

ARTIGOS ORIGINAIS

- AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM CIRROSE HEPÁTICA
- ANÁLISE DE TRANSPLANTES RENAIIS EM UM SERVIÇO QUE REALIZA TRANSPLANTES DE OUTROS ÓRGÃOS ABDOMINAIS

RELATO DE CASO

- TROMBOSE RECORRENTE DE ARTÉRIA HEPÁTICA ASSOCIADA À POSITIVIDADE DE ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

PONTO DE VISTA

- UM ESTRANHO NO CORAÇÃO ... breves considerações acerca de alguns aspectos psicológicos na transplantação (Portugal)

Apoio:



JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes

Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO
 Avenida Paulista, 2001 – 17º andar – cj. 1704/1707 – CEP 01311-300 – São Paulo – SP – Brasil
 Fone/Fax: (11) 3283-1753 / 3262-3353 / 3289-3169 – E-mail: abto@abto.org.br – www.abto.org.br

Periodicidade: trimestral

JBT – J Bras Transpl. São Paulo. Vol.16, nº3, p.1773-1798, jul/set 2013

Editor Chefe

Mário Abbud Filho – SP

Editores Assistentes

Ilka de Fátima Ferreira Boin – SP
 Nicolas Panajatopoulos – SP

Editores Adjuntos

Ben-Hur Ferraz Neto
 Henry de Holanda Campos
 José Osmar Medina Pestana
 Maria Cristina Ribeiro de Castro
 Valter Duro Garcia
 Walter Antonio Pereira

Conselho Editorial Nacional

Adriano Miziara Gonzalez – SP
 Alexandre Bakonyi Neto – SP
 André Ibrahim David – SP
 Bartira de Aguiar Roza – SP
 Cláudia Maria Costa de Oliveira – CE
 David Saitovitch – RS
 Elcio Hideo Sato – SP
 Érika Bevilaqua Rangel – SP
 Euler Pace Lasmar – MG
 Huda Noujaim – SP
 Irene Noronha – SP

João Eduardo Nicoluzzi – PR
 Jorge Milton Neumann – RS
 Karina Dal Sasso Mendes – SP
 Marcelo Moura Linhares – SP
 Marilda Mazzali – SP
 Niels Olsen Saraiva Camara – SP
 Paulo Celso Bosco Massarollo – SP
 Paulo Sérgio da Silva Santos – SP
 Rafael Fábio Maciel – PE
 Renato Ferreira da Silva – SP
 Roberto Ceratti Manfro – RS
 Tércio Genzini – SP

Conselho Editorial Internacional

Domingos Machado (Lisboa-Portugal)
Presidente

B. D. Kahan (Houston-USA)
 F. Delmonico (Boston-USA)
 G. Opelz (Heidelberg – Alemanha)
 H. Kreis (Paris-França)
 J. M. Dibernard (Lyon-França)
 J. Kupiec-Weglinski (Los Angeles-USA)
 J. P. Soulliou (Nantes-France)
 N. L. Tilney (Boston-USA)
 P.N.A Martins (Boston-USA)

*Representantes da Societé
 Francophone de Transplantation*
 D. Glotz (Paris-França)
 Y. Lebranchu (Tours-França)

*Representandes da Organización
 Catalana de Trasplantes*
 J. Lloveras (Barcelona-Espanha)
 M. Manyalich (Barcelona- Espanha)

Diretorias Anteriores

1987/1988 – Diretor Executivo – Jorge Kalil
 1987/1990 – Presidente do Conselho Deliberativo – Emil Sabbaga
 1989/1990 – Diretor Executivo – Ivo Nesralla
 1991/1992 – Diretor Executivo – Mário Abbud Filho
 1991/1992 – Presidente do Conselho Deliberativo – Silvano Raia
 1993/1994 – Diretor Executivo – Luiz Estevan Ianhez
 1995/1996 – Presidente – Elias David-Neto

1997/1998 – Presidente – Valter Duro Garcia
 1999/2001 – Presidente – Henry de Holanda Campos
 2002/2003 – Presidente – José Osmar Medina Pestana
 2004/2005 – Presidente – Walter Antonio Pereira
 2006/2007 – Presidente – Maria Cristina Ribeiro de Castro
 2008/2009 – Presidente – Valter Duro Garcia
 2010/2011 - Presidente - Ben-Hur Ferraz Neto

JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes

Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO

Periodicidade: trimestral

JBT – J Bras Transpl. São Paulo. Vol.16, nº3, p.1773-1798, jul/set 2013

Diretoria (Biênio 2012 - 2013)

Presidente	José O. Medina Pestana
Vice-Presidente	Lucio Pacheco
Secretário	Marilda Mazzali
2º Secretário	Eliana Régia Barbosa de Almeida
Tesoureiro	Alfredo Inácio Fiorelli
2º Tesoureiro	Roberto Ceratti Manfro

Conselho Consultivo:	Valter Duro Garcia
	Ben-Hur Ferraz Neto
	Maria Cristina Ribeiro de Castro
	Elias David-Neto
	Henry de Holanda Campos
	Jorge Milton Neumann

Redação e Administração

Avenida Paulista, 2001 - 17º andar - cj. 1704/1707 - CEP 01311-300 - São Paulo - SP

Secretária

Sueli F. Benko

Sede

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Avenida Paulista, 2001 - 17º andar - cj. 1704/1707 - CEP 01311-300 - São Paulo - SP

Fone/Fax: (11) 3283-1753 / 3262-3353 / 3289-3169 – E-mail: abto@abto.org.br – www.abto.org.br

Produção • Diagramação • Acabamento

Sueli F. Benko

Publicação Eletrônica constante do site oficial da ABTO - www.abto.org.br

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, é um jornal oficial, de periodicidade trimestral, da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.

Copyright 2004 by Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Todos os direitos em língua portuguesa são reservados à ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de partes do mesmo, sob quaisquer meios, sem autorização expressa desta associação.

