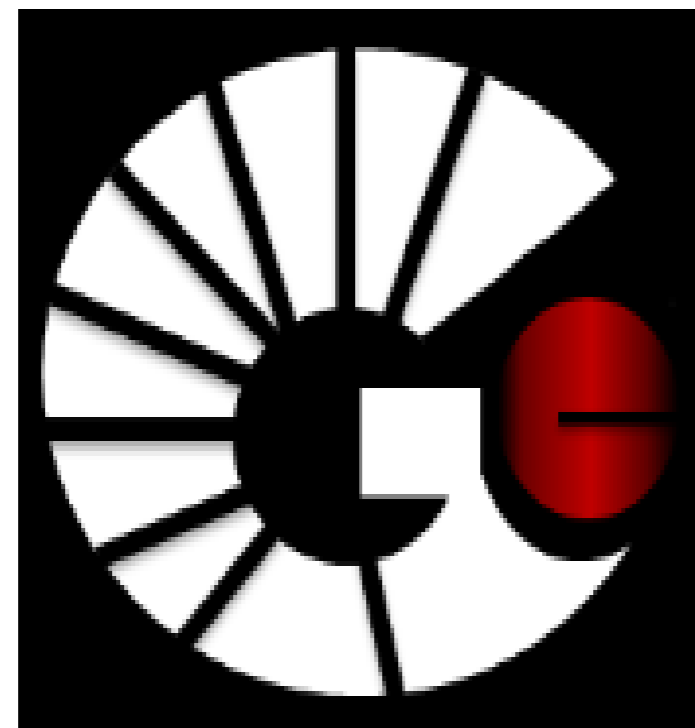


COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES EM PÓS-TRANSPLANTADOS HEPÁTICOS



Luan Fernando Santos Rocha - luanfsrocha@gmail.com
 Profa. Dra. Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin (Orientadora)
 FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM /UNICAMP
 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq
 Palavras-chave: Transplantes - Imunossuppressores - Coração



INTRODUÇÃO

O transplante de fígado ocorreu pela primeira vez com êxito em 1963, comandado pelo Dr. Starzl Etal, no Colorado, Estados Unidos. Contudo, apenas em 1983 foi conferido ao procedimento o caráter terapêutico.

O enxerto hepático pode ser obtido de doador cadavérico ou através de uma parte do fígado extraído de um doador vivo. Doenças agudas ou crônicas do fígado nas quais se esgotaram todas as possibilidades de tratamento clínico, tendo como consequência a falência hepática são indicações de que este tipo de procedimento deve ser realizado.



Fig.1: Transplante Hepático em doador vivo

Fig. 2: Doador

Desde os primeiros transplantes de fígado, assistiu-se a um progresso extraordinário nos resultados do procedimento devido ao aperfeiçoamento da técnica operatória, maior precisão das indicações e, principalmente, devido a uma melhor compreensão dos mecanismos imunológicos presentes no fenômeno da rejeição. No entanto, sem adequada terapia imunossupressora os resultados do procedimento eram desanimadores e apresentavam baixos índices de sobrevivência (20% em dois anos).

Para que o transplante de fígado obtivesse melhores resultados, começaram a utilizar imunossuppressores, medicamentos responsáveis que irá ajudar a “enfraquecer” o sistema imunológico evitando rejeição do enxerto.

A utilização de imunossuppressores além de “enfraquecer” o sistema imunológico, prejudica a musculatura do coração, levando o paciente a ter complicações cardíacas.

Todavia, a dosagem deve ser exata, pois ao ingerir uma quantidade maior, o seu organismo pode ficar mais susceptível às infecções e a toxicidade, e ao ingerir uma quantidade menor o seu organismo poderá rejeitar o órgão transplantado. (Tabela 1).

Tabela 1 – Protocolo de imunossupressão

Medicação	Dosagem inicial	Dosagem de manutenção
Ciclosporina A	Dose de 4-6 mg/Kg de peso por dia, iniciada no quarto dia de pós-operatório, ajustada com base em níveis plasmáticos (variação de 200-300 ng/ml nos três primeiros meses).	Manutenção de níveis plasmáticos entre 100-200 ng/ml entre o 4-8 meses e 100-150 ng/ml nos meses seguintes.
Azatioprina	Dose de 2-2,5 mg/kg de peso/dia via oral precedidos de 4 mg/kg de peso no pré-operatório imediato, com doses mais baixas na vigência de leucopenia, trombocitopenia ou disfunção hepática.	
Metilprednisolona	Iniciada no período intra-operatório na dose de 500 mg IV seguida de 750 mg a 1/g até o terceiro dia pós-operatório.	
Prednisona	Dose de 1-1,5 mg/kg de peso/dia por via oral a partir do quarto dia de pós-operatório	Dose mínima de 10 mg/dia aos seis meses e em dose mínima diária ou sem uso da droga em um ano de pós-operatório.



Fig.3: Transplante Ortotópico do Fígado



Fig.4: Imunossuppressores

METODOLOGIA

A metodologia empregada foi inicialmente:

Estudos bibliográficos para primeiro situar se com o tema transplante ortotópico de fígado (TOF), morfofisiológica do coração, e como um intervém no outro. Para a pesquisa bibliográfica, foram selecionadas literaturas específicas da área. Essa literatura foi coletada em base de dados de periódicos nacionais e internacionais, bases de teses, livros, artigos etc.

