveitar as badalações da vida noturna de Recife.

Além disto, a reserva do Paiva fica no caminho de Porto de Galinhas, pertinho das praias de Pedra do Xaréu e Calhetas, assim como das famosas praias do litoral sul de Pernambuco, como Muro Alto e Carneiros. As duas primeiras praias, menos conhecidas, são belíssimas e ainda têm um ar bucólico, onde se come muito bem uma tradicional peixada pernambucana, além dos diversos frutos-do-mar a preços bastante módicos. Quem quiser ficar mais uns dias, vale a pena conhecer e aproveitar...

Do hotel não precisamos falar muito porque se trata de um Sheraton cinco estrelas, novinho, inaugurado há dois anos. Belíssimo! Fica a 4 minutos a pé da praia, no meio de um imponente coqueiral. Mas, para aqueles que não podem/gostam de andar a pé o hotel dispõe de uma van que leva e traz até a beira-mar. Na beira da praia, o Sheraton oferece o beach club, onde se encontra toda uma estrutura com bar, restaurante e piscina.

Para aqueles que não puderem ficar no hotel Sheraton, o congresso vai oferecer micro-ônibus circulando pelos hotéis oficiais do evento, no começo da manhã e ao final da tarde, em Piedade e Boa Viagem, durante os dias do evento.

No primeiro dia do congresso, como sempre teremos os cursos pré-congresso. Serão seis cursos simultâneos, desde curso de Atenção Básica até curso de Terapia Intensiva em Hepatologia, passando por

métodos de avaliação da Fibrose (com Hands on), Interação da Hepatologia com outras especialidades, Cirurgia/Transplante e Pediatria. Ainda teremos neste dia, uma reunião conjunta da ALEH com a SBH sobre a Guia Latino-Americana para tratamento da Hepatite C e sobre a Doença Hepática Gordurosa não-alcoólica na América Latina.

Nos três dias seguintes valorizamos muito as atividades práticas e a vasta produção científica da nossa especialidade. A ideia principal foi focar sobretudo os hepatologistas mais jovens, em especial aqueles que estão em formação. Continuamos lutando para que a Hepatologia volte a ser uma Especialidade reconhecida não apenas pela Associação Médica Brasileira, mas pela Comissão Mista de Especialidades.

Com este intuito, teremos as apresentações de 84 temas-livres pela manhã e à tarde durante todo o evento, bem como apresentações de 380 pôsteres eletrônicos durante os três dias. Nove trabalhos completos foram selecionados para concorrer a três prêmios. Além dos tradicionais prêmios Thomaz de Figueiredo Mendes e Luiz Carlos C Gayotto, para as áreas clínica e básica respectivamente, também teremos o prêmio Amaury Coutinho para as doenças negligenciadas que envolvem o fígado. Este ano tivemos um número grande de resumos enviados, um pouco acima da média em relação aos últimos congressos, o que gerou muito trabalho para a Comissão de Temas Livres, tanto para selecionar os melhores para apresentação oral como para distribuí-los na grade científica. Gostaríamos muito de agradecer às Comissões Científica e de Temas Livres pelo brilhante desempenho.

Como sempre, também teremos as tradicionais Mesas Redondas, Conferências Magnas dos 13 convidados estrangeiros e discussões de casos clínicos. De novidade, preparamos uma sessão de questionamentos específicos a "Experts".

Ainda ofereceremos para os mais jovens o exame para Título na área de atuação em Hepatologia. Estamos com 39 jovens hepatologistas inscritos e a prova foi cuidadosamente elaborada. Também gostaríamos de agradecer aos colegas da Comissão de título de Especialista por toda a dedicação e o esforço despendido.

Pretendemos fazer deste congresso um grande encontro científico e ao mesmo tempo um conagração festivo inesquecível. Venham Todos !



Edmundo Pessoa de Almeida Lopes
Presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia



Hepatologia Hematologia Oncologia Infectologia
Reprodução Assistida Neurologia Dermatologia
Ortopedia Ginecologia Endocrinologia Mastologia

O melhor em medicamentos de alta
complexidade, com a qualidade de
serviço que você precisa.

prescrita
medicamentos

0800 201 5100

www.prescrita.com.br

Diretorias e Congressos de 1995 a 2005

Neste terceiro período da história, abordaremos os Congressos da SBH que receberam os números de XIII a XVIII, de 1995 a 2005.

A Associação crescia forte e saudável e os Congressos bianuais eram o ponto alto da SBH, pela reunião de seus membros e renovação de autoridades.

Foram realizados 6 congressos, sempre na cidade do Presidente, que dele se encarregava, juntamente com a equipe local. A Comissão Científica, junto com o Presidente convidavam professores estrangeiros, que nos traziam atualizações sobre os mais diferentes temas. **Ao particularizar cada Evento, iremos detalhar os eminentes Hepatologistas mundiais que nos prestigiaram com sua presença e conhecimentos.**

O número de participantes variou de 500 a 900, com predomínio de assistentes da região geográfica que sediava o Congresso, embora colegas de todas as regiões acorriam ao Evento. Nesse período as regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste foram contempladas com reuniões nacionais. Antecedendo o Congresso sempre houve um Curso pré-congresso, que a partir de 2001 se dividiu em 3, ou seja havia cursos simultâneos de Hepatologia Clínica, Cirurgia de Fígado e Pediatria. Mas durante o congresso havia uma sessão geral única, só havendo divisão de salas (em 2 ou 3) para que maior número de temas livres fossem apresentados. Neste período a quantidade de trabalhos recebidos e aprovados pela Comissão Científica para apresentação nos Eventos variou de pouco mais de 300 até quase 500. Destes, 10 a 15% eram selecionados para apresentação oral e os restantes em forma de Pôster. O cuidado para que os Pôsteres fossem visitados e discutidos, com o tempo passou a ser cobrado pelos participantes, até se tornar uma norma geral.



A partir de 2005 a sala da SBH, na Av. Faria Lima 2391, 10º andar passou a ser a sede fixa da SBH. Nesta foto, em ambiente único, o primeiro formato da sala, já tendo como secretária executiva nossa querida Ana Paula Firmino.

Nesses primeiros anos da SBH as diferentes Diretorias eram rotatórias, com sede na cidade do presidente, criando grandes dificuldades em termos de continuidade das ações e referência para seus membros. Apenas em 2005 houve um movimento pela sede fixa, como nas demais associações médicas tanto nacionais como internacionais. São Paulo e Rio de Janeiro se candidataram a ser sede da SBH. Após votação democrática entre seus membros e modificação dos Estatutos no Congresso de 2005, São Paulo saiu vitoriosa e passou a ser a sede fixa da SBH. Isto deu à nossa associação mais fluidez de decisões, permitindo a realização de várias outras ações no intervalo entre os Congressos. Diferentes atividades, como Jornadas regionais e simpósios visaram a difusão dos conhecimentos hepatológicos entre médicos e leigos, com maior desenvolvimento da Hepatologia nacional.



Dos 6 ex-presidentes deste período, apenas um já partiu deste mundo, o prof. Waldomiro Dantas. Assim, foi possível, resgatar algumas fotos dos diferentes congressos para ilustrar nossa história, lembrando a SBH daquela época.



Waldomiro Dantas
1993-1995



Heitor Rosa
1995-1997



Fernando Wendhausen Portella
1997-1999



Carlos Sandoval Gonçalves
1999-2001



Victorino Spinelli T. Barreto
2001-2003



Edna Strauss
2003-2005

XIII Congresso Brasileiro de **Hepatologia**

Presidido por Waldomiro Dantas foi realizado em Florianópolis (SC) de 6 a 9 de setembro de 1995.

Juntamente com esse Congresso houve uma Jornada de Hepatologia da Associação Latinoamericana para o estudo do Fígado (ALEF) e confraternização com vários latino-americanos. Além deles, tivemos como convidados internacionais o prof. Charles Mendenhall dos Estados Unidos e Dr. Vicente Arroyo da Espanha.

Estão nesta foto os presidentes que se sucederam, com as respectivas primeiras-damas: Waldomiro Dantas, acompanhado de Fortunata e Heitor Rosa com Consuelo.



XIV Congresso Brasileiro de **Hepatologia**

Presidido por Heitor Rosas, realizado em Pousada do Rio Quente (Go) de 5 a 9 de outubro de 1997.

Neste Congresso, que aconteceu num "resort" muito apreciado por todos, as atividades sociais foram intensas, para grande satisfação dos acompanhantes. Mas a programação científica também foi esmerada, com vários convidados internacionais. Estiveram entre nós Guadalupe Garcia-Tsao (Estados Unidos), Jorge Findor (Argentina), Jordi Bruix (Espanha), Luiz Podestá (Argentina), Josep Teres (Espanha) e Misael Uribe (Mexico).



No salão de exposições vemos Luiz Augusto Borba, Waldomiro Dantas e Esther Dantas – os 3 de Santa Catarina, juntamente com o gaúcho Angelo A. Mattos, que viria a ser presidente, alguns anos depois.

Presidente-eleito Fernando Portela, o ex-Presidente Waldomiro Dantas e o presidente do Congresso Heitor Rosa.



