

Relato De Caso Clínico – Síndrome Ictero – Hemorrágica

Antônio Guilherme do Paço Baylão¹; Jurema Nunes Mello¹; Marcos Aurélio da Silva Baylão^{1,2,3}; Mariana de Castro Rolim¹; Sandro Javier Bedoya Pacheco^{1,4} & Walter Tavares¹

*Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda (ECMVR/ FOA – UNIFOA)¹;
Ambulatório Municipal de Infectologia (AMI), Taubaté (SP)²; Ambulatório Municipal
de Infectologia (AMI), Caçapava (SP)³; Instituto de Pesquisa Clínica “Evandro
Chagas” – Instituto/ Fundação Oswaldo Cruz (IPEC/ IOC – FIOCRUZ)⁴
Volta Redonda (RJ); Taubaté (SP); Caçapava (SP); Rio de Janeiro (RJ) – Brasil*

Introdução:

Definida também como Síndrome Hepatopulmonar, a Síndrome Íctero-Hemorrágica caracteriza-se por habitualmente três fatores fundamentais na patogênese, hepatopatia avançada, alterações na hematose e vasodilatação com shunt intrapulmonar, na ausência de demais co-morbidades intrínsecas, sendo que o fator responsável por agudização e gravidade da síndrome é a disfunção/ insuficiência hepática, conforme descrito no caso clínico relatado (*KNOBEL, 2006*). **Objetivos:** O presente relato de caso clínico tem por objetivos gerais, evidenciar aspectos relevantes da patogênese da Síndrome Hepatopulmonar, especialmente quando agudizada por hepato-disfunções severas, quando o paciente já apresenta grau expressivo de icterícia, discrasias sanguíneas e insuficiência renal, necessitando de diálise em virtude de oligúria/ anúria. Especificamente, também discutimos a dificuldade diagnóstica quanto a etiologia desta síndrome, especialmente pela similaridade sindrômica com algumas etiologias infecciosas, como a Leptospirose.

Relato de Experiência:

Paciente transferido para UTI-IIER de Sapopemba, morador de rua, etilista crônico, com quadro clínico de síndrome icterico-hemorrágica, sendo interrogada Leptospirose como principal hipótese diagnóstica, admitido em SARA, intubado previamente, mas com sangramento profuso, especialmente pelo tubo orotraqueal, evidenciando a radiografia de tórax (PA/ Perfil) imagem radiológica sugestiva de microconsolidações e espessamento de septos interalveolares (formato de asa de borboleta = que sugere Leptospirose a despeito da primeira sorologia ser negativa).

Paciente mantido com dispositivos invasivos (CVC, PAI = será suspensa, Schilley e IOT, persistindo com sangramento alveolar impossibilitando progredir desmame de ventilação mecânica com PEEP elevada (14–20), fazendo bom volume corrente, frequência respiratória e FiO₂ variável. Em uso de Meropenem + Polimixina B + SMX/ TMP (Profilático) + Vancomicina por 14 dias (já suspensa) + Proteção Gástrica + Clexane SC (Profilaxia TVP/ TEP). Em hemodiálise, será suspensa. Em avaliação para indicação de Pulsoterapia (suspeita de vasculite auto-imune - Wegener, Goodpasture, Poliarterite nodosa, ...), solicitado ANCA, FAN, FR e demais anticorpos, além de estar em andamento a 2^a. Sorologia para Leptospirose. Paciente estável hemodinamicamente e parâmetros ventilatórios sem alterações. **Conclusão:** Em suma, concluímos pelo presente relato de caso clínico a dificuldade diagnóstica em certos casos de Síndrome Hepatopulmonar, especialmente quando de hepatodisfunções graves com discrasias sanguíneas importantes sobretudo alveolares e que possivelmente a melhor terapêutica para esses pacientes, sem uma etiologia infecciosa, é a transplantação mesmo porque o máximo de sobrevida em terapia de suporte para estes é de 20-40% dos casos em 2 anos e meio devido a elevada morbi-mortalidade.

Palavras-Chave: Síndrome Íctero-hemorrágica; Leptospirose; Hepatopulmonar; morbi-mortalidade.

Referências Bibliográficas:

III CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. Ventilação mecânica na Lesão Pulmonar Aguda (LPA)/ Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). J. Bras. Pneumol. 2007; 33(Supl 2): S 119-S 127;

MARTINS, H. S. ET. AL. Emergências Clínicas, Abordagem Prática. Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de São Paulo (HC-FCMUSP), 8^o. Edição, Editora Manole, Barueri (SP), 2013;

KNOBEL, E. ET. AL. Conduas no Paciente Grave. Vol. 1, 3^a. Edição, Editora Atheneu, São Paulo (SP), 2006.