A partir disso, foram realizadas anotações e catalogação de complicações cardiovasculares ocorridas no período pós-operatório.

RESULTADOS

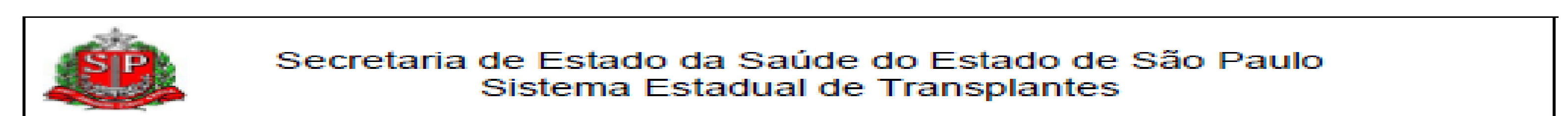
INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

6/598 = 1,003%

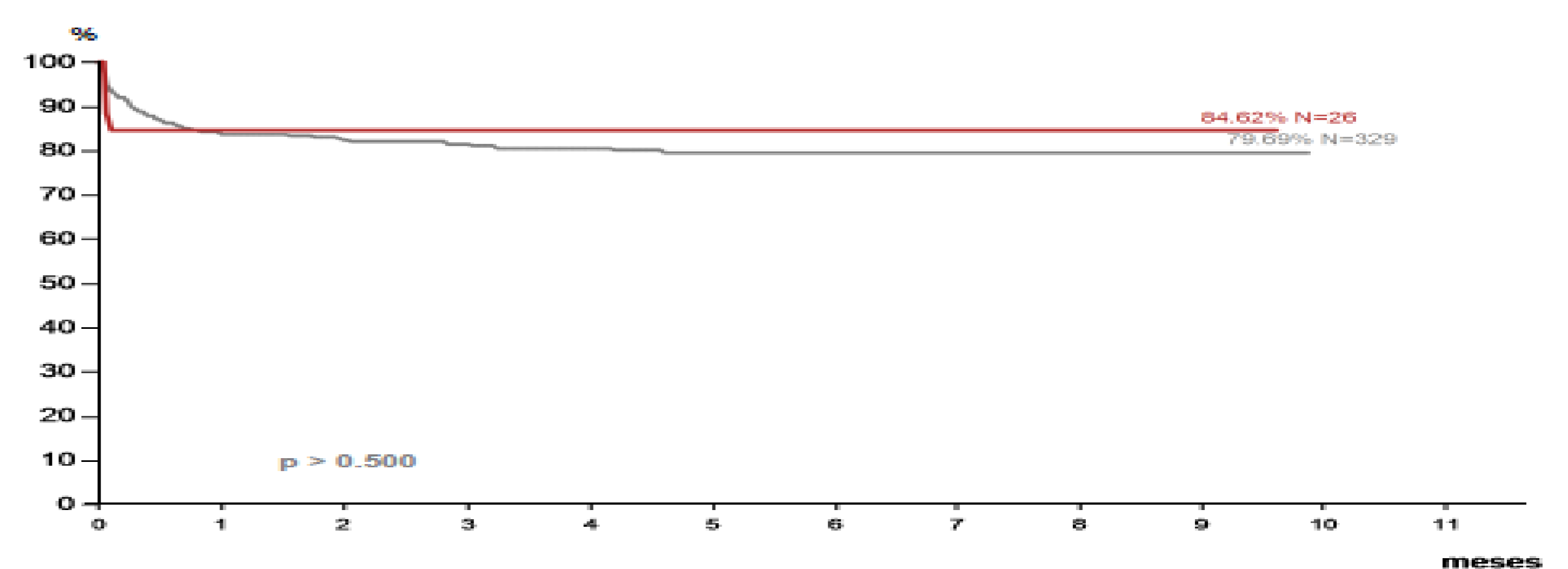
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

5 /598 = 0,836%

* Tempo médio do evento = todos aconteceram após 5 anos do transplante



Relatório de Sobrevida Atuarial - Kaplan-Meier



Orgão: Fígado; Evento: Paciente; Período: 01/01/2012 até 01/10/2012; Data da Revisão: 22/10/2012; Localização: Estado; Idade Doador: 0 a 100 anos; Sexo: 100 a 200; Idade Receptor: 0 a 100 anos; Não Priorizados; Intervalo: 365 dias; N=329 (Sobrevida: 79,69%)
 Orgão: Fígado; Evento: Paciente; Período: 01/01/2012 até 01/10/2012; Data da Revisão: 22/10/2012; Equipe: Campinas - Unicamp - Ilka Boin; Idade Doador: 0 a 100 anos; Sexo: 100 a 200; Idade Receptor: 0 a 100 anos; Não Priorizados; Intervalo: 365 dias; N=26 (Sobrevida: 84,62%)

CONCLUSÃO

O transplante hepático e os imunossuppressores aumentaram, em muito, a sobrevida de portadores de doenças hepáticas crônicas terminais e irreversíveis, mas a falência do transplante ainda é uma preocupação constante. Por este motivo realizamos exames em pós-transplantados, a fim de mapear quais são os futuros complicadores cardiovasculares, cataloga-los e buscar soluções para minimizar essas futuras complicações.