Momentos de descontração em Pousada do Rio Quente, após as atividades científicas do Congresso.



XV Congresso Brasileiro de Hepatologia

Presidido por Fernando Portela foi realizado no Rio de Janeiro (RJ) 10 a 13 de outubro de 1999.



15º Congresso Brasileiro de Hepatologia
1º Sessão de Fígado do Rio de Janeiro
10 a 13 de outubro de 1999 - Hotel Interlândia Palace - Rio de Janeiro

Cerimônia de Abertura, com a presença, na primeira fileira, da esquerda para a direita, de Waldemar Podkameni, Adrian DiBisceglie, Prof. Clementino Fraga Filho e esposa (Zazá), Fernando Wendhausen Portella e esposa (Elizabeth), Milton Reis Arantes e esposa (Maria Eugênia), João Luiz Pereira e esposa (Domig).

Na antiga capital do Brasil, famosa por sua alegria natural, sempre muito colorida e festiva Portela nos brindou, na cerimônia de abertura, com um recital de piano com nada menos do que o célebre Arthur Moreira Lima, foram momentos inesquecíveis!

Para a esmerada programação científica os convidados estrangeiros foram: Henri Bismuth (França), Assad Safary (Belgica), Adrian di Bisceglie (Estados Unidos), David Krevet (Argentina), Tereza Wright (Estados Unidos), Federico Villamil (Argentina), Avidam Neumen (Israel), Jil Smith (Estados Unidos) e Jorge Findor (Argentina).



Jantar do Congresso: compõem a mesa 2 ex-presidentes da SBH: Luiz Caetano da Silva com Alice e sua filha Vitória e Heitor Rosa com Consuelo, o então presidente: Fernando Wendhausen Portella com Elizabeth; a futura presidente Edna Strauss e Prof. Luiz Carlos da Costa Gayotto, ex- presidente da ALEH e o Prof. Jorge Findor, um dos destacados convidados estrangeiros (Argentina).

XVI Congresso Brasileiro de Hepatologia

Presidido por Carlos Sandoval Gonçalves foi realizado em Vitória (ES) 28 de abril a 1 de maio de 2001.

Pela primeira vez, houve sessões simultâneas no pré-congresso, sendo individualizados os Cursos de Hepatologia Clínica, de Cirurgia do Fígado e ainda de Hepatologia Pediátrica. Além dos convidados nacionais, sempre em grande

número, foram trazidos também convidados internacionais a saber: Jenny Heathcote (Canadá), Vicente Arroyo (Espanha), Patrick Marcellin (França), Jorge Findor (Argentina) e Hugo Tanno (Argentina).



Durante o Congresso vemos o Presidente Carlos Sandoval em companhia de seu sucessor Vitorino Spinelli Barreto



Participando do Evento vemos na primeira fila, da esquerda para direita: Luiz Lyra (BA), Leila Beltrão (PE), Heitor Rosas (GO), Renato Dani(MG), José Laurentys Medeiros (MG) e Waldomiro Dantas (SC).



Na sala de conferência, bastante concorrida, vemos na primeira fila, da direita para a esquerda: José Carlos Fonseca (Amazonas), Jorge Findor (Argentina), Raymundo Paraná (Bahia) e Patrick Marcellin (França)

XVII Congresso Brasileiro de **Hepatologia**

Presidido por Victorino Spinelli Barreto foi realizado em Recife (PE) 16 – 19 de outubro de 2003.



Grupo de palestrantes brasileiros do Evento, vemos da esquerda para a direita: Francisco Souto (MT), Ana Lucia Coutinho (PE), Fátima Barreto (PE), Themis Reverbel (RS), José Laurentys Medeiros (MG), Victorino Spinelli (PE), Leila Brandão (PE), Débora Crespo (PA), Edna Strauss (SP), Carlos Eduardo Brandão (RJ), Celina Lacet (AL) e Edison Parise (SP).



No time de Hepatologistas, podemos identificar em pé os jogadores: Luiz Antonio Freitas (BA), Victorino Spinelli Barreto (PE), Igelmair Barreto Paes (BA), Marcelo Silva (Argentina), João Galizzi Filho (MG) e Edison Parise (SP).



Nosso poeta Waldir Pedrosa Amorim, ladeado por Leila Beltrão, Fátima Duques Amorim e Fátima Barreto

O Curso de Hepatologia Clínica homenageou o Prof. Amaury Coutinho e duas outras atividades caracterizaram o Evento. Uma delas o “Hepato-artista” com exposição de quadros, livros e fotos artísticas – feitos por hepatologistas e/ou familiares. A outra atividade foi esportiva, com um jogo de futebol entre hepatologistas clínicos e portadores de hepatites, cujo resultado foi de 3x0 para os hepatologistas. Ao mesmo tempo foi desenvolvida esmerada atividade científica tendo como convidados estrangeiros: James Boyer (Estados Unidos), Willis Maddrey (Estados Unidos), Nigel Heaton (Inglaterra), Erwin Sablon (Bélgica), Marcelo Silva (Argentina), Vicente Arroyo (Espanha) e Nedim Hadzic (Israel).

No último dia desse Congresso aconteceu a Conferência Magna “Biópsia Hepática – sua importância para a Hepatologia”, proferida pelo Prof. Luiz Carlos C. Gayotto, que foi ovacionado em pé pela plateia. Sua doença o afastaria de nosso convívio 6 meses depois.



Nossa primeira-dama, a pintora Ronilza Barreto, ladeada pelo marido e suas duas filhas.

XVII Congresso Brasileiro de Hepatologia

Presidido por Edna Strauss foi realizado em Campos de Jordão (SP) 19 - 22 de outubro de 2005.

Durante essa presidência deu-se continuidade ao esforço de juntar argumentos, através de Relatório pormenorizado, para apresentar na Comissão Mista de Especialidade reivindicando a volta da Hepatologia como Especialidade. Concomitantemente foi cuidadosamente preparado e executado um Consenso da SBH, para o tratamento das hepatites virais crônicas tanto a HVC como a HVB, muito apreciada pelos participantes. O documento escrito foi amplamente divulgado, embora rapidamente superado nos anos seguintes pelo acelerado progresso das pesquisas sobre o tema.

Foi instalada uma sede em São Paulo e planejou-se torná-la fixa, definitiva. O símbolo da SBH, um h (assim minúsculo) ganhou de contorno o mapa do Brasil e passou a ser aceito por toda a comunidade hepatológica. Para abrilhantar o programa científico, cuidadosamente elaborado pela Comissão Científica, foram trazidos os seguintes palestrantes estrangeiros: Roger Butterworth (Canadá), Thierry Poynard (França), Harry Janssen (Holanda), Jean Michael Pawlotzsky (França), Leonardo Pinchuk (Argentina), Rodrigo Vianna (Estados Unidos), Helena Cortez Pinto (Portugal), George Lau (China), Rajid Jalan (Inglaterra), Jorge Luiz Poo (México) e Adrian Gadano (Argentina).

No amplo auditório do Centro de Convenções de Campos do Jordão aconteceram as diferentes atividades do XVIII Congresso da SBH, com tradução simultânea em caso de palestrantes estrangeiros



No saguão do Congresso encontram-se vários membros da Diretoria da SBH, no biênio 2003-2005, a saber: Marcelo Costa (secretário geral), Angelo A. Matos (primeiro vice-presidente), Mauricio Barros (secretário adjunto), José Laurentys Medeiros (ex-presidente), Hoel Sette Junior (Editor Ged) e José Carlos Fonseca (segundo vice-presidente)



Na sessão de Pôster, vários trabalhos receberam "Menção Honrosa", como este da pesquisadora Claudia P. M. S. Oliveira, primeira da foto, seguida de Helena Cortez Pinto (Portugal), Edna Strauss e Daniel F. C. Mazzo



A presidente do congresso é entrevistada por um canal de TV durante o evento. A assessoria de imprensa, naquela época, conseguiu chamar a atenção para eventos de Hepatologia

Encontro **Monotemático** sobre Hepatite C e suas controvérsias

Aconteceu em São Paulo no Figueira Rubayat no dia 26 de agosto de 2017, sendo organizado pela APEF. Dr. Isaac Altikes foi o Coordenador Geral, sendo palestrantes no Evento hepatologistas de São Paulo (capital e interior), Rio de Janeiro, Goiás, Pernambuco e Rio Grande do Sul.



No seletto ambiente desse conhecido restaurante de São Paulo ocorreu uma manhã inteira de trabalho, com excelente participação da plateia.



O Evento foi agendado para 8:00hs, com farto desjejum. Após as palestras, por volta de 14:00 houve almoço com feijoada.

Jovem **Hepato**

Trata-se de outra atividade da APEF, apoiada pela SBH e dirigida a jovens residentes, para despertar neles o interesse pela Hepatologia, como Especialidade. De março a novembro de 2017, toda

última quinta-feira do mês discute-se com os jovens um Tema de Hepatologia. O local é uma Pizzaria do Bixiga, ponto tradicional do paulistano. A última, dia 29 de agosto versou sobre Cirrose e suas complicações.



Em ambiente descontraído, maioria de jovens, essas reuniões alcançaram grande popularidade entre os Residentes de Gastroenterologia, Clínica Médica e Infectologia.



