



“AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO EM CRIANÇAS COM OBSTRUÇÃO EXTRA-HEPÁTICA DA VEIA PORTA (OEHP) E HIPERTENSÃO PORTA (HP)”



Pesquisadora: Luara Nagata Otoch (e-mail: luotoch@hotmail.com)

Orientador: Gabriel Hessel (Gastropediatria - UNICAMP)

**Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.**

Palavras chave: trombose de veia porta; hipertensão portal; crescimento; saúde da criança.

INTRODUÇÃO

A obstrução extra-hepática da veia porta é uma das principais causas de hipertensão portal em crianças. Uma importante complicação é a hemorragia digestiva alta que é tratada por meio da escleroterapia endoscópica ou ligadura elástica. Casuísticas indianas relataram retardo de crescimento nas crianças com trombose de veia porta e as repercussões da obstrução extra-hepática da veia porta sobre o estado nutricional desses pacientes têm sido utilizadas como importante justificativa para a necessidade de opções terapêuticas cirúrgicas, tais como os shunts porto-sistêmicos.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o desenvolvimento pondero-estatural dos pacientes com obstrução da veia porta extra-hepática e hipertensão portal submetidos a tratamento endoscópico escleroterápico e/ou ligadura elástica das varizes de esôfago e avaliar se apresentam crescimento e peso adequados para a idade.

MÉTODOS

Participaram do estudo 25 crianças com diagnóstico de obstrução extra-hepática da veia porta. Foram realizadas medidas de peso e estatura em dois momentos do seguimento, e calculada a velocidade e o canal de crescimento - este a partir da obtenção da altura dos pais - sempre que possível.

RESULTADOS

Os dados foram classificados em Z-escore e obtivemos os seguintes resultados: o peso-para-idade e a altura-para-idade dos pacientes estavam adequados nos dois momentos do seguimento, havendo discreto aumento da média do Z escore de ambos os parâmetros, sendo que a média do peso-para-idade passou de -0,21 +/- 1,28 para -0,02 +/- 1,41 (p=0,05), e a da altura para idade passou de 0,06 +/- 1,64, para 0,30 +/- 1,79 (p=0,006). Em relação ao IMC, a média do Z escore subiu de -0,10 +/- 0,96 na primeira avaliação para -0,03 +/- 1,09 na segunda (tabela 1). Foi possível a realização do cálculo da velocidade de crescimento (VC) de 13 dos 22 pacientes uma vez que para tal é necessário um intervalo mínimo de 6 meses entre as medidas. Desta amostra, 6 pacientes (46,1%) se encontraram acima do percentil 97 da velocidade de crescimento; 1 paciente (7,7%) situou-se entre p75-p90; 2 (15,4%) estavam entre p50-p75; 1 situou-se no p50; 1 entre p25-p50; 1 no p10 e apenas 1 paciente abaixo do p3 da curva de velocidade de crescimento (gráfico 1). Dos 6 pacientes que se encontraram acima do p97, 3 situaram-se dentro do canal de crescimento familiar e os 3 restantes não foi possível a avaliação pois 2 não tem contato com o pai biológico e 1 é filho adotivo. Dos demais, todos se situaram dentro do canal de crescimento, com exceção de 2 pacientes (tabela 2). Quanto ao tipo de tratamento realizado, 5 pacientes (27,8%) foram submetidos à ligadura elástica; 3 (16,7%) à ligadura elástica + propranolol; 4 pacientes (22,2%) à escleroterapia; 1 (5,5%) à escleroterapia + propranolol, 1 (5,5%) fez uso de propranolol e 4 (22,2%) mantiveram-se sem tratamento.

Tabela 1: Z escore do peso-para-idade, altura-para-idade e IMC dos pacientes com TVP DP: desvio padrão

Escore Z	Primeira avaliação						Segunda avaliação						p
	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	
Peso	22	-0,21	-0,32	1,28	-3,09	2,65	19	-0,02	-0,29	1,41	-3,15	2,69	0,05
Altura	22	0,06	-0,15	1,64	-3,15	4,31	19	0,3	0,28	1,79	-3,06	4,34	0,006
IMC	21	-0,1	-0,13	0,96	-2,6	1,88	19	-0,03	-0,11	1,09	-2,68	1,96	0,64