SUMÁRIO

EDITORIAL	1777
------------------------	-------------

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM CIRROSE HEPÁTICA	1778
--	-------------

Assessment of nutritional status in patients with liver cirrhosis

Thays Santana Guerra, Nelci Fenalt Hoehr, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

ANÁLISE DE TRANSPLANTES RENAIIS EM UM SERVIÇO QUE REALIZA TRANSPLANTES DE OUTROS ÓRGÃOS ABDOMINAIS	1784
---	-------------

Kidney transplantation analysis in a service performing other abdominal organs transplantation

Andreia Midori Matuoka Kataiama, Luiz Estevan Ianhez, Marcelo Perosa, Leonardo Toledo Mota, Juan Rafael Branez, Rodrigo Azevedo, Huda Maria Noujain, Marcio Moreno, Tercio Genzini, Marcos Castro

RELATO DE CASO

TROMBOSE RECORRENTE DE ARTÉRIA HEPÁTICA ASSOCIADA À POSITIVIDADE DE ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA	1788
--	-------------

Recurrent hepatic artery thrombosis associated with positivity to the anticardiolipin antibody in postoperative liver transplant: Case report and literature review

José Antonio Possatto Ferrer, Julia Girardi Cutovoi, Anaisa Portes Ramos, Elaine Cristina de Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

PONTO DE VISTA

UM ESTRANHO NO CORAÇÃO ... breves considerações acerca de alguns aspectos psicológicos na transplantação	1792
---	-------------

Eduardo Sá (Portugal)

NORMAS DE PUBLICAÇÃO	1797
-----------------------------------	-------------

EDITORIAL

Neste número estão apresentados artigos originais, relato de caso e um ponto de vista. Nos artigos originais foram abordados aspectos técnicos importantes do estado nutricional do hepatopata e uma análise de transplantes renais realizado em serviço de transplantes de outros órgãos abdominais. O caso relatado apresenta a ocorrência de trombose de artéria hepática associada ao anticorpo anticardiolipina. E na seção, Ponto de vista, o autor faz uma apreciação entre a cirurgia dos transplantes e a psicanálise, tanto no que se refere ao paciente como ao terapeuta (cirurgião ou psicanalista). Esse texto traz uma reflexão bastante forte para o cirurgião dos transplantes.

No artigo sobre a cirrose hepática e o aspecto nutricional dos pacientes, destaca-se que a desnutrição pode ocorrer por um novo cenário com aumento da prevalência de sobrepeso, uma vez que não se observou relação nem com a gravidade da doença hepática, nem com os parâmetros bioquímicos.

Na análise da experiência do transplante renal em um Serviço de Transplantes de Órgãos Abdominais conduzido por equipe multidisciplinar que realiza transplante de pâncreas e fígado, além de rim, denota-se a importância da abordagem multidisciplinar da equipe para o sucesso nos resultados, mesmo no tratamento do paciente com múltiplas comorbidades.

O caso clínico com a revisão da literatura relata a ocorrência de trombose de artéria hepática reincidindo duas vezes, devido à associação com o

anticorpo anticardiolipina, que foi diagnosticado após o transplante de fígado. No entanto, não há consenso na literatura sobre a anticoagulação profilática nesses pacientes. No terceiro transplante optou-se por anastomose aorto-iliaca-hepática por interposição do enxerto de artéria ilíaca do doador evoluindo com sucesso.

Gostaria de destacar o artigo do Ponto de Vista, pois desperta a atenção para tópicos muito importantes na abordagem do paciente do transplante, seja em lista de espera, seja no per ou no pós-transplante. As implicações psicológicas sobre do processo do transplante, que envolve desde o diagnóstico da doença em que a perspectiva de cura associa-se à troca de algo que é seu por algo de outrem. A complexidade do desafio de intervir e a exigência de ponderação e rigor técnico é o que une um cirurgião a um psicanalista. Entretanto, há um ponto que os separa, a intervenção sobre o pensamento do paciente (psicológica) será menos invasiva, menos radical e mais conservadora.

Esse texto traz ao leitor a profundidade dos questionamentos que podem ocorrer na pessoa durante o processo da transplantação, bem como as consequências do psiquismo do paciente sobre a evolução do processo. Conclui o autor, afirmando que tentou dizer que a função da equipe de transplantes estará, algures, entre a cirurgia e a ressuscitação. E que isso pode implicar no risco de fazer com que o médico se sintam tão perigosamente divino que, sem que seja transplantado, também ele possa passar a ter (contra o seu desejo, claro) ... um estranho no coração.

Edna Frasson de Souza Montero

Prof. Associado da III Clínica Cirúrgica

Responsável pelo Laboratório de Fisiopatologia Cirúrgica – LIM-62

FMUSP

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM PACIENTES COM CIRROSE HEPÁTICA

Assessment of nutritional status in patients with liver cirrhosis

Thays Santana Guerra¹, Nelci Fenalt Hoehr², Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin³

RESUMO

Objetivo: Avaliar o estado nutricional de pacientes com cirrose hepática e correlacionar com a gravidade da doença e parâmetros bioquímicos. **Métodos:** Foram estudados 32 pacientes, 12 portadores de CH por hepatite C (37,5%), 11 por álcool (34,37%) e nove por hepatite C + álcool (28,12%), classificados como Child-Pugh A (38%), B (56%) e C (6%) com MELD $18 \pm 5,48$. O estado nutricional foi avaliado através do IMC, pelo escore de Mendenhall e classificado segundo Blackburn. **Resultados:** Foi identificada desnutrição em 59,37% dos pacientes (leve em 40,62%; moderada em 15,62 e grave em 3,13%) e 37,5% com excesso de peso. O Teste t-Student não mostrou associação entre o estado nutricional e a gravidade da doença, avaliados através do Child-Pugh e MELD. **Conclusão:** Os resultados mostraram que a desnutrição está presente nos pacientes estudados, porém um novo cenário com aumento na prevalência de sobrepeso foi verificado independente do grau da disfunção hepática, segundo a classificação de Child-Pugh e MELD.

Descritores: Estado Nutricional; Cirrose Hepática; Transplante Hepático.

Instituição:

¹ Departamento de Transplante de Fígado – Gastrocentro da Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP, Campinas/SP

² Departamento de Patologia Clínica da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas/SP

³ Departamento de Transplante de Fígado - Gastrocentro da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas/SP

Correspondência:

Thays Santana Guerra

Rua Darcy de Oliveira, 980, Jardim Florence, CEP 13059-062, Campinas/SP

Tel: (19) 99135-1160

E-mail: thays_nutri@yahoo.com.br

Recebido em: 02/09/2013

Aceito em: 30/09/2013

INTRODUÇÃO

A Cirrose hepática (CH) representa o estágio final de diversas doenças hepáticas,¹ sendo caracterizada pela desorganização da arquitetura lobular do fígado, definida histologicamente por fibrose e formação de nódulos regenerativos. A CH é classificada conforme suas características morfológicas e suas manifestações clínicas.²

As principais causas de CH são as hepatites virais (B e C) e as doenças alcoólicas do fígado. A história natural da CH é tipicamente caracterizada por uma fase assintomática prolongada da doença compensada, apresentando tempo médio de diagnóstico de 10 a 12 anos. Durante esse período, o paciente deve ser monitorado pelo desenvolvimento de complicações ¹ manifestadas, como insuficiência hepática e/ou hipertensão portal, apresentando ou não associação à disfunção circulatória, revelando-se clinicamente por ascite, edema de membros inferiores, encefalopatia hepática, infecções e/ou hemorragia digestiva varicosa.²

A descompensação desenvolve-se quando a progressão da doença resulta em piora da hipertensão portal e diminuição da função hepática. A taxa de descompensação é aproximadamente de 5% a 7% ao ano.³ Conforme dados de uma pesquisa realizada em 2010 pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)⁴ com homens de 50 a 55 anos, a cirrose hepática e outras doenças crônicas do fígado ocuparam a terceira posição no Brasil com taxa específica de mortalidade de aproximadamente 60 óbitos/100 mil habitantes.

O diagnóstico das complicações da CH e o seu estadiamento, de acordo com os critérios clínicos e laboratoriais de gravidade da doença, são fundamentais para o tratamento terapêutico dos portadores de hepatopatia crônica em fase cirrótica. O Modelo para Doença Hepática Terminal (Model for End-Stage Liver Disease ou MELD)⁵ é uma das escalas prognósticas empregadas para selecionar e priorizar os pacientes para transplante de fígado e estimar a probabilidade de morte dentro de um intervalo de tempo, além de representar uma estimativa quantitativa da reserva da função hepática e da capacidade de suportar um procedimento cirúrgico ou uma intervenção terapêutica mais agressiva.⁶

Para o cálculo do escore MELD, utilizam-se três parâmetros laboratoriais (creatinina, bilirrubina sérica, e Relação Normatizada Internacional da atividade da protrombina -RNI) e classificam-se os pacientes conforme a severidade da doença, em uma escala contínua e objetiva.⁷ O acesso prioritário ao transplante é dado ao paciente com maior escore do MELD.⁸

Diante da gravidade das doenças hepáticas, alcoólicas ou não, um dos fatores que tem relevante importância é a desnutrição proteico-calórica que os pacientes podem apresentar, causando complicações em ascites, varizes esofágicas e encefalopatias hepáticas^{9,10} com impactos diretos no aumento da morbidade e mortalidade.⁷ A primeira causa da desnutrição na falência hepática é o déficit na alimentação, uma vez que os pacientes com doença hepática crônica normalmente apresentam náusea, anorexia e alteração no paladar, o que pode ocasionar a diminuição na ingestão alimentar.¹¹ Em estudo conduzido por McCullough,¹² foi encontrado em hepatopatas, anorexia (87%), perda de peso (60%) e náusea (55%).

A má absorção de nutrientes é outro importante contribuinte da desnutrição, pela impossibilidade do corpo absorver e utilizar todo o alimento ingerido⁹ devido à enteropatia, deficiência pancreática e biliar na doença hepática.¹³ A prevalência de desnutrição é de 65% a 90% nos casos de doença hepática avançada e, aproximadamente, 100% nos candidatos a transplante hepático.¹¹ Porém, estimativas recentes indicam que cerca de 30% dos pacientes submetidos a transplante hepático são obesos.¹⁴

Os distúrbios metabólicos decorrentes da hepatopatia, como a elevação do gasto energético, resistência

insulínica e baixo quociente respiratório (indicando redução de glicose e aumento de oxigenação lipídica), podem contribuir para a desnutrição até em estágios iniciais. Pacientes hipermetabólicos que tendem a perder peso, são normalmente mais desnutridos e apresentam alta mortalidade quando comparados aos pacientes normometabólicos.¹⁵

A avaliação do estado nutricional deve ser realizada criteriosamente em todos os pacientes com doença hepática, utilizando métodos disponíveis como anamnese alimentar, antropometria, métodos bioquímicos e imunológicos,¹⁶ pois através desses pode-se determinar o diagnóstico nutricional no qual irá se basear a conduta de correção nutricional adequada.¹⁷

Ferreira et al, avaliaram 159 pacientes à espera pelo transplante hepático e a prevalência de desnutrição variou de 6,3 a 80,1%, de acordo com os diferentes métodos utilizados. Nas fases iniciais da doença, a desnutrição é pouco diagnosticada, muitas vezes por não incluir na rotina do atendimento uma avaliação do estado nutricional do paciente hepatopata,¹⁸ ou até mesmo pela falta de um padrão ouro para avaliação dessa população.⁷

Este trabalho teve como objetivo avaliar o estado nutricional de pacientes cirróticos sem ascite e correlacionar com o escore do MELD, Child Pugh e parâmetros bioquímicos, no ambulatório de transplante hepático da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de caráter transversal, realizado em pacientes cirróticos do sexo masculino, maiores de 18 anos, acompanhados no ambulatório de transplante hepático da UNICAMP, no período de maio de 2011 a agosto de 2013. O protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CEP 969/2010). Para participação no estudo, os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

O estado nutricional foi avaliado com base em parâmetros antropométricos Índice de massa corpórea (IMC= peso/altura²) utilizando peso em kg e altura em metros; prega cutânea do tríceps (PCT) em mm; circunferência do braço (CB) em cm, circunferência muscular do braço (CMB (cm) = CB (cm) - [0,314 x PCT (mm)]), hematócrito em % e contagem total de linfócitos em mm³.

Os valores de referência para os exames laboratoriais foram referenciados pelo Laboratório de Patologia Clínica do Hospital das Clínicas - Unicamp, considerando a normalidade (41 a 52%) para hematócrito e para os linfócitos considerou-se depleção imunológica grave (DIG) uma contagem < 800/mm³, depleção imunológica moderada

(DIM) 800 a 1200/mm³, depleção imunológica leve (DIL) 1200 a 2000/mm³ e faixa de normalidade > 2000/mm³.

O diagnóstico nutricional foi dado pela análise dos parâmetros em conjunto, isto é, a soma dos parâmetros nutricionais em percentual de adequação dividida pelo número de parâmetros avaliados, segundo proposição inicial de Mendenhall et al.¹⁹ e também pelos valores referenciais do IMC proposto pela Organização Mundial da saúde.²⁰

O valor, assim obtido, permitiu classificar os pacientes, segundo critérios de Blackburn et al.,²¹ em eutróficos (100% de adequação), levemente desnutridos (80-100%), moderadamente desnutridos (60%-80%) e gravemente desnutridos (<60%). A gravidade da doença hepática foi analisada pelo escore do MELD (Model for End-Stage Liver Disease)²² e segundo a classificação de Child Turcotte Pugh (CTP).⁷

Em relação às complicações das doenças hepáticas, foi analisada a presença de ascite e/ou edema (no momento da avaliação) e só foram incluídos os pacientes que não apresentavam essas complicações. A sobrevida (SV) e o tempo de sobrevida (TSV) dos pacientes foram calculados de acordo com o método de Kaplan – Meier, considerando a data da avaliação como inicial e a data final na conclusão do estudo estratificado em óbito ou vivo.