Nesta ocasião o presidente da APEF – Isaac Altikes – anuncia que 5 assíduas participantes da reunião mensal ganharam da SBH suas inscrições para o XXIV Congresso em Recife. Além das residentes compõem a foto Isaac Altikes e Monica Viana, esta última preceptora de várias das dedicadas residentes.

Bem Estar Global **Londrina**



Em 1º de setembro de 2017 uma equipe multidisciplinar de Londrina coordenada pela Dra. Aline Oba (Maringá) com a assistência da Dra. Edna Strauss (São Paulo) ocupou-se do atendimento da população. Foram realizados 198 testes para Hepatites B e C e 56 Elastografias Hepáticas.

Os casos com sorologias positivas, assim como os pacientes com graus mais elevados de fibrose, receberam encaminhamento adequado.



Preparativos para o **Congresso SBH**

A magnitude do Evento bianual de nossa associação exige preparação trabalhosa e detalhada. Uma grande equipe é necessária e várias reuniões têm sido realizadas, ao longo dos últimos meses.

Na sede da SBH, em São Paulo, encontravam-se estes vários componentes da equipe, embora outros de Recife (não presentes nesta "selfie") também tenham participado de outras reuniões no local do Congresso.



Hepatite E



RAYMUNDO PARANÁ

*Professor Titular de Gastro-Hepatologia
da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal da Bahia*

*Professor Livre Docente em
Hepatologia Clínica da Universidade
Federal da Bahia*

*Hepatologista do Hospital Federal da
Lagoa Califórnia, São Francisco (UCSF).*



MARIA ISABEL SCHINONI

*Professora Associada do
Departamento de Biofunção do
Instituto Ciências da Saúde da
Universidade Federal da Bahia*

*Médica Pesquisadora do
Núcleo de Hepatologia do
Hospital Universitário da
Universidade Federal da Bahia*



O vírus da Hepatite E (VHE) se transmite principalmente pela via entérica, mas foram relatados casos esporádicos de Hepatite E pós-transfusional e parenteral. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde estima em 20.000.000 de pessoas infectadas pelo VHE, em todos os Continentes (a) É uma doença de curso benigno na fase aguda, mas pode levar a casos agudos graves assim como ter manifestações renais, neurológicas e hematológicas. Recentemente, o VHE foi reconhecido como causa de hepatite crônica em pacientes imunodeprimidos.

TAXONOMIA E VIROLOGIA

O VHE pertence ao gênero Hepvírus da família Hepviridae. A Partícula viral mede de 27 a 32nm e seu genoma é uma cadeia de RNA envolto por um capsídeo esférico semelhante aos dos vírus da família Caliciviridae. O genoma possui três regiões codificadoras: ORF1, ORF2 e ORF3 (b).

VHE COMO ZOONOSE

O VHE foi descrito em diversas espécies de

mamíferos, principalmente porcos, javalis e cervos. Foi observado também, na carne e leite de outros mamíferos(c).

Quatro genótipos infectam mamíferos definidos pelos números de 1 a 4, enquanto que o genótipo 5 é exclusivo das aves e não se transmite aos humanos. Os genótipos 1 e 2 são transmitidos entre seres humanos por via feco/oral, sobretudo através de água contaminada por isso se descrevem micro epidemias frequentes na África, na Ásia e no México). Frutos do mar mal cozidos, consumo de leite e de carne mal cozidas podem ser vias de contaminação (d). Os genótipos 3 e 4 foram relatados no reser-

“A infecção aguda pelo VHE apresenta um pico de viremia sendo detectado através do HEV/RNA no soro. Em pacientes imunossuprimidos com Hepatite Crônica por VHE, a viremia pode ser a única possibilidade diagnóstica, sendo que os testes sorológicos podem estar negativos”

vatório animal. São ainda os principais circulantes em países desenvolvidos. O genótipo 3 tem distribuição mundial, enquanto o genótipo 4 foi mais encontrado em China e Japão, foi

recentemente descrito na Europa em humanos e suínos. Na América Latina já foram descritos genótipos 1 e 3, no Caribe, Argentina, Uruguai e Brasil, porém há casos do genótipo 4.

DIAGNÓSTICO

A infecção pelo VHE pode ser diagnosticado por sorologia. Depois do contato com o vírus, existe um período de incubação de duas a seis semanas. Em segui-

da, o indivíduo desenvolve doença hepática que pode ser sintomática, oligossintomática ou assintomática. Nesta fase, o antiVHE-IgM emerge como o principal marcador de fase aguda, aparecendo depois o antiVHE-IgG que se perpetua por anos, mas ainda não se sabe bem por quanto tempo permanece após a resolução da doença. Como o soroti-

po é o mesmo para os quatro vírus, os testes imunoenzimáticos são capazes de detectá-lo através dos peptídeos ORF2 e ORF3. Infelizmente, diferentes kits comerciais possuem diferentes especificidades de

sensibilidades, gerando a necessidade de validação dos mesmos em cada região(e).

TESTE DE BIOLOGIA MOLECULAR

A infecção aguda pelo VHE apresenta um pico de viremia sendo detectado através do HEV/RNA no soro. Em pacientes imunossuprimidos com Hepatite Crônica por VHE, a viremia pode ser a única possibilidade diagnóstica, sendo que os testes sorológicos podem estar negativos. Infelizmente, não existem kits comerciais para o HEV/RNA, gerando dificuldade de interpretação dos resultados pela falta de validação universal dos testes in house. Ademais, o VHE é sensível a temperatura ambiente, exigindo, portanto, rigorosos critérios de manipulação das amostras. Mesmo assim, a sua baixa viremia pode levar a resultados falso/negativos.

QUADRO CLÍNICO

A maioria dos casos de Hepatite E diagnosticados são compatíveis com Hepatite Aguda e tem curso autolimitado. Durante esta fase não existem peculiaridades clínicas que permitam o diagnóstico etiológico da hepatite sem a sorologia específica. As formas anictéricas predominam, sobretudo em crianças, enquanto que formas graves predominam em mulheres grávidas, sobretudo aquelas no terceiro trimestre da gestação. (f).

A infecção crônica pelo VHE foi recentemente descrita em pacientes imunossuprimidos, sobretudo aqueles em uso de medicamentos inibidores da Calcineurina por transplantes de órgãos sólidos. Também foi descrito em pacientes HIV positivos com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Nestas situações, as Aminotransferases são invariavelmente elevadas e a evolução clínica para cirrose hepática pode ser rápida. Manifestações extra-hepáticas foram recentemente relacionadas à infecção pelo VHE incluindo: Glomerulonefrite associada à Crioglobulinemia, Trombocitopenia, Aplasia Medular, Tireoidite, Neuropatia Periférica e Síndrome de Guillain Barre. A maioria das manifestações extra-hepáticas neurológicas na Europa estão relacionados com genótipo 3 (g)

“A infecção crônica pelo VHE foi recentemente descrita em pacientes imunossuprimidos, sobretudo aqueles em uso de medicamentos inibidores da Calcineurina por transplantes de órgãos sólidos. Também foi descrito em pacientes HIV positivos com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.”

“Temos a possibilidade de transmissão através de carne, sobretudo carne de suíno e de caças, mal cozidas. O consumo de leite cru deve ser evitado.”

A hepatite aguda grave pelo VHE pode alcançar até 25% em mulheres grávidas em países em desenvolvimento. Dessas, 70% evoluem para Hepatite Fulminante. A resposta imunológica do hospedeiro parece ser mais importante do que a citotoxicidade direta do vírus na gênese da agressão hepatocelular.

TRATAMENTO ANTIVIRAL

Não existe um tratamento oficialmente reconhecido para Hepatite E, existem relatos de casos demonstrando que tanto o Interferon como a Ribavirina são eficazes no tratamento da Hepatite Crônica E em pacientes imunossuprimidos.

Diferente do que acontece no tratamento da Hepatite C, já se identificou uma cepa resistente a Ribavirina e que gera escape viral, portanto o tratamento com Ribavirina requer monitoração do HEV-RNA(h).

PREVENÇÃO

A prevenção do vírus da Hepatite E é aquela para qualquer doença de transmissão hídrica. Água de boa procedência, consumo de frutas lavadas e descascadas. A essas se juntam também o cuidado com o consumo de frutos do mar in natura ou mal cozidos.

Em adição, temos a possibilidade de transmissão através de carne, sobretudo carne de

suíno e de caças, mal cozidas. O consumo de leite cru deve ser evitado.

Pacientes cirróticos e mulheres grávidas são os que apresentam maior risco do desenvolvimento de doença grave, seja por Acute-on-Chronic, seja por Hepatite Fulminante. Nessas duas populações, devemos orientar a não consumir carnes de suínos ou de caça mal cozidas, não consumir frutos do mar mal cozidos e redobrar os cuidados para evitar doenças de transmissão hídrica.

Diferentes epítópos geradores de potente resposta imunológica do hospedeiro já foram isolados. Algumas vacinas foram desenvolvidas, ainda em fase de avaliação. Os testes iniciais demonstram algum grau de prevenção, todavia a imunogenecidade vacinal ainda é motivo de discussão, não só na questão genotípica específica, como também nos subgrupos de indivíduos que teriam melhor resposta vacinal.

