

situações com grave comprometimento da qualidade de vida, como a doença policística e a hemangiomatose hepáticas, e condições nas quais o retardo na realização do transplante pode determinar progressão da doença e estabelecimento de sequelas definitivas, como a polineuropatia amiloidótica familiar (PAF).

Para evitar esses inconvenientes, a legislação brasileira determina a correção automática do MELD, por meio de concessão de pontuação adicional, em diversas situações especiais que incluem, entre outras, todas as condições citadas anteriormente (CHC, SHP, PAF, hemangiomatose hepática e doença policística).

A EH grau 2 ou superior é um fator de mortalidade independentemente da pontuação MELD em pacientes cirróticos^{126,127}. Além disso, a escala MELD não avalia a gravidade da EH¹²⁸, nem o efeito na qualidade de vida determinado pela EH. Adicionalmente, pacientes com episódios repetidos de EH apresentam maior risco de persistência de déficits neurocognitivos pós-transplante¹²⁹. Foi aprovado que a evidência disponível fornece racional para concessão de pontuação adicional em portadores de EH devido ao maior risco de mortalidade, associado ao comprometimento da qualidade de vida e ao risco de sequelas cognitivas irreversíveis.

Recomenda-se que portadores de EH sejam submetidos à apreciação de uma Câmara Técnica de especialistas para decisão caso a caso, baseada no grau de encefalopatia, na gravidade e na frequência dos episódios e na condução adequada do tratamento clínico.

Recomendações:

1. Deve-se pesquisar sistematicamente a presença de *shunts* vasculares em pacientes cirróticos com EH persistente.
2. A pesquisa de *shunts* vasculares deve ser realizada inicialmente por ultrassonografia com doppler colorido, seguido de angio TC ou angio RNM como métodos de confirmação diagnóstica.
3. Todo paciente cirrótico deveria ser avaliado quanto à presença de EHM no momento da sua habilitação ou renovação da sua licença de condutor, desde que haja disponibilidade e validação nacional dos meios diagnósticos disponíveis.
4. A utilização de TIPS com diâmetro menor (8 mm) em pacientes cirróticos com fatores preditivos de ocorrência de EH não reduz a ocorrência de EH.
5. A oclusão dos *shunts* portossistêmicos na EH da hipertensão portal não cirrótica tem impacto favorável na qualidade de vida.
6. Existe racional para pontuação adicional de cirróticos com EH na era MELD.

MÓDULO IV: ENCEFALOPATIA HEPÁTICA MÍNIMA

A EHM é um dos temas mais atualmente debatidos na hepatologia. Ela é caracterizada pela ausência de sintomas e pode ter consequências importantes na vida diária do paciente cirrótico, afetando sua qualidade de vida, sua capacidade de dirigir e, por conseguinte, o deixando exposto a maior risco de acidentes de trânsito e também a quedas e fraturas. Ademais, a EHM pode ser um fator prognóstico para o desenvolvimento de encefalopatia clinicamente aparente (EHCA) no futuro. O seu diagnóstico, entretanto, ainda representa um desafio. A principal bateria habitualmente utilizada apresenta algumas restrições. De fato, os testes psicométricos são algo demorado para serem aplicados, sofrem influência da escolaridade e são passíveis de aprendizado. Se não bastasse, em alguns países é vetado o seu uso pelos médicos.

No Brasil esses testes ainda carecem de validação. No tratamento da EHM, lactulose, probióticos e LOLA já foram avaliados em alguns estudos, mas a rifaximina, um antibiótico não absorvível por via oral é a que se mostra mais promissora. A droga demonstrou-se útil na reversão da EHM e no desempenho em simuladores de direção em estudo recente. O assunto está longe de encerrar, ainda mais que a International Society for Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism (ISHEN) publicou neste ano resultado de uma reunião de consenso em que modifica a classificação da encefalopatia hepática.

A ISHEN lançou o sistema SONIC, que cria uma nova classe de encefalopatia, a chamada Covert Hepatic Encephalopathy, que pode ser traduzida como encefalopatia hepática coberta, encoberta ou secreta, e que agrupa a anteriormente chamada EHM à EHCA de grau I. Pode-se antever a necessidade de estudos terapêuticos avaliando a resposta a diferentes drogas ou associações no tratamento desta nova entidade clínica.

Recomendações:

1. A EHM é um fator prognóstico para EHCA no futuro.
2. A EHM diminui a QOL de cirróticos.
3. A pesquisa de EHM deve ser recomendada como rotina nos serviços de saúde no país, uma vez que tenhamos testes validados disponíveis.
4. Os testes psicométricos, caso validados, devem ser a primeira escolha no diagnóstico.
5. A EHM, uma vez diagnosticada, deve ser alvo de tratamento.
6. Na ausência da rifaximina, ainda não está disponível no Brasil, pode-se considerar o uso da lactulose, probióticos ou LOLA para tratamento da EHM.