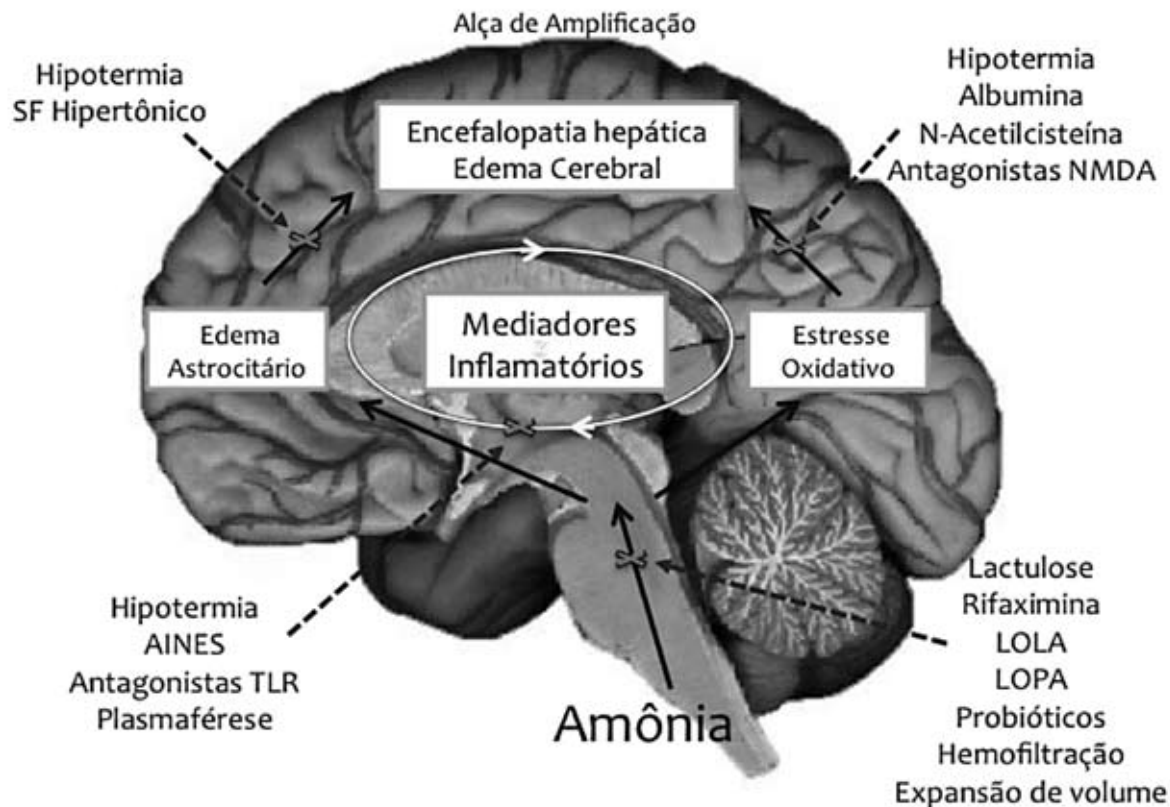


**Figura 4: Diferentes vias patogênicas na E.H. e respectivas condutas terapêuticas**



## NOMENCLATURA, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA EH

A encefalopatia hepática (EH) é um distúrbio funcional do sistema nervoso central (SNC) associado à insuficiência hepatocelular, decorrente de quadros agudos ou crônicos de hepatopatia, e à presença de *shunts* portossistêmicos, sejam eles espontâneos, cirúrgicos ou após a colocação de *shunt* transjugular intra-hepático portossistêmico (TIPS)<sup>23</sup>.

Classifica-se a EH de acordo com o grau de comprometimento da função hepática, duração e características do distúrbio neurológico ou pela presença de fatores desencadeantes. Várias terminologias já foram empregadas para descrever as manifestações clínicas da EH.

Atualmente, emprega-se a nomenclatura estabelecida no 11º Congresso Mundial de Gastroenterologia, realizado em Viena, em 1998<sup>24</sup>, que classificou a EH em tipos A, B e C de acordo com as diferentes formas de acometimento hepático (Tabela 1).

O tipo A refere-se àquela associada à falência hepática aguda; o tipo B é devido a *shunts* portossistêmicos não associados à insuficiência hepatocelular, e o tipo C é aquele presente em pacientes cirróticos.