“Algumas vacinas foram desenvolvidas, ainda em fase de avaliação. Os testes iniciais demonstram algum grau de prevenção, todavia a imunogenecidade vacinal ainda é motivo de discussão, não só na questão genotípica específica.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- a. Dalton HR. Hepatitis E and decompensated liver disease. *Nature Review Gastroenterology and Hepatology* 2012; 9:430-432.
- b. Haqshenas G, Meng XJ. Determination of the nucleotide sequences at the extreme 5' and 3' ends of swine hepatitis E virus genome. *Arch Virol*. 2001; 146(12):2461
- c. Hakze-van der Honing RW, van Coillie E, Antonis AF, van der Poel WH. First isolation of hepatitis E virus genotype 4 in Europe HEV Infection through swine surveillance in the Netherlands and Belgium. *PLoS One* 2011; 6:e2267.
- d. Montalva Villalba MC, Rodríguez Lay LA, Chandra V et al. Hepatitis E virus genotype 1, Cuba. *Emerg. Infect. Dis.* 2008; 14:1320-1322.
- e. Vollmer T, Diekmann J, Eberhardt M, Deirer J. Anti Hepatitis E antibody seroconversion in ten blood donors with hepatitis C infection: Systematic evaluation of test characteristic of seven anti HEV assays.
- f. Kamar N, Bendall R, Legrand -Abravanel F et al. Hepatitis E. *Lancet*. 2012; 379:2477-88. 103.
- g. Zhou X, Man RA, Kneeg R et al. Epidemiology and management of chronic hepatitis E infection in solid organ transplantation; a comprehensive literature review. *Rev. Med. Virol* 2013, 23: 295-30.
- h. Kamar N, Rostaing L, Abravanel F et al. Ribavirin therapy inhibits viral replication on patients with chronic hepatitis E virus infection. *Gastroenterology*. 2010; 139:1612-8.

Ascite Refratária: Medidas terapêuticas



WANDA REGINA CALY

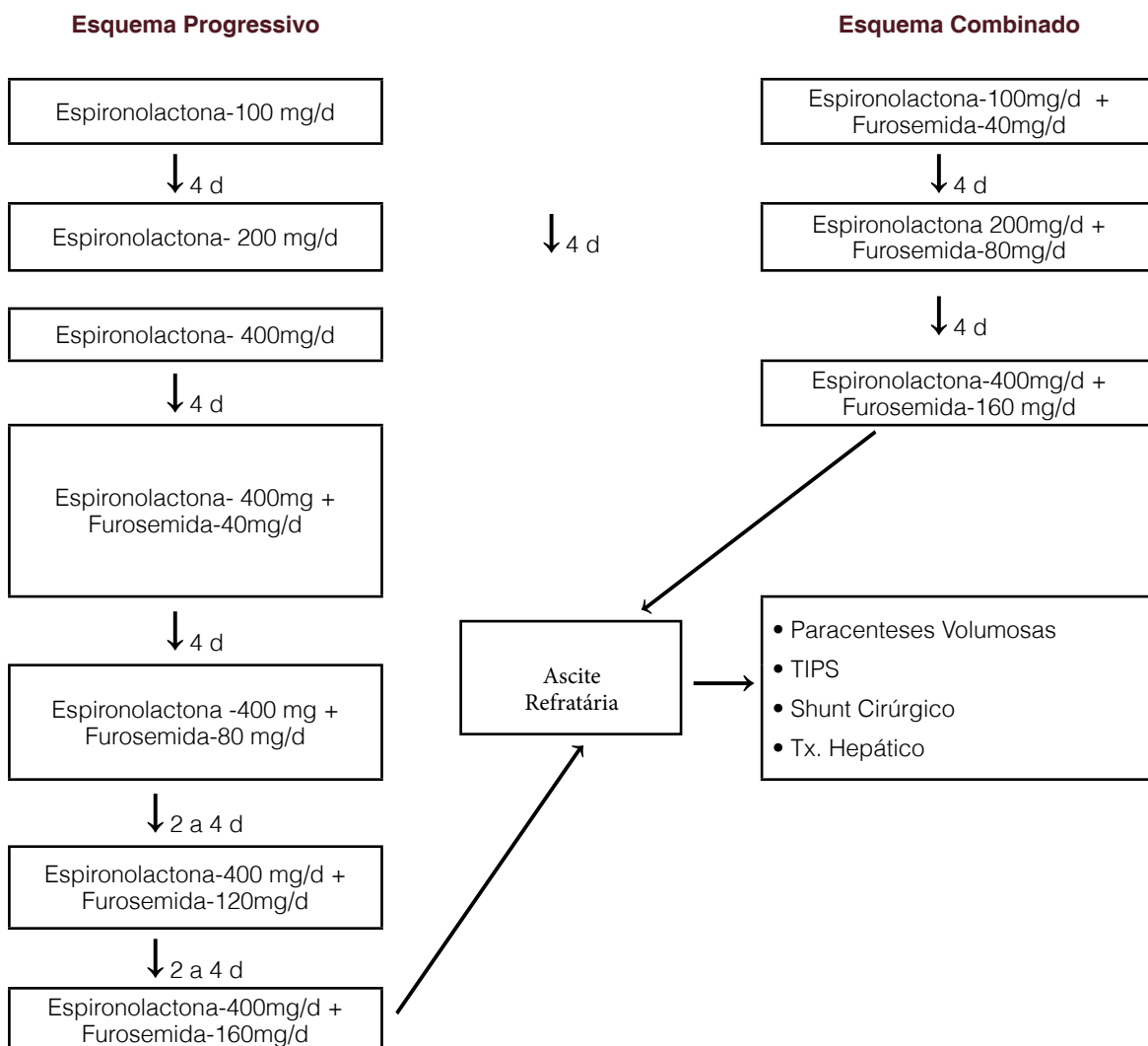
*Doutorado em Gastroenterologia pela
Faculdade de Medicina da USP*

*Médica responsável pelo Ambulatório
de Ascite Refratária do Departamento de
Gastroenterologia da FMUSP*

INTRODUÇÃO

A ascite é uma das mais frequentes complicações da cirrose hepática e sinaliza pior prognóstico, uma vez que se associa com maior morbidade e taxa de letalidade de 15-20% (1 ano) ou de 50 a 60% (5 anos). Sabe-se que somente 10% dos pacientes com cirrose e ascite não respondem ao tratamento padrão, ilustrado na figura 1, realizado com dieta restrita em sódio e uso de diuréticos. Intercorrências clínicas e/ou bioquímicas relacionadas ao uso dos diuréticos podem levar à sua suspensão temporária ou definitiva. O retorno à terapia diurética após interrupção temporária para tratamento de alterações específicas, só estará indicado se o paciente apresentar uma excreção de sódio urinário maior que 30mEq/24 horas. Ressaltamos que o diagnóstico de refratariedade da ascite ao uso de medicamentos já torna esse grupo de pacientes elegível para transplante hepático, único tratamento definitivo.

Figura 1. Algoritmo de tratamento da Ascite



A ascite refratária pode ser definida como: a) não resposta às máximas doses diuréticas; b) rápida recorrência após paracenteses terapêuticas; c) falha na terapia diurética evidenciada por:

- 1- mínima ou nenhuma perda de peso associada a baixa excreção de sódio urinário apesar do uso de diuréticos
- 2- desenvolvimento de significativas complicações associadas ao uso de diuréticos, tais

como encefalopatia hepática, creatinina > 2,0mg/dl; sódio sérico < 120mmol/L ou potássio sérico > 6,0mmol/L.

TRATAMENTO:

As opções terapêuticas atuais para a ascite refratária são: a) paracenteses volumosa seriadas, b) o shunt portossistêmico intra-hepático por via transjugular (TIPS) e c) o shunt peritoniovenoso. O transplante hepático é

considerado o tratamento definitivo, estando em estudo a utilização de um novo método o shunt peritoneovesical

1- PARACENTESSES VOLUMOSAS:

As paracenteses volumosas com reposição de albumina representam a terapia padrão nas ascites refratárias, por se mostrarem eficazes e seguras.

Entretanto, volumosas retiradas de LA podem dar origem a uma síndrome clínica denominada Disfunção Circulatória Pós-Paracentese (DCPP). Inicialmente há aumento do débito cardíaco e inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e sistema nervoso central (SNC) relacionados ao aumento do retorno venoso na condição de menor pressão intra-abdominal. Após cerca de 12 horas do procedimento, há mudanças hemodinâmicas com diminuição do débito cardíaco e ativação do SRAA e SNS. Essas alterações costumam ser assintomáticas, porém estão relacionadas com maior frequência de hiponatremia e disfunção renal, e consequente menor probabilidade de sobrevida. Para se evitar a disfunção circulatória deve-se administrar coloides endovenosos. Dentre os vários expansores plasmáticos estudados, verificou-se que a infusão de albumina endovenosa, na dose de 8-10g por litro de LA retirado, acima de 5L, reduz o surgimento da disfunção circulatória de 80% para 15-20%. Outros agentes terapêuticos alternativos, apontados para evitar o aparecimento da disfunção circulatória são: ultrafiltração extracorpórea e reinfusão EV ou intraperitoneal do LA e o uso de vasoconstritores, como a terlipressina, midrodine e noradrenalina, todos necessitando estudos comprovatórios.

2- TIPS:

Consiste na colocação de um “stent” intra-hepático entre a veia porta e a veia hepática (tributária da circulação sistêmica) para descompressão da circulação portal. Comparações entre paracenteses volumosas associadas à infusão de albumina e o TIPS

verificaram que o último cursou com resolução completa da ascite em 75% dos casos, estando relacionado com menor taxa de recorrência da mesma.

Entretanto, houve no grupo TIPS, uma maior incidência de complicações, como o aparecimento de encefalopatia hepática e disfunção do “stent”, não havendo diferença significativa na probabilidade de sobrevida.

Os requisitos para inserção do TIPS são os relacionados abaixo:

- Bilirrubina Total < 5 mg/dl
- INR < 2
- Idade < 70 anos
- Ausência de doença cardio-pulmonar grave
- Ausência de encefalopatia grau > 2 ou crônica
- Ausência de infecção ativa concomitante
- Ausência de insuficiência renal progressiva
- Child-Pugh < 11
- MELD < 18

Portanto, pior desfecho quando da inserção do TIPS pode ser previsto se não respeitados esses requisitos ou ainda em pacientes com número de plaquetas < 75.000/mm³, creatinina sérica maior que 1,9mg/dl e uso de “stent” não revestido.

3- SHUNT PERITONIOVENOSO:

A realização de shunt peritoneovenoso, com o uso de válvula de LeVeen ou Denver, para drenagem do LA da cavidade peritoneal para

“As paracenteses volumosas com reposição de albumina representam a terapia padrão nas ascites refratárias, por se mostrarem eficazes e seguras.”

“A ascite refratária pode ser definida como: a) não resposta às máximas doses diuréticas; b) rápida recorrência após paracenteses terapêuticas; c) falha na terapia diurética.”

a veia jugular interna possui indicações limitadas, devido às várias complicações que podem surgir, incluindo a presença de bacteremias, obstrução

do intestino delgado e sobrecarga de volume, levando ao aparecimento de sangramento por varizes esofagianas. A indicação desse shunt seria apenas para os pacientes com contra-indicação para o TIPS ou transplante hepático, além da presença de lesões abdominais que

impedissem a realização das paracenteses de repetição.

4-SHUNT PERITONIOVESICAL:

A realização do shunt peritoniovesical foi introduzida mais recentemente para o tratamento da ascite

refratária e visa mobilizar líquido ascítico do peritônio para a bexiga, onde será eliminado espontaneamente pela urina. Na comparação com as paracenteses volumosas seriadas, houve redução do número de paracenteses por mês, porém maior número de complicações, como deslocamento

“Comparações entre paracenteses volumosas associadas à infusão de albumina e o TIPS verificaram que o último cursou com resolução completa da ascite em 75% dos casos, estando relacionado com menor taxa de recorrência da mesma.”

“A realização do shunt peritoniovesical foi introduzida mais recentemente para o tratamento da ascite refratária e visa mobilizar líquido ascítico do peritônio para a bexiga, onde será eliminado espontaneamente pela urina.”

do cateter e infecções. Em recente estudo multicêntrico e randomizado na comparação dos dois procedimentos, não houve diferença na sobrevida entre os grupos. Aguarda-se mais estudos de eficácia e segurança.

5- TRANSPLANTE HEPÁTICO:

Está indicado nos pacientes com ascite refratária, uma vez que a sobrevida estimada em um ano nesse grupo é de 25%, aumentando significativamente com o transplante hepático. Após a cirurgia, há reversão imediata da hipertensão portal. Entretanto, o desaparecimento da ascite ocorre após 3 a 6 meses. Como muitos desses pacientes não alcançam a pontuação MELD necessária para serem transplantados, só o são quando incluídos como condição especial, o que se faz por análise caso a caso. A grande maioria deles permanece em lista até o óbito.

Na figura 2, propomos um algoritmo de tratamento da ascite refratária, considerando as orientações dos principais estudos e recomendações internacionais.

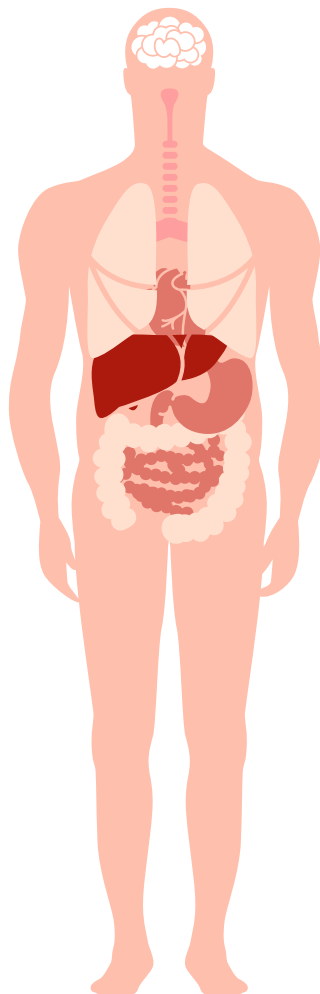
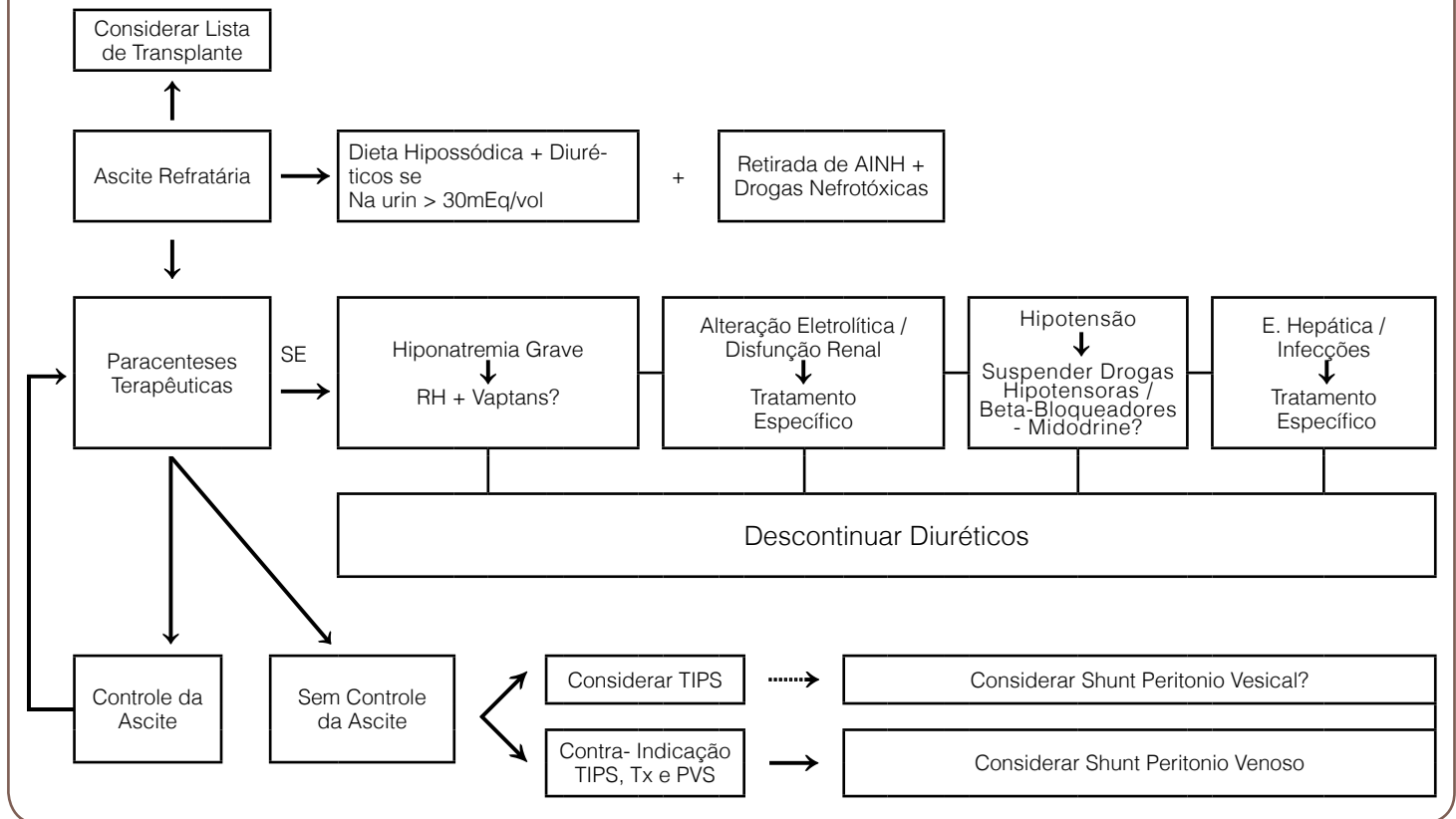


Figura 2 – Manejo da Ascite Refratária**CONCLUSÕES:**

Os pacientes portadores de ascite refratária têm probabilidade de óbito em torno de 70% em 1 ano, assim como, elevada possibilidade de desenvolvimento de várias complicações, como disfunção renal, encefalopatia hepática, infecções, síndrome hepatorenal, hérnias, entre outras. Além disso, são pacientes bastante desnutridos e que apresentam alta mortalidade em pós operatório, em decorrência, na maioria das vezes, de processos infecciosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zaterka S, Eisig JN, Marinho JR, Averbach M, Deguti MM, Rodrigues TN. Tratado de Gastroenterologia- Da Graduação à Pós-Graduação. Cap.106. 1221-1229. 2ª Edição. Atheneu. 2016.
2. Runyon BA, AASLD. Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. Hepatology 2013; 57(4): 1651-1653.
3. European Association for the Study of the Liver, Ginès P, Angeli P, Lenz K, Möller S, Moore K, Moreau R, et al. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. J Hepatol 2010; 53: 397-417.
4. Caly WR, Abreu RM, Bitelman B, Carrilho FJ, Ono SK. Clinical Features of Refractory Ascites in Outpatients. Clinics 2017; 72(7):405-410.
5. Pose E; Cardenas A. Translating our current understanding of ascites management into new therapies for patients with cirrhosis and fluid retention. Dig Dis 2017; 35:402-410.
6. Fortune B; Cardenas A. Ascites, refractory ascites and hyponatremia in cirrhosis. Gastroenterology Report 2017;5(2):104-112.
7. Annamalai A, Wisdom L, Herada M, Noureddin M, Ayoub W, Sundaram V et al. Management of refractory ascites in cirrhosis: Are we out of date?. World J Hepatol 2016; 8(28):1182-1193.

Descompensação hepática durante tratamento com **DAA^{*}** : O que fazer?



ROBERTO DE CARVALHO FILHO
*Professor Adjunto de Gastroenterologia
da Escola Paulista de Medicina da
UNIFESP, com pós-doutorado em
Hepatologia pela Universidade de Paris*

*Direct-Acting Antivirals

UM CASO DA VIDA REAL

A.M.A., mulher de 56 anos, do lar, procura atendimento médico após diagnóstico de hepatite C crônica. Assintomática, exceto por artalgia recorrente em joelhos, há vários anos, atribuída à presença de osteoartrose. Havia história de diabetes mellitus, diagnosticado há cerca de 8 anos, sob controle adequado com uso de glimepirida. Ao exame clínico, foram identificados obesidade centrípeta e eritema palmar discreto. O fígado era palpável, endurecido a 3 cm do rebordo costal direito e a 2 cm do apêndice xifoide; baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo.

Os exames laboratoriais constam da Tabela 1 (D0). Avaliações complementares identificaram infecção pelo genótipo 1b do HCV e carga viral de 320.000 UI/mL. Ultrassonografia mostrou fígado heterogêneo, com contornos levemente irregulares, além de esplenomegalia discreta. Endoscopia digestiva alta evidenciou duas varizes esofágicas de fino calibre, sem sinais da cor vermelha.

A TERAPIA ANTIVIRAL...

Foi indicada devido diagnóstico recente de

hepatite C crônica, genótipo 1b com indícios de cirrose compensada (Child-Pugh A, com 6 pontos) e com sinais de hipertensão portal clinicamente significativa. Dados de eficácia provenientes de ensaios clínicos de fase 3 com DAAs indicavam a combinação de sofosbuvir 400 mg/dia, daclatasvir 60 mg/dia e ribavirina 1.000 g/dia, por 12 semanas.

A INTERCORRÊNCIA...

Quatro semanas após o início da terapia antiviral, a paciente se encontrava em ótimo estado geral, queixando-se apenas de astenia e cefaleia leves. Nova avaliação bioquímica mostrou anemia discreta e normalização das aminotransferases (Tabela 1, S4). Entretanto, ao final da oitava semana de tratamento, a paciente evoluiu com icterícia, ascite e edema progressivo de membros inferiores,

“Entretanto, ao final da oitava semana de tratamento, a paciente evoluiu com icterícia, ascite e edema progressivo de membros inferiores, além de lentificação da fala, sonolência e flapping. Na ocasião, reavaliação laboratorial mostrou piora das funções hepática e renal e acentuação da anemia, com escore MELD de 27 pontos.”

“É importante ressaltar que os novos antivirais usados têm se mostrado altamente seguros nos diversos estudos clínicos de fase 2 e 3 e em estudos de vida real, mesmo em pacientes com cirrose descompensada.”

pática ocorrido durante a terapia antiviral, as seguintes hipóteses diagnósticas foram feitas:

- Hepatite alcoólica;
- Carcinoma hepatocelular;
- Obstrução biliar;
- Trombose da veia porta;
- Hepatites virais agudas superpostas;
- Hepatotoxicidade por xenobióticos;
- Infecção bacteriana; e/ou
- Evolução natural da cirrose por hepatite C.

As primeiras 4 hipóteses foram descartadas pela negativa da paciente e de seus familiares sobre abuso etílico, bem como pela ausência de nódulos, obstrução de vias biliares ou

além de lentificação da fala, sonolência e flapping. Na ocasião, reavaliação laboratorial mostrou piora das funções hepática e renal e acentuação da anemia, com escore MELD de 27 pontos (Tabela 1, S8).

A CONDUTA...

Com o diagnóstico de descompensação he-

trombose portal em novo exame ultrassonográfico. Da mesma forma, hepatites agudas pelos vírus das hepatites A, B e E foram excluídas após reavaliação sorológica. A hipótese de lesão hepática tóxica foi considerada, mas não havia ingestão recente de substâncias exógenas com potencial hepatotóxico, mas apenas os DAAs.

É importante ressaltar que os novos antivirais

usados têm se mostrado altamente seguros nos diversos estudos clínicos de fase 2 e 3 e em estudos de vida real, mesmo em pacientes com cirrose descompensada¹⁻³. Nestes ensaios e em outros relatos isolados, os casos de interrupção precoce por descompensação hepática não foram considerados como relacionados ao uso de DAAs. Outras causas mais prováveis justificavam a descompensação.

De fato, relatos consistentes de toxicidade hepática por DAAs são bastante infrequentes, com apresentações cronológicas distintas (no início, meio ou ao final da terapia antiviral) e perfis laboratoriais variados (hiperbilirrubinemia isolada, padrão colestático ou padrão citolítico). Embora tenha sido raramente descrita em indivíduos em uso de combinações antivirais contendo sofosbuvir e inibidores do complexo NS5A,⁴⁻⁶ a hepatotoxicidade dos DAAs parece constituir evento mais comumente relacionado ao uso de esquemas contendo inibidores de protease (IPs, simeprevir ou veruprevir) em pacientes com cirrose hepática avançada.^{7,8} Por esta razão, combinações contendo IPs não devem ser utilizados em indivíduos com hepatopatia descompensada (classificação Child-Pugh B ou C).

Por fim, é fundamental considerar a probabilidade de descompensação durante a evolução natural da cirrose hepática, estimada em 3,9% a 10,6%¹⁰ a cada ano, comumente associada ao desenvolvimento de intercorrência infecciosa grave, no contexto da disfunção imunológica progressiva que acomete estes indivíduos.

O DESFECHO...

Hospitalizada, a paciente foi submetida a rastreamento infeccioso incluindo paracentese diagnóstica, que indicou a presença de peritonite bacteriana espontânea (PBE), posteriormente confirmada por cultura. Optou-se por manter o tratamento antiviral, em paralelo às medidas terapêuticas pertinentes para o manejo da PBE, com o seguimento conjunto da equipe de transplante hepático.

“Embora tenha sido raramente descrita em indivíduos em uso de combinações antivirais contendo sofosbuvir e inibidores do complexo NS5A, a hepatotoxicidade dos DAAs parece constituir evento mais comumente relacionado ao uso de esquemas contendo inibidores de protease.”

A paciente apresentou ótima evolução, com melhora clínica e laboratorial progressiva (Tabela 1, S12). Recuperação funcional adicional foi observada em consultas de acompanhamento ambulatorial, além da confirmação de resposta virológica sustentada em avaliação realizada 12 semanas após o fim da terapia antiviral (Tabela 1, FU12).

A CONCLUSÃO...

Eventos que caracterizam descompensa-

ção da cirrose (ascite, hemorragia varicosa, encefalopatia hepática, PBE) podem ocorrer durante o uso de AADs em pacientes com função hepática limítrofe e hipertensão portal e podem não ser causados por toxicidade medicamentosa. Os a exclusão de causas alternativas, com o suporte clínico adequado, é possível a manutenção da terapia antiviral durante e após o evento de descompensação, em casos selecionados de pacientes em uso de DAAs.

Tabela 1 – Evolução dos exames complementares até 12 semanas após o fim do tratamento.

EXAME	D0	S4	S8	S12	FU12
Hemoglobina, g/dL	12,2	11,6	10,1	11,8	12,5
Plaquetas, /mm ³	84.000	90.000	76.000	80.000	90.000
AST, UI/L	72	30	96	48	28
ALT, UI/L	58	25	68	34	20
Bilirrubina total, mg/dL	1,2	1,1	3,6	2,0	1,0
Bilirrubina direta, mg/dL	0,5	0,4	2,8	1,2	0,4
Albumina, g/dL	3,6	3,5	2,4	3,2	3,8
RNI	1,25	1,18	1,65	1,44	1,20
Creatinina, mg/dL	1,2	1,3	2,4	1,4	1,1
Carga viral do HCV, UI/mL	320.000	-	-	< 12	< 12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Poordad F, Schiff ER, Vierling JM, Landis C, Fontana RJ, Yang R, McPhee F, Hughes EA, Noviello S, Swenson ES. Daclatasvir with sofosbuvir and ribavirin for hepatitis C virus infection with advanced cirrhosis or post-liver transplantation recurrence. *Hepatology*. 2016;63(5):1493-505.
- Wyles DL, Ruane PJ, Sulkowski MS, Dieterich D, Luetkemeyer A, Morgan TR, Sherman KE, Dretler R, Fishbein D, Gathe JC Jr, Henn S, Hinesrosas F, Huynh C, McDonald C, Mills A, Overton ET, Ramgopal M, Rashbaum B, Ray G, Scarsella A, Yozviak J, McPhee F, Liu Z, Hughes E, Yin PD, Noviello S, Ackerman P; ALLY-2 Investigators. Daclatasvir plus Sofosbuvir for HCV in Patients Coinfected with HIV-1. *N Engl J Med*. 2015;373(8):714-25.
- Pol S, Bourliere M, Lucier S, Hezode C, Dorival C, Larrey D, Bronowicki JP, Ledinghen VD, Zoulim F, Tran A, Metivier S, Zarski JP, Samuel D, Guyader D, Marcellin P, Minello A, Alric L, Thabut D, Chazouilleres O, Riachi G, Bourcier V, Mathurin P, Loustaud-Ratti V, D'Alteroche L, Fouchard-Hubert I, Habersetzer F, Causse X, Geist C, Rosa I, Gournay J, Saillard E, Billaud E, Petrov-Sanchez V, Diallo A, Fontaine H, Carrat F; ANRS/AFEF HEPATHER study group. Safety and efficacy of daclatasvir-sofosbuvir in HCV genotype 1-mono-infected patients. *J Hepatol*. 2017;66(1):39-47.
- Dyson JK, Hutchinson J, Harrison L, Rotimi O, Tiniakos D, Foster GR, Aldersley MA, McPherson S. Liver toxicity associated with sofosbuvir, an NS5A inhibitor and ribavirin use. *J Hepatol*. 2016;64(1):234-8.
- Welker MW, Luhne S, Lange CM, Vermehren J, Farnik H, Herrmann E, Welzel T, Zeuzem S, Sarrazin C. Lactic acidosis in patients with hepatitis C virus cirrhosis and combined ribavirin/sofosbuvir treatment. *J Hepatol*. 2016;64(4):790-9.
- Kalafateli M, Dusheiko G, Manousou P. Clinical decompensation after achieving SVR with sofosbuvir, daclatasvir and ribavirin in a patient with recurrent HCV post-liver transplant. *J Gastrointest Liver Dis*. 2015;24(2):257-8.
- Stine JG, Intagliata N, Shah NL, Argo CK, Caldwell SH, Lewis JH, Northup PG. Hepatic decompensation likely attributable to simeprevir in patients with advanced cirrhosis. *Dig Dis Sci*. 2015 Apr;60(4):1031-5.
- Masetti M, Magalotti D, Martino E, Andreone P, Scuteri A, Zoli M. A Case of Acute Liver Failure during Ritonavir-Boosted Paritaprevir, Ombitasvir and Dasabuvir Therapy in a Patient with HCV Genotype 1b Cirrhosis. *J Gastrointest Liver Dis*. 2016 Dec;25(4):559-561.
- D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol*. 2006;44(1):217-31.
- Dienstag JL, Ghany MG, Morgan TR, Di Bisceglie AM, Bonkovsky HL, Kim HY, Seeff LB, Szabo G, Wright EC, Sterling RK, Everson GT, Lindsay KL, Lee WM, Lok AS, Morishima C, Stoddard AM, Everhart JE; HALT-C Trial Group. A prospective study of the rate of progression in compensated, histologically advanced chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2011;54(2):396-405.

Maracatu do Recife

Raízes



O Maracatu é um folguedo característico dos carnavais do Recife, sendo formado por um cortejo régio composto por várias figuras típicas como: a rainha, o rei, as damas do paço e a boneca chamada Calunga ou Catita.

A palavra maracatu inicialmente foi atribuída ao batuque e posteriormente ampliou-se com o cerimonial executado por um cortejo régio. O ritmo próprio é acompanhado de cantorias (as loas) e a ginga do corpo ou dança. Derivada de “maracatucá” ou “muracatucá”, segundo Gonçalves Fernandes, a palavra guarda sua gênese Angolano-africana. De fato, o Maracatu de Baque Virado é uma manifestação folclórica com origem no Estado de Pernambuco, sendo o mais antigo ritmo afro-brasileiro. Seu primeiro registro data de 1711, mas o ano de sua origem ainda é incerto.

Os negros Bantus, escravizados na região pernambucana, e que trabalhavam na lavoura dos engenhos de cana-de-açúcar,

trouxeram esse ritual não-religioso. Vale salientar que essa manifestação folclórica não apresenta nenhuma relação com religiões de origem africana, entre elas o Candomblé, muito encontrada na Bahia.

Os grupos apresentam um espetáculo repleto de simbolias e marcado pela riqueza estética e pela musicalidade. O “baque virado” reflete a mudança ou “virada” no ritmo repetitivo do batuque e recomeço ao ritmo inicial.

Os cortejos de Maracatu são uma tentativa de reproduzir

aqui as antigas cortes Africanas. Ao serem capturados e vendidos como escravos para o Brasil trouxeram suas raízes e mantiveram seus títulos de nobreza. No cortejo uma bandeira ou estandarte abre as alas, seguida da dama do paço, que carrega a mística Calunga ou Catita. Atrás dela, seguem outras damas de saias longas, brancas e com armações (semelhantes às baianas) e, pouco depois, a corte e o rei e a rainha, as figuras mais importantes do cortejo. É por sua coroação que tudo é feito. Os títulos de rei e rainha são passados de forma hereditária. Essa ala representa a nobreza da Nação e em alguns Maracatus também se encontram príncipes, ministros e embaixadores, além das damas da corte senhoras ricas que não possuem título nobiliárquicos. O Vassalo é um escravo que leva o pália (guarda-sol que protege os reis). De cada lado seguem as escravas, normalmente jovens, que usam vestimentas de chitão. Mantendo o ritmo do desfile, seguem os batuqueiros com seus instrumentos diversos: alfaias, que são tambores, caixas ou

taróis, ganzás e abês, esses conduzidos por mulheres que vão à frente desse grupo.

Figura muito interessante no Maracatu de Baque Virado é a boneca levada pela Dama do paço - a Calunga ou Catita. Esta boneca simbólica tem várias interpretações em suas origens e significados. Mario de Andrade, no seu artigo "A calunga do Maracatu", nos fornece, num estudo cuidadoso, pistas que ele evidenciou, perseguindo a gênese dessa palavra - calunga - conseguindo situá-la entre os dialetos Bantus.

Para se chegar à figura feminina dos maracatus será necessária uma passagem pela via de outra palavra, também do dialeto quibundo - calumba - homofonicamente semelhante à anterior. Essa Calumba remete para "mocinha", pelo que se introduz a dimensão do feminino. Nessa fusão de palavras (calumba e calunga) destaca-se que um significado não exclui o outro. Ao lado do poder, a força e a onipotência masculina, convive o mistério do feminino. A mulher revestida por insígnias fálicas - com notas de papel moeda presas em suas vestes - desfila no cortejo do maracatu. Estas cédulas de dinheiro fixadas na Calunga são adquiridas durante os desfiles nos bairros da periferia no período pré-carnavalesco para angariar subsídios e custear as fantasias e os instrumentos do cortejo.

Chamá-la de Catita apenas reforça o elenco das significações. No falar nordestino, "catita" se usa para designar um ratinho que no Rio de Janeiro é curiosamente chamado calunga. Essa conexão catita/calunga são nomes da boneca que se equivalem na linguagem popular brasileira e no Maracatu. Qual a função de uma bone-

ca ricamente vestida? Nada tão fantasioso quanto uma boneca. Toda mulher sabe, porque já foi menina, para onde aponta a imagem feminina da boneca - o querer ser uma mulher. Para a mulher que é negra, ao estigma da feminilidade comum a todas as mulheres, outros se acrescentam: a cor da pele e o seu passado marcado pela escravidão.



Essa imagem idealizada de mulher - a Calunga do Maracatu - marca um ponto mítico de orientação para o desejo feminino, enquanto o significado dessas figuras de um folgado de origem Africana, durante o carnaval, refletem o sofrimento de um povo que foi destruído, escravizado e levado à força para trabalhar em outro continente....

Nas quartas feiras de "cinzas" do carnaval tudo termina. A Calunga, as fantasias voltam ao armário, esperando um novo tempo para reaparecerem. Fora da cena, contudo, elas permanecem como alento - na imaginação.

Gisella Sette Lopes

Piscanalista - Escola Brasileira de Psicanálise



PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

05.10 - QUINTA-FEIRA

7h/8h		
	AUDITÓRIO 1 - HEPATITE C	AUDITÓRIO 2 - NASH
8h/9h	DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO - HEPATITE C	DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO - HEPATITE B
9h/10	PALESTRAS - Epidemiologia e história natural da DGHNA - Tratamento cirúrgico da obesidade - A microbiota intestinal na Doença Hepática Gordurosa	PALESTRAS - Como prevenir recidiva de VHB ou VHC no pós trans - Perspectivas de erradicação da Hepatite B – onde e - O fígado no imaginário popular: o que pensam e fala
10h/10h30		INTERVALO - VI
10h30/12h	10h30/11h - CONFERÊNCIA CHALLENGES IN THE TREATMENT OF HEPATITIS B 11h/12h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 3 HEPATITE C	10h30/11h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 1 DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA 11h30/12h - CONFERÊNCIA TRANSLATIONAL APPROACH TO NAFLD/NASH
12h/14h	12h15/13h45 - SIMPÓSIO SATÉLITE - GILEAD	
14h/15h30	14h/14h30 - CONFERÊNCIA SÍNDROME METABOLICA: CARCINOMA HEPATOCELULAR E OUTRAS NEOPLASIAS 14h30/15h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 7 HEPATITE C	14h/15h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 5 DHGNA, DOENÇA AUTO-IMUNE E OUTRAS HEPATOPATIAS 15h/15h30 - CONFERÊNCIA ROLE OF BETA-BLOCKERS IN MANAGEMENT OF PORTAL HYPERTENSION
15h30/16h		INTERVALO - VI
16h/17h15	MESA REDONDA TRATAMENTO DA HEPATITE B E DELTA	MESA REDONDA CARCINOMA HEPATOCELULAR
17h30/19h		SIMPÓSIO SATÉLITE ABBVIE

06.10 - SEXTA-FEIRA

	AUDITÓRIO 1 - HEPATITE C	AUDITÓRIO 2 - NASH
8h/9h	CASO CLÍNICO- NASH	CASO CLÍNICO - COMPLICAÇÕES DA CIRROSE
9h/10	PALESTRAS - Ervas e Chás hepatotóxicos - Doença hepática alcoólica: Novas perspectivas de controle? - Medicina de precisão em Hepatologia	PALESTRAS - Profilaxia das infecções bacterianas na cirrose - Novos conceitos em Encefalopatia Hepática - Como cuidar da encefalopatia hepática "encoberta"
10h/10h30		INTERVALO - VI
10h30/12h	10h30/11h - CONFERÊNCIA HCC RECURRENCE AFTER HCV TREATMENT 11h/12h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 11 HEPATITE C	10h30/11h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 9 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM HEPATOLOGIA 11h30/12h - CONFERÊNCIA CURRENT AND FUTURE THERAPY OF ADVANCED STAGE
12h/14h	12h15/13h45 - SIMPÓSIO SATÉLITE	
14h/15h30	14h/14h30 - CONFERÊNCIA PERSPECTIVES FOR ERRADICATION OF HEPATITIS C 14h30/15h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 16 HEPATITE C	14h/15h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 13 HEPATITE C E OUTRAS HEPATITES VIRAIS 15h/15h30 - HOMENAGENS PÓSTUMAS
15h30/16h		INTERVALO - VI
16h/17h30	MESA REDONDA CONTROVÉRSIAS NO TRATAMENTO DA HEPATITE C	MESA REDONDA DOENÇA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA E NASH
18h/19h	ASSEMBLÉIA SBH	

07.10 - SÁBADO

	AUDITÓRIO 1 - HEPATITE C	AUDITÓRIO 2 - NASH
8h/10	APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS QUE CONCORREM AOS PRÊMIOS DA SBH PRÊMIO AMAURY COUTINHO / PRÊMIO LUÍS CARLOS GAYOTTO / PRÊMIO FIGUEIREDO MENDES	
10h/10h30		INTERVALO - VI
10h30/12h	MESA REDONDA DOENÇAS VASCULARES	MESA REDONDA DOENÇAS GORDUROSA E AUTOIMUNES
12h/12h30	ENCERRAMENTO/PREMIAÇÃO	



F

AUDITÓRIO 3		AUDITÓRIO 4	
ENCONTRO COM ESPECIALISTA		ENCONTRO COM ESPECIALISTA	
PALESTRAS - Métodos de imagem na avaliação evolutiva da esquistossomose - Elastografia hepática: qualidade do exame e sua interpretação - Elastografia Esplênica		PALESTRAS - Novo PCDT brasileiro para Hepatite C - análise crítica - Resistência aos novos DAAs - como evitar? - Assistência jurídica a médicos da SBH	
SITA À EXPOSIÇÃO PARALELA E PÔSTERES			
10h30/11h - CONFERÊNCIA NOVOS CONCEITOS DE INJÚRIA RENAL EM CIRRÓTICOS		10h30/11h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 2 HEPATITE B	
11h/12h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 4 CIRROSE E COMPLICAÇÕES		11h30/12h - CONFERÊNCIA TRATAMENTO DA HEPATITE C EM POPULAÇÕES ESPECIAIS	
INTERVALO PARA ALMOÇO/VISITAÇÃO À EXPOSIÇÃO PARALELA APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES			
14h/14h30 - CONFERÊNCIA TRANSPLANTE MULTIVICERAL: INDICAÇÕES E RESULTADOS		14h/15h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 6 OUTRAS HEPATOPATIAS	
14h30/15h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 8 TRANSPLANTE HEPÁTICO		15h/15h30 - CONFERÊNCIA CHALLENGES OF HEPATITIS C IN LATIN AMERICA	
SITA À EXPOSIÇÃO PARALELA E PÔSTERES			
MESA REDONDA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA NA HEPATOLOGIA		MESA REDONDA COMPLICAÇÕES DA CIRROSE	
SIMPÓSIO SATÉLITE			
AUDITÓRIO 3		AUDITÓRIO 4	
ENCONTRO COM ESPECIALISTA		ENCONTRO COM ESPECIALISTA	
PALESTRAS - Métodos não invasivos substituem a biopsia hepática? - Diagnóstico e tratamento da Colangite IgG4 - Doenças colestáticas da criança em pacientes adultos		PALESTRAS - Transplante hepático como tratamento do CHC - Cuidados no tratamento da Hepatite C no idoso - Hepatite E – epidemiologia, clínica e tratamento	
SITA À EXPOSIÇÃO PARALELA E PÔSTERES			
10h30/11h30 - CONFERÊNCIA ESTEATO HEPATITE NÃO ALCÓOLICA: INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA E NOVOS MEDICAMENTOS		10h30/11h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 10 CARCINOMA HEPATOCELULAR	
11h/12h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 12 CIRROSE E COMPLICAÇÕES		11h30/12h - CONFERÊNCIA HCV AND LIVER TRASPLANTATION: IS THERE A POINT OF NO RETURN?	
INTERVALO PARA ALMOÇO E VISITAÇÃO À EXPOSIÇÃO PARALELA APRESENTAÇÃO DE PÔSTERES			
14h/15h30 - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 14 SESSÃO ESPECIAL		14h/15h - SESSÃO DE TEMAS LIVRES ORAIS 15 CIRROSE E COMPLICAÇÕES/OUTRAS HEPATOPATIAS/CARCINOMA HEPATOCELULAR	
		15h/15h30 - CONFERÊNCIA BENEFÍCIOS DO CAFÉ PARA A SAÚDE	
SITA À EXPOSIÇÃO PARALELA E PÔSTERES			
MESA REDONDA MÉTODOS NÃO INVASIVOS DE AVALIAÇÃO DA FIBROSE HEPÁTICA		MESA REDONDA EM QUE O INFECTOLOGISTA PODE AUXILIAR O HEPATOLOGISTA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS	
AUDITÓRIO 1A	AUDITÓRIO 2	AUDITÓRIO 3	AUDITÓRIO 4
8h30/10h - SESSÃO DE AVALIAÇÃO DE PÔSTERES			PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA CERTIFICADO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE HEPATOLOGIA
LO - VISITA À EXPOSIÇÃO PARALELA			
MESA REDONDA DOENÇAS COLESTÁTICAS E ES	MESA REDONDA DOENÇAS METABÓLICAS	MESA REDONDA REPERCURSSÕES SISTÊMICAS NAS DOENÇAS HEPÁTICAS	PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA CERTIFICADO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE HEPATOLOGIA



Avançando
nos tratamentos,
melhorando
vidas.

Há mais de 25 anos, a Gilead tem trabalhado para desenvolver medicamentos que tratam necessidades médicas não atendidas, ajudando pacientes em todo o mundo.

Nosso portfólio e pipeline de inovação em medicamentos incluem tratamentos para HIV/AIDS, doenças de fígado, câncer, doenças inflamatórias, respiratórias e cardiovasculares.

Na área da hepatite C crônica (HCV), estamos focados em oferecer opções de tratamento simplificadas, orais, e em melhorar as taxas de cura.



Para mais informações, acesse: www.gilead.com
© 2015 Gilead Sciences, Inc.
IST052015 - Junho/2015