A análise estatística foi realizada no Statistica 11.0, Ohio, USA; usou-se teste de comparação de médias, Teste t-Student ou Mann-Whitney e, quando necessária, análise descritiva entre os grupos classificados de acordo com o estado nutricional, G (gravemente desnutrido), M (moderadamente desnutrido), L (levemente desnutrido), N (nutrido) e S (sobrepeso). Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliados 32 pacientes do sexo masculino com diagnóstico de cirrose hepática, com idade média de $53,09 \pm 8$ anos, 12 portadores de CH por hepatite C (37,5%), 11 por álcool (34,37%) e nove por hepatite C + álcool (28,12%). Em relação à gravidade da doença 38% (n=12) foram classificados como Child A, 56% Child B (n=18) e 6% Child C (n=2). A média do MELD foi 18 ± 5 . O perfil dos pacientes está descrito na Tabela 1. A avaliação nutricional identificou que 3,13% estavam eutróficos, 40,62% apresentavam desnutrição leve, 15,62% estavam moderadamente, 3,13% gravemente desnutridos e 37,5% com excesso de peso (Figura 1).

O estado nutricional não mostrou significância estatística quando relacionado com a gravidade da doença (MELD/CTP), com a albumina sérica e nem com o perfil imunológico através dos linfócitos, conforme descrito na Tabela 2. Em relação à contagem total de linfócitos, 34,4% dos pacientes apresentaram DIG, 25% DIM, 28,1% DIL e 12,5%

linfócitos na faixa de normalidade. No período do estudo, 15,63% (N=5) dos pacientes foram transplantados; destes 20% foram a óbito (N=1); 84,4% (N= 27) permaneceram na lista para transplante, com 9,411% (N=3) de óbitos e 89% (N=24) permaneceram em lista.

De acordo com o método de Kaplan – Meier, os grupos mostraram-se com sobrevida semelhante ($p=0,85$). Para a TSV entre os pacientes, quando se comparou nutrido e não nutrido, o grupo nutrido apresentou TSV de 13,1 meses versus o não nutridos de 7,04 meses, mostrando uma tendência para significância estatística ($p = 0,08$)

Tabela 1- Características dos pacientes

	Cirróticos N=32
Idade (anos)	53 ± 8
Vírus C	12 (37,5%)
Álcool	11 (34,37%)
Vírus C + álcool	09 (28,12%)
CTP	
A	12 (38%)
B	18 (56%)
C	02 (6%)
MELD	18 ± 5
Parâmetros Antropométricos	
Peso (kg)	83,27 ± 12,43
Altura (m)	1,72 ± 0,08
IMC (kg/m ²)	28,23 ± 4,13
CB (cm)	29,93 ± 3,23
CMB (cm)	25,75 ± 2,41
PCT (mm)	13,31 ± 6,85
Parâmetros Bioquímicos	
Albumina (g/dl)	3,31 ± 0,44
Hematócrito (%)	37,48 ± 6,40
Linfócito (mm ³)	1224,63 ± 731,21

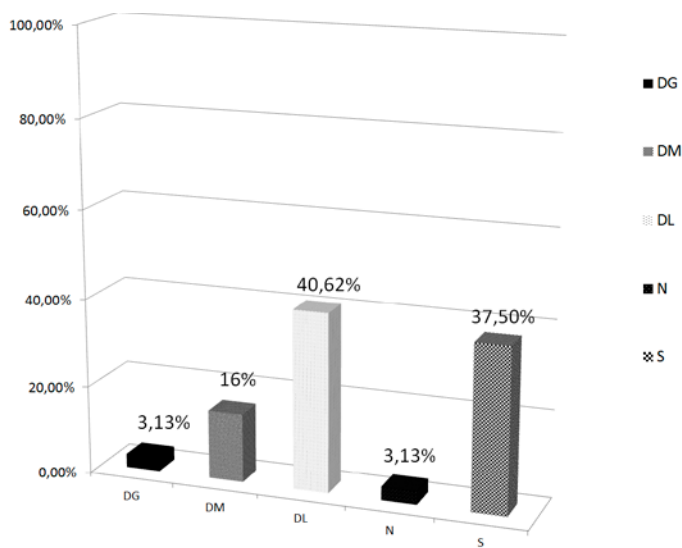
CTP- Child Turcotte Pugh; IMC-índice de massa corpórea; CB- circunferência do braço; CMB- circunferência muscular do braço; PCT-prega cutânea do tríceps.

DISCUSSÃO

A desnutrição está frequentemente associada com a doença hepática crônica, com prevalência de 20% a 80%, dependendo do método de avaliação nutricional utilizado e da severidade da doença²³⁻²⁵ e tem sido correlacionada às taxas de morbidade e mortalidade associadas ao transplante hepático.²⁶

A desnutrição ocorre muitas vezes por ingestão alimentar inadequada ou pela impossibilidade do organismo absorver e utilizar todo o alimento ingerido devido à enteropatia, deficiência pancreática e biliar presentes na doença hepática.

Figura 1- Estado Nutricional dos Pacientes Cirróticos



*DG = Desnutrição grave / *DM = Desnutrição moderada /
*DL = Desnutrição leve / *N = Nutrido / *S = Sobrepeso

Leitão et al²⁶ encontraram cerca de 2/3 dos pacientes com o estado nutricional comprometido nos três estágios da classificação de Child, portanto sem relação com a gravidade da doença hepática.

Um grande estudo multicêntrico mostrou que a prevalência de desnutrição é consideravelmente maior em pacientes com comprometimento hepático mais grave (20% a 25% em pacientes com Child A-B e > 50% em Child C).²⁷ Merli et al²⁴ constataram que 56% dos pacientes pré-transplante eram desnutridos e que a presença de desnutrição não estava relacionada com a etiologia da doença hepática. No presente estudo, 59,37% dos pacientes apresentaram um grau de desnutrição, conforme descrito na Tabela 2, sem significância estatística com a gravidade da doença.

Ferreira et al¹⁸ acompanharam 159 pacientes e a taxa de mortalidade na lista de espera para o transplante foi de 25,7% pacientes/ano e 40 pacientes foram a óbito (28%). Neste estudo, 32 pacientes foram acompanhados e 9,4% foram a óbito pré-transplante. O grupo nutrido apresentou TSV de 13,1 meses versus o não nutridos de 7,04 meses.

Embora a desnutrição seja frequentemente observada nesses pacientes, na década passada, um novo cenário com aumento na prevalência de sobrepeso/obesidade em pacientes cirróticos tem sido apontado. A prevalência de obesidade em pacientes na lista de transplante tem se apresentado maior do que 20%.²⁸

Zaydfudim et al,¹⁴ avaliaram 154 pacientes adultos pré-transplante hepático e encontraram 41% com sobrepeso,

Tabela 2 – T-tests: Grupo Nutrido x Não Nutrido.

	*Grupo 1	** Grupo 2	Valor (p)
Idade (anos)	52,7 ±8,0	53,615±8,4	0,767204 (NS)
MELD	17,95±6,22	18,308±3,8	0,853755 (NS)
CTP pt	7,10±1,7	7,538±1,33	0,446483 (NS)
IMC (kg/m ²)	25,58±2,2	32,109±4,4	0,000004
PCT (mm)	8,0±2,21	21,077±6,3	0,000000
Linfócitos (mm ³)	1272,79±825,9	1154,231±559,8	0,655620 (NS)
TSV (meses)	13,147±10,8	7,041±7,21	0,085181 (NS)
Albumina (g/dl)	3,384±0,5	3,208±0,33	0,274952 (NS)

*Grupo 1 = Nutrido **Grupo 2 = Não Nutrido; IMC-índice de massa corpórea; PCT-prega cutânea do tríceps; TSV – taxa de sobrevivência.

*Teste T-Student

28% de obesos e concluíram que o excesso de peso corporal pré-transplante interfere negativamente na taxa de melhora da qualidade de vida física durante o primeiro ano após o transplante. Em três épocas diferentes de transplante hepático, a obesidade e o excesso de peso muito grave foram preditores significativos de morte, sendo que o transplante de fígado tem maior risco para os pacientes nos extremos de IMC.²⁹ No presente estudo, encontramos 37,5% dos pacientes cirróticos com excesso de peso, o que está de acordo com os demais estudos.

Muitas anormalidades imunes têm sido associadas com a CH, e mecanismos imunológicos podem influenciar o curso da doença por aumentar a susceptibilidade a infecções bacterianas, desarranjos hemodinâmicos e sepse. Alteração do número e função de linfócitos têm sido relatados na doença hepática.³⁰ Neste estudo, 87,5% dos pacientes apresentaram um grau de linfocitopenia e, destes, 34,4% de depleção imunológica grave, porém esses dados não foram estatisticamente significativos quando relacionados com o estado nutricional dos pacientes.

CONCLUSÃO

O estado nutricional dos pacientes cirróticos não teve associação com a gravidade da doença hepática (CTP e MELD) e nem com parâmetros bioquímicos.

Outros índices devem ser incluídos na avaliação desses pacientes para melhor diagnosticar o perfil nutricional.

ABSTRACT

Purpose: To assess the nutritional status of patients with liver cirrhosis and to correlate with the severity of the disease and biochemical parameters. **Methods:** Thirty-two patients were studied, twelve patients with liver cirrhosis by hepatitis C (37.5 %), alcohol, eleven (34.37 %) and nine were studied by hepatitis C+alcohol (28.12%) , classified as Child - Pugh A (38 %), B (56%) and C (6%) with 18 ± 5 MELD . Nutritional status was assessed by BMI, Mendenhall score and Blackburn classification. **Results:** Malnutrition was found in 59.37 % of patients (mild in 40.62%, moderate in 15.62% and severe in 3.13%) and 37.5% overweight. The Student t-test showed no association between nutritional status and the severity of the disease assessed by Child-Pugh and MELD. **Conclusion:** Results showed that malnutrition is present in the patients studied, but a new scenario with an increase in the prevalence of overweight was observed regardless the hepatic impairment degree according to Child- Pugh and MELD.

Keywords: Nutritional Status; Liver Cirrhosis; Liver Transplantation.

REFERÊNCIAS

- Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and Epidemiology of Cirrhosis. *Med Clin North Am.* 2009; 93(4):787-99.
- Bittencourt PL, Farias AQ, Couto CA. Cirrose hepática. *Clínica médica, volume 4: doenças do aparelho digestivo, nutrição e doenças nutricionais* – Barueri, SP: Manole, 2009;369-83.
- D’Amico G, Garcia-T G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systemic review of 118 studies. *J Hepatol.* 2006;44:217–31.
- Ministério da Saúde - Mortalidade do adulto no Brasil: taxas de mortalidade segundo o sexo, as causas e as regiões, 2010. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br>
- Waitzberg DL, Jesus RP, Silva AO, D’Albuquerque LAC, Camilo ME. Insuficiência Hepática Aguda e Crônica. *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.* 4ª Edição São Paulo-Atheneu, 2009.
- Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child–Pugh versus MELD. *Journal of Hepatology.* 2005;42:100–7.
- Bernardi M, Gitto S, Biselli M. The MELD score in patients awaiting liver transplant: Strengths and weaknesses. *Journal of Hepatology.* 2011;54j:1297-306.
- Bouygues V, Compagnon P, Latournerie M, Bardou-Jacquet E, Camus C, Lakehal M, Meunier B, Boudjema K. MELD-based graft allocation system fails to improve liver transplantation efficacy in a single-center intent-to-treat analysis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology.* 2012;36:464-72.
- O’Brien A, Williams R. Nutrition in end-stage liver disease: principle and practice. *Gastroenterology.* 2008;134:1729-40.
- Kondrup J. Nutrition in end stage liver disease. *Best practice & research clinical gastroenterology.* 2006;20:547-60.
- Zhao VM, Ziegler TR. Nutrition Support in End-Stage Liver Disease. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2010;22(3):369-80.
- McCullough AJ. Malnutrition in liver disease. *Liver Transpl.* 2000;6(1):85-96.
- Maior R, Dichi JB, Burini RC. Consequências nutricionais das alterações metabólicas dos macronutrientes na doença hepática crônica. *Arq Gastroenterol.* 2000;37(1): 52-7.
- Zaydfudim V, Feurer ID, Moore DE, Wisawatapnimit P, Wright JK, Pinson CW. the negative effect of pretransplant overweight and obesity on the rate of improvement in physical quality of life after liver transplantation. *Surgery.* 2009;146(2):174-80.
- Selberg O, Bottcher J, Tusch G, et al. identification of high and low risk patients before liver transplantation. A prospective cohort of nutritional and metabolic parameters in 150 patients. *Hepatology.* 1997;25:652-7.
- Gottschall CBA, Álvares-da-Silva MR, Camargo ACR, Burtett RM, Silveira TR. Avaliação nutricional de pacientes com cirrose pelo vírus da hepatite C: a aplicação da calorimetria indireta. *Arq Gastroenterol.* 2004;41:220-4.
- Ritter L, Gazzola J. Avaliação nutricional no paciente cirrótico: uma abordagem objetiva, subjetiva ou multicompartmental? *Arq Gastroenterol.* 2006;43:66-70.
- Ferreira LG, Anastácio LR, Lima AS, Correia MITD. Predictors of mortality in patients on the waiting list for liver transplantation. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):914-9.
- Mendenhall CL, Tosch T, Weesner RE, Garcia-Pont P, Goldberg SJ, Kiernan T et al. VA cooperative study on alcoholic hepatitis. II: Prognostic significance of protein-calorie malnutrition. *Am J Clin Nutr.* 1986;43:213-8.
- World health organization. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin World Health. Org.* 1986;64:929-41
- Blackburn GL, Bistrian BR, Maini BS, Schlamm HT, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1977;1:11-22.

22. Barshes NR, Hacker CS, Freeman Jr RB, Vierling JM, Goss JA. Justice, administrative law, and the transplant clinician: the ethical and legislative basis of a national policy on donor liver allocation. *J Contemp Health Law Policy*. 2007;23:200
23. Merli M, Giusto M, Giannelli V, Lucidi C, Riggio O. Nutritional Status and Liver Transplantation. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 2011;1(3):190-8.
24. Caregaro L, Alberino F, Amodio P, et al. Malnutrition in alcoholic and virus-related cirrhosis. *Am J Clin Nutr*. 1996; 63:602-9.
25. Leitão AVA, Castro CLN, Basile TM, Souza THS, Braulio VB. Avaliação da capacidade física e do estado nutricional em Candidatos ao transplante hepático. *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(4):424-8.
26. Italian multicentric cooperative project on nutrition in liver cirrhosis. Nutritional status in cirrhosis. *J Hepatol*. 1994;21:317-25.
27. Leonard J, Heimbach JK, Malinchoc M, Watt K, Charlton M. The impact of obesity on long-term outcomes in liver transplant recipients-results of the NIDDK liver transplant database. *Am J Transplant*. 2008;8:667-72.
28. Dick AA, Spitzer AL, Seifert CF, et al. Liver transplantation at the extremes of the body mass index. *Liver Transpl*. 2009;15(8):968-77.
29. Lagadinou M, Solomou EE, Velissaris D, Theodorou GL, Karakatza M, Gogos CA. Alterations in T-lymphocyte subpopulations in patients with complicated liver cirrhosis. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*. 2013;75:348-56.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a equipe do Departamento de Transplante de Fígado da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP pelo estímulo e bom acolhimento prestados durante toda a pesquisa para elaboração do artigo.

ANÁLISE DE TRANSPLANTES RENAIIS EM UM SERVIÇO QUE REALIZA TRANSPLANTES DE OUTROS ÓRGÃOS ABDOMINAIS

Kidney transplantation analysis in a service performing other abdominal organs transplantation

Andreia Midori Matuoka Kataiama, Luiz Estevan Ianhez, Marcelo Perosa, Leonardo Toledo Mota, Juan Rafael Branez, Rodrigo Azevedo, Huda Maria Noujain, Marcio Moreno, Tercio Genzini, Marcos Castro

RESUMO

Objetivo: Analisar a experiência com transplante renal em um serviço de transplante de órgãos abdominais conduzido por equipe multidisciplinar de transplante renal, pancreático e hepático. **Métodos:** De dezembro/2010 a dezembro/2012, foram realizados 72 transplantes renais no Hospital Bandeirantes, pela equipe de Hepato, e analisados em junho/2013. **Resultados:** Quanto aos dados demográficos, a idade média foi de 40 anos (19 – 69 anos), sendo que 50% dos pacientes eram portadores de diabetes mellitus, 6,94% eram transplantados renais pós-transplante hepático, e os demais eram portadores de nefrosclerose, glomerulonefrites, doença renal policística, causas idiopáticas, entre outras. A imunossupressão utilizada foi o tacrolimo, micofenolato sódico, prednisona e thymoglobulina (essa última, usada apenas em dois casos) de doadores vivos em 85% dos casos. As complicações cirúrgicas foram baixas: um caso de fístula urinária, um de hematoma, cinco de linfocele e um de deiscência de incisão; nenhum enxerto foi perdido por complicação cirúrgica. As complicações clínicas mais comuns foram: infecção urinária e CMV com 13,9% cada, rejeição celular aguda em 11,1%, diabetes pós-transplante em 8,3% e poliomavírus em 4,2%. Houve perda de dois enxertos: um por rejeição crônica e um por óbito por AVC. A creatinina sérica média ao final da avaliação foi 1,2 MG/dl. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstrados neste trabalho apresentaram como comorbidades, pacientes de alto risco como diabéticos pré e pós-transplante pancreático, e pacientes TOSNR (transplante de órgãos sólidos não renais).

Descritores: Transplante Renal, Complicações Cirúrgicas, Complicações Clínicas

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de técnicas de suturas vasculares ocorrido no início do século XX permitiu o desenvolvimento das técnicas de transplantes de órgãos, pioneiramente iniciados pelos transplantes renais. Os primeiros transplantes que obtiveram sucesso foram realizados na década de 50 em Boston, em indivíduos geneticamente idênticos,¹ e esse é considerado hoje, o melhor tratamento para a maioria dos pacientes com insuficiência renal crônica, superando as sessões de diálise e apresentando menor custo com melhor resultado. O receptor de um transplante renal é particularmente mais suscetível a complicações cirúrgicas, se comparado a uma cirurgia convencional.¹⁻³

O transplante renal (TR) alcançou resultados de excelência nas últimas décadas e pode atualmente ser indicado em pacientes de maior risco. Apesar da melhora dos resultados dos TR no mundo, a sobrevida após esse procedimento em diabéticos e transplantados de órgãos sólidos não-renais (TOSNR) é sabidamente inferior.⁴

Instituição:

Grupo Hepato – Hospital Bandeirantes - São Paulo /SP

Correspondência:

Andreia Midori Matuoka Kataiama

Rua Maestro Cardim, 547 - CEP 01323-001- São Paulo /SP.

Tel.: (11) 96110-9927

E-mail: deia_kataiama@yahoo.com.br

Recebido em: 06/09/2013

Aceito em: 30/09/2013

As complicações cirúrgicas imediatas, tais como as vasculares, urológicas, linfocelares e outras são frequentes, e sua incidência depende de múltiplos fatores. Essas complicações aumentam o número de reoperações e prolongam o tempo de hospitalização, podendo levar o paciente a óbito.^{5,6}

OBJETIVO

Analisar a experiência com TR em um Serviço de Transplantes de Órgãos Abdominais conduzido por equipe multidisciplinar de transplante renal, pancreático e hepático.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo executado no Hospital Bandeirantes, em junho/2013, analisando 72 casos de transplantes renais realizados entre dezembro/2010 e dezembro/2012, através da análise dos prontuários eletrônicos de cada paciente.

RESULTADOS

Na Tabela 1, resumimos os dados demográficos da nossa casuística; foram analisados 72 pacientes que receberam transplante renal, sendo 36 do sexo feminino e 36 do masculino, com idade média de 40 anos (19-69 anos).

Tabela 1 – Dados Demográficos

N	Sexo	Idade média
72	F: 36 M: 36	40 (19 - 69)

Na Tabela 2, nota-se grande número de pacientes portadores de doença de base como diabetes mellitus – nefropatia diabética (50% dos casos) e em 6,94% dos casos, eram pacientes submetidos a transplante renal pós-transplante de fígado.

Tabela 2 - Causas do Transplante Renal

N	Nefropatia DM	Nefrosclerose	Glomerulonefrite	Pós Tx Fígado	Doença Renal Policística	Desconhecida	Outras
72	36	7	6	5	4	9	5
	50%	9,72%	8,33%	6,94%	5,56%	14,75%	6,94%

A imunossupressão inicial foi composta de tacrolimo (FK), micofenolato sódico (MMS) e prednisona (pred), em todos os pacientes. Em dois pacientes houve a necessidade de utilizar Thymoglobulina, cuja dose total foi de 6 mg/kg.

Dos pacientes transplantados analisados, 61 (85%) haviam recebido rim de doador vivo e 11, de doador falecido.

A antibioticoterapia profilática foi administrada no pré-cirúrgico, após iniciada a anestesia geral, porém, antes da incisão da pele, tendo permanecido por 48 horas.

Houve preocupação em manter nível sanguíneo da dosagem de tacrolimo (FK) entre 6–8 mg/ml após o primeiro mês do transplante renal e micofenolato sódio de 720 a 1440 mg/dia, dependendo do peso e da tolerância. Todos os pacientes receberam metilprednisona nas doses 500, 250 e 125 MG (pós-transplante no primeiro, segundo e terceiro dia); posteriormente, foi mantida dosagem de prednisona em 0,5 mg/kg, sendo a dose de manutenção, 5 mg/d.

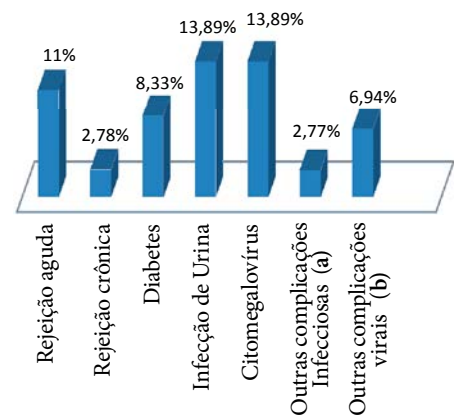
Na Tabela 3, resumimos as complicações cirúrgicas observadas. Nota-se baixa incidência dessas complicações: 1,39% de complicação urológica (uma fístula urinária), um caso de hematoma e 6,94% de incidência de linfocele, resolvidas com punção guiada por ultrassom.

Tabela 3 – Complicações cirúrgicas

Vascular	Urológica	Hematoma	Linfocela	Deiscência de incisão	Perda técnica
0-(0%)	1-(1,39%)	1-(1,39%)	5-(6,94%)	1-(1,39%)	0-(0%)

As principais complicações clínicas e infecciosas estão resumidas na Figura 1. A incidência de rejeição aguda foi baixa (11,1%) e a rejeição crônica foi observada em 3% dos casos. Observamos baixa incidência de infecção por citomegalovírus e de complicações por outros vírus.

Figura 1 – Complicações clínicas



a Outras complicações infecciosas: pneumonia: um caso e celulite: um caso.
b Outras complicações virais: poliomavírus: dois casos parvovírus: um caso, herpes zoster: dois casos.

Na Tabela 4 (dados atuais - junho/2013), 23,61% dos pacientes foram submetidos a transplante de pâncreas após transplante renal; houve duas perdas (2,78%) do enxerto renal por rejeição crônica, sendo uma devido à sensibilização do receptor e outra por não-aderência, que posteriormente evoluiu a óbito por acidente vascular encefálico isquêmico. O nível de creatinina foi em média de 1,22 MG/dl (0,8 – 2,7MG/dl) e todos os pacientes, com exceção de dois, estão recebendo o esquema de tacrolimo, micofenolato sódico e prednisona, como segue na Tabela 4.

Tabela 4 - Dados atuais

N	Tx Pâncreas	Perda Enxerto c	Óbito d	Cr	ISS
	17	2	1	1,22	Pred / FK MMS 70
72	23,61%	2,78%	1,39%	(0,8-2,7)	Pred / FK Aza 1 Pred / FK everolimus 1

c,d: rejeição crônica por não aderência (1 paciente) + AVC (1 paciente) / Tx pâncreas: transplante de pâncreas / ISS: imunossupressão / Pred + FK + MMS: prednisona + prograf + myfortic / Pred + FK + Aza: prednisona + prograf + azatioprina / pred + fk + everolimus: prednisona + prograf + everolimus.

DISCUSSÃO

Segundo Allen,^{7,8} estima-se que a incidência de complicações pós-transplante renal é de 6% por complicação vascular, 30–60% por hematoma, 2–50% por linfocele e 1–23% por estenose da artéria renal.⁹ Mazzuchi et al² mostram a incidência de 3,1% por complicação vascular, 3,1% por linfocele, e Fernandez³ cita complicação vascular de 2–10%, linfocele 0,6–18% e estenose de artéria renal de 1,6–12%.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the experience with renal transplantation in an abdominal organ transplantation service performed by a multidisciplinary team of kidney, pancreatic and liver transplantation. **Methods:** Between December/2010 to December/2012, 72 kidney transplants were performed by the Hepato staff from Hospital Bandeirantes, analyzed in June/2013. **Results:** As to the demographics, mean age was 40 years (19-69 years), and 50% of patients presented diabetes mellitus, 6.94% were kidney transplant recipients after liver transplantation, and the remaining patients had nephrosclerosis, glomerulonephritis, polycystic kidney disease, idiopathic causes, among others. As to the immunosuppressant, it was used tacrolimus, mycophenolate sodium, and prednisone thymoglobulina (the latter used in only two cases) from living donors in 85% of cases. Surgical complications were low: a case of urinary fistula, a hematoma, five lymphocele and an incision dehiscence; no graft was lost by surgical complication. The most common clinical complications were urinary tract infection and CMV with 13.9% each, acute cellular rejection in 11.1%, post-transplant diabetes in 8.3%, and 4.2% polyomavirus. There was loss of two grafts: one by chronic rejection and death from stroke. The mean serum creatinine in the final assessment was 1.2 mg / dL. **Conclusion:** Results demonstrated in this work presented a high-risk for comorbidities in patients such as diabetic and pre and post TOSNR pancreas transplant patients (non-renal solid organ transplantations).

Keywords: Liver transplantation, Biopsy; Pediatrics

Ianhez et al⁴ relatam que 20,2% dos pacientes transplantados de rim evoluem com perda do enxerto por causa técnica, embora em sua casuística a proporção de doador falecido foi maior do que na nossa.

Quanto à presença de fístula urinária, Shoskes et al⁶ estimam essa incidência em 1–15%, Mazzuchi et al² relatam na sua casuística, experiência de 2,7% e 4,6%, em recente publicação da França.⁵

A baixa incidência de rejeição aguda¹⁰ observada foi consequente ao uso de novas drogas imunossupressoras (Tacrolimo e Micofenolato) e ao grande número de pacientes com doador vivo. A taxa de incidência em rejeição crônica foi devido a paciente não sensibilizado e segmento inferior a dois anos. A incidência baixa de infecção pós-CMV, decorreu do não-uso de Thymoglobulina na indução.

Os resultados finais foram duas perdas de enxerto por rejeição crônica, uma paciente sensibilizada com doador falecido, fato bem conhecido como perda de enxerto e outra por não aderência, fato também conhecido, sendo esse paciente portador de transplante hepático prévio, vindo a falecer por acidente vascular encefálico isquêmico.

A média do nível de creatinina foi de 1,22 mg/dl (0,8–2,7 mg/dl); houve três pacientes com creatinina acima de 2mg/dl, que tiveram como causa poliomavírus (um caso) e rejeição crônica (dois casos).

CONCLUSÃO

Apesar de haver alguns pacientes com múltiplas comorbidades, os resultados obtidos no grupo devem-se ao fato de que esses pacientes foram conduzidos por equipe multidisciplinar de transplantes de órgãos abdominais, com reuniões semanais multidisciplinares envolvendo nefrologistas, cirurgiões, urologistas, hepatologistas e outros profissionais de saúde, o que muito contribuiu para o resultado alcançado.

REFERÊNCIAS

1. Manfro RC, Carvalho GF. Simpósio sobre Transplante – Transplante Renal. Revista AMRIGS, 2003 (jan.mar);1:14-19;
2. Mazzuchi E, Souza AA, Nahas WC ET al. Surgical complications after renal transplantation in grafts with multiple arteries. Int Braz J Urol. 2005;31:125-30;
3. Nardoza Junior A. Urologia Fundamental. In Fernandes RC, editor. Transplante Renal. São Paulo : Planmark; 2010;11:107-18;
4. Ianhez LE, Paula FJ, Nahas WC et al. Análise das causas de perda do enxerto e do óbito de 881 transplantes renais 1983 – 1990 na Universidade de São Paulo. Brasil. Nefrol. Latino am. 1995;2:244-50;
5. Tisserand B, Dore B et AL. Long – term outcome of renal transplantation: impact of surgical complications on graft survival, Prog Urol. 2013;23:113-20;
6. Morris PJ, Kenechtle SJ. Kidney Transplantation – Principles and Practice. In Shoskes D, Cramstom D, editors. Urologic Complication after Kidney Transplantation. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008;27:462-8.
7. Allen, RDM. Vascular Complications after Kidney Transplantation im Morris PJ, Kenechtle SJ – Kidney Transplantation – Principles and Practice – Ed Saunders Elsevier. Philadelphia, PA 6ªEd. 2008 Cap 26 pp 439 – 61;
8. Morris PJ, Kenechtle SJ. Kidney Transplantation – Principles and Practice. In Allen RDM, editor. Vascular Complications after Kidney Transplantation. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008;26:439-61;
9. Lopes JAM, Almeida CJR, Machul M, Srougi M. Frequência de estenose de artéria renal em 676 transplantes renais. Rev. Ass. Med. Brasil, 1998;44(3):210-3;
10. Riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbio Hidroeletrólítico. In Campos HH, Adud FM. Infecções em Transplante Renal. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010;61:1133-50.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os membros da equipe Hepato pela oportunidade, e especialmente, ao Dr. Luiz Estevan Ianhez pela dedicação e paciência diária, além de ter nos orientado durante essa publicação.

TROMBOSE RECORRENTE DE ARTÉRIA HEPÁTICA ASSOCIADA À POSITIVIDADE DE ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Recurrent hepatic artery thrombosis associated with positivity to the anticardiolipin antibody in postoperative liver transplant: Case report and literature review

José Antonio Possatto Ferrer, Julia Girardi Cutovoi, Anaisa Portes Ramos, Elaine Cristina de Ataíde, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

RESUMO

Introdução: A trombose de artéria hepática é uma complicação frequente no pós-transplante hepático (varia de 2,0-20%), ocorrendo precocemente (30 dias após transplante) em 46,7% das vezes, e necessitando novo transplante em aproximadamente metade dos casos (53,1%). A síndrome antifosfolípide é definida como presença de trombose arterial e/ou venosa associada a anticorpos contra fosfolípidios. A incidência de SAF foi estimada em cinco novos casos/ 100000 pessoas/ ano. A ocorrência de trombose precoce de artéria hepática pós-transplante secundária à síndrome antifosfolípide é evento raro. **Métodos:** Relato de caso de um paciente submetido a três transplantes hepáticos por trombose de artéria associada à positividade de anticorpo anticardiolipina. **Resultados:** Paciente masculino, 49 anos, cirrótico por vírus C, sem antecedentes pessoais trombóticos, incluído em lista de transplante hepático por apresentar à tomografia computadorizada, nódulo de 4,2cm no segmento VI hepático compatível com Carcinoma Hepatocelular. Submetido a transplante hepático sob a técnica de Piggy Back. Apresentou ao Ultrassom Doppler de controle, ausência de fluxo em artéria hepática, confirmado por angiotomografia. Submetido a novo transplante no 13º dia pós-operatório. Nova tomografia de abdome não identificou fluxo arterial intra-hepático, e evidenciou extensa área de infarto no terceiro pós-operatório. Iniciada investigação de trombofilias, com positividade para pesquisa do anticorpo anticardiolipina. Submetido a terceiro transplante hepático, quando foi optado pela confecção de anastomose aorto-iliaco-hepática, através da interposição de enxerto de artéria ilíaca do doador