Teste de Wilcoxon

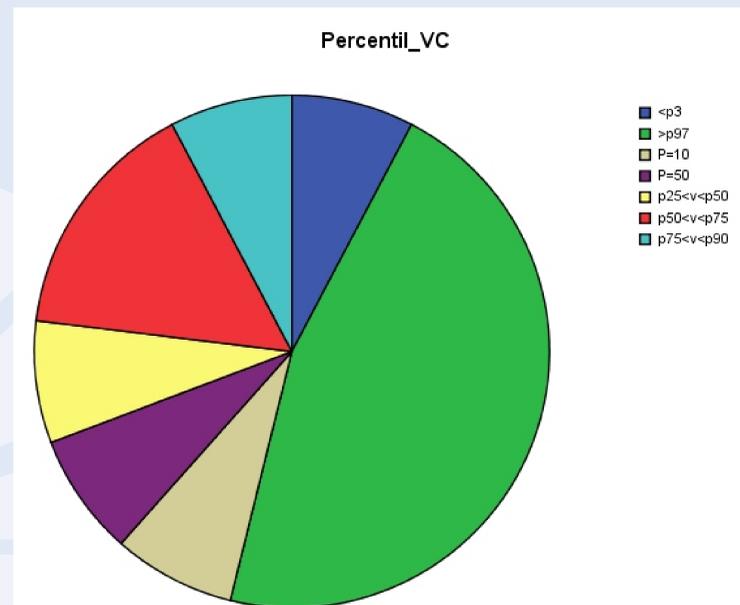


Gráfico 1: Percentis Velocidade de Crescimento

Tabela 2: Relação entre percentil da velocidade de crescimento, adequação ao canal familiar e tratamento utilizado

Paciente	Sexo	Z escore VC	Percentil VC	Canal familiar	Tratamento
MFAO	M	3,96	>p97	sim	Escleroterapia + propranolol
HMC	M	8,73	>p97	NA	Ligadura elástica
HSG	M	3,02	>p97	NA	Ligadura elástica + propranolol
JCCS	M	...	...	NA	Sem tratamento
GPQ	F	2,08	p>97	sim	Escleroterapia
DST	F	0,07	p50<VC<p75	não	Ligadura elástica + Propranolol
GVLB	M	...	...	NA	Ligadura elástica + propranolol
CGC	F	-2,52	<p3	não	Escleroterapia
GL	F	0,85	p75<VC<p90	sim	Sem tratamento
GJR	M	4,36	>p97	NA	Ligadura elástica
HVAD	F	0,19	P=50	acima	Escleroterapia
IAAP	F	0,08	P=10	sim	Ligadura elástica
RHFG	M	-0,48	p25<VC<p50	sim	Ligadura elástica + propranolol
CPMS	M	...	...	sim	Sem tratamento
LPMS	M	...	...	sim	Escleroterapia
VMC	F	...	...	acima	Não obtido
VAT	M	...	...	sim	Não obtido
LF	M	...	...	acima	Não obtido
RHSA	M	...	...	sim	Ligadura elástica
GFF	F	3,88	>p97	sim	Sem tratamento
GN	M	0,09	p50<VC<p75	NA	Ligadura elástica
RFSA	F	...	...	sim	Não obtido

VC: velocidade de crescimento

NA: não avaliado

CONCLUSÃO

Ao contrário do que se observa na literatura internacional, mediante aos dados (Z escore do peso, altura e IMC) obtidos nesse projeto, podemos afirmar que as crianças com OEHP acompanhadas no HC-UNICAMP não sofreram implicações no desenvolvimento pondero-estatural durante o acompanhamento. Isso sugere que o tratamento clínico associado à ligadura elástica / escleroterapia / medicações utilizado em nosso serviço é o suficiente para garantir um crescimento e desenvolvimento nutricional adequados aos pacientes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Alvarez F, Bernard O, Brunelle F, Hadchouel P, Odièvre M, Alagille D. Portal obstruction in children. II. Results of surgical portosystemic shunts. J Pediatr. 1983;103:703-7.
- Bellomo-Brandão MA, Morcillo AM, Hessel G, Cardoso SR, Servidoni Mde F, da-Costa-Pinto EA. Growth assessment in children with extra-hepatic portal vein obstruction and portal hypertension. Arq Gastroenterol. 2003 Oct-Dec;40(4):247-50.
- Lautz TB, Sundaramb SS, Whittingtonb PF, Keysa L, Superina RA. Growth impairment in children with extrahepatic portal vein obstruction is improved by mesenterico-left portal vein bypass. J Pediatr Surg. 2009 Nov;44(11):2067-70.
- Mehrotra RN, Bhatia V, Dabodghao P, Yachha SK. Extrahepatic portal vein obstruction in children: anthropometry, growth hormone, and insulin-like growth factor I. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1997 Nov;25(5):520-3.
- Sarin SK, Bansal A, Sasan S, Nigan A. Portal vein obstruction in children leads to growth retardation. Hepatology 1992;15:229-233.

Apoio: Bolsa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq Quota 2010/2011