**Tabela 1: Classificação da Encefalopatia Hepática**

Tipo	Caracterização	
A	Associada à falência hepática aguda	
B	Associada a <i>shunt</i> portossistêmico	
C	Associada à cirrose hepática	
	Episódica	Precipitada
		Espontânea
		Recorrente
	Persistente	Leve
		Acentuada
		Dependente de tratamento
	Mínima	
<i>Nomenclatura estabelecida no 11º Congresso Mundial de Gastroenterologia, Viena</i>		

A EH do tipo C, associada à cirrose, foi ainda subdividida em: 1) Episódica: definida como delírio agudo ou distúrbio de consciência, acompanhados por alterações cognitivas em pacientes previamente hígidos do ponto de vista neuropsiquiátrico. A EH episódica foi subclassificada em: a) precipitada, quando associada a fatores desencadeantes (como sangramento gastrointestinal, infecções, medicamentos, distúrbios hidroeletrólíticos, disfunção renal, hipoxemia e

transgressão dietética); b) espontânea, na ausência desses fatores, e c) recorrente, quando os episódios de EH (precipitada ou espontânea) se repetem em frequência superior a, pelo menos, dois episódios por ano.

2) Persistente: definida pela presença contínua e ininterrupta de sinais e sintomas neuropsiquiátricos, geralmente alterações extrapiramidais, disartria, distúrbios de personalidade, de memória e do ciclo sono e vigília. É graduada em: a) leve; b) acentuada; e c) dependente de tratamento, ou seja, compensada apenas com o uso contínuo de medicações e dieta.

3) Mínima: caracterizada por um estágio pré-clínico de EH em que pacientes com cirrose demonstram déficits em testes neuropsicológicos ou neurofisiológicos, sem alteração do estado mental, nem anormalidades neurológicas evidentes.

Recentemente, a International Society for Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism (ISHEN) propôs uma nova classificação para EH, dividindo a síndrome em ausente, encoberta (*covert*) e clinicamente aparente<sup>25</sup>. O diagnóstico de EH é de exclusão, particularmente naqueles pacientes com EH de início recente, pacientes com sinais e sintomas atípicos ou naqueles indivíduos com doenças neurológicas associadas<sup>23</sup>. Recomenda-se que o diagnóstico e a graduação da EH em cirróticos devam

ser baseados em: 1) história clínica; 2) exclusão de outras causas, particularmente distúrbios metabólicos (uremia), doenças infecciosas, processos expansivos do SNC (hematomas, neoplasias), distúrbios psiquiátricos e alterações de comportamento, especialmente abstinência alcoólica; e 3) emprego dos critérios de West Haven (Tabela 3) e/ou escala de Coma de Glasgow (Tabela 4), na qual a melhor resposta a estímulos verbais e a dor determinam um escore que se correlaciona com a gravidade do processo, estando a EH grave definida como um escore menor que 12<sup>23</sup>. Outros métodos complementares, incluindo testes psicométricos e investigações eletrofisiológicas, são particularmente úteis para o diagnóstico de EH mínima.

## MÓDULO I: ABORDAGEM E MANEJO DA EH E DA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

### Tratamento farmacológico da EH na IHA: Qual a evidência?

A orientação terapêutica no tratamento farmacológico da encefalopatia hepática (EH) na insuficiência hepática aguda (IHA) é confusa em relação ao uso de dissacarídeos e antibióticos não absorvíveis e da L-ornitina L-aspartato (LOLA), pois não há delimitação precisa do seu uso para os casos de etiologia aguda ou crônica. Muitas afirmações, em

16  
GED

**Tabela 2: Nova Classificação da EH proposta pela International Society for Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism (ISHEN)**

		Encefalopatia Hepática	
	Ausente	“Covert” (Encoberta)	Clinicamente Aparente
Estado Mental	Não comprometido	Não comprometido	De desorientação ao coma
Testes especializados	Não comprometido	Alterados	Não requeridos (podem estar anormais)
Asterixis	Ausente	Ausente	Presente (exceto se coma)

**Tabela 3: Critérios de West Haven para Classificação da Encefalopatia Hepática de acordo com a gravidade**

Grau I	Alterações leves de comportamento e de funções biorregulatórias, como alternância do ritmo do sono, distúrbios discretos do comportamento como riso e choro “fácil”, hálito hepático.
Grau II	Letargia ou apatia, lentidão nas respostas, desorientação no tempo e espaço, alterações na personalidade e comportamento inadequado, presença de flapping.
Grau III	Sonolência e torpor com resposta aos estímulos verbais, desorientação grosseira e agitação psicomotora, desaparecimento do flapping.
Grau IV	Coma não responsivo aos estímulos verbais e com resposta flutuante à dor.