

# Encefalopatia Hepática na Emergência

## Autores e Afiliação:

Daniel Ossamu Goldschmidt Kiminami. Ex-médico residente de Clínica Médica do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP; Pedro Paes Leme Gonçalves. Médico Assistente da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP.

## Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

**Data da última alteração:** Segunda Feira, 24 de julho de 2017

**Data de validade da versão:** Sábado, 01 de dezembro de 2018

## Definição / Quadro Clínico:

Encefalopatia Hepática (EH) é um estado possivelmente reversível de déficit cognitivo ou de alteração de nível de consciência em pacientes com doença hepática ou shunt porto-sistêmico. Trata-se de uma síndrome clínica com amplo espectro de apresentação, desde a denominada EH não evidente (covert) a EH evidente por alterações psíquicas e neuromusculares leves a graves, podendo chegar a um estado comatoso. Este protocolo se aterá à EH evidente (overt), comum na sala de urgência.

### Classificação:

Tipo A: HE associada com Falência Hepática Aguda;

Tipo B: HE associada com Shunt ou Bypass Porto-Sistêmico sem lesão hepática intrínseca;

Tipo C: HE associada a Cirrose Hepática.

Os tipos crônicos (B e C) são subclassificados por sua vez em:

HE Episódica;

HE Recorrente: recorrência de episódio de EH em período  $\leq 6$  meses;

HE Persistente: sintomas basais sempre presentes intercalados com pioras agudas;

HE não evidente (covert): diagnóstico é feito após baterias de exames cognitivos refinados.

Quadro Clínico e Diagnóstico da EH evidente (Overt):

Tipicamente se manifesta como combinação de perda cognitiva com disfunção neuromuscular (Tabela 1), que se estabelecem em período de horas a dias.

### Diagnóstico:

O diagnóstico é clínico, baseado na busca, por meio da anamnese e exame físico, das alterações cognitivas e musculares compatíveis com EH em paciente com patologia de base predisponente (Tabela 1). Caso haja alterações não compatíveis, como déficits focais, convulsões ou evolução rápida para coma (em poucas horas) deve-se excluir outras etiologias possíveis (tomografia de Crânio e/ou punção liquórica) antes de se supor EH. Não há um exame diagnóstico padrão, assim, tratar como EH se quadro clínico compatível.

### Exames Complementares:

Quando há dúvida diagnóstica, principalmente quando não há resolução do quadro de EH com medidas habituais (vide fluxograma), pode-se solicitar:

- a) EEG: padrão habitual em EH caracterizado na tabela 1;
- b) Tomografia de crânio: edema localizado ou generalizado em EH;
- c) Dosagem de amônia sérica: estará acima do limite superior de normalidade em EH.

### Tratamento:

Fator Precipitante: buscar ativamente fatores precipitantes por meio da anamnese, exame físico e exames complementares (Tabela 2), lembrando que no caso de HE persistente a não aderência medicamentosa pode por si só levar a EH.

O fluxograma 1 resume o tratamento mais adequado para a encefalopatia hepática.

### Referências Bibliográficas:

1. Ming-Ming Loo N. et. al: Non-hemorrhagic acute complications associated with cirrhosis and portal hypertension, *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 27 (2013) 665–678.
2. Pere Gine`s et. al: Management of critically-ill cirrhotic patients *Journal of Hepatology* (2012) | S13–S24.
3. Kevin D. Mullen et al: New Perspectives in Hepatic Encephalopathy *Clin Liver Dis* (2012) 1–5 doi:10.1016 /j.cld.2012.01.001.
4. Khungar V. et.al : Management of Overt Hepatic Encephalopathy , *Clin Liver Dis* (2012) 73-89 doi 10.1016/j.cld 2011.12.007 (Elsevier).
5. <http://www.uptodate.com/>

Anexos:

Tabela 1. Classificação da gravidade da encefalopatia hepática.

**Critérios de West Haven para alterações de estado mental em EH**

Grau	Consciência	Intelectuo/Comportamento	Achados neurológicos	EEG
0	Normal	Normal	Normal ou testes psicomotores alterados (daí encefalopatia hepática não evidente)	Normal
1	Déficit de atenção leve	Concentração prejudicada, confusão leve	Apraxia, asterixis leve ou tremor	Normal ou com achados iguais aos do Grau 2
2	Letargia	Desorientação, comportamento inadequado	Asterixis evidente; discurso lento e distorsido	Ondas trifásicas com atividade de onda lentificada (5 ciclos/segundo)
3	Sonolento mas responsável	Desorientação grave, agressividade	Asterixis +, Rigidez muscular e clonias; hiperreflexia, Babinski +	Ondas trifásicas com atividade de onda lentificada (5 ciclos/segundo)
4	Coma	Coma	Postura de descerebração, asterixis ausente, rigidez	Atividade Delta, padrão de onda muito lentificada (2-3 ciclos/s)

Tabela 1. Adaptado de *Pere Gine's et al.: Management of critically-ill cirrhotic patients. Journal of Hepatology 2012 | S13-S24.*

Fluxograma 1. Manejo do paciente com encefalopatia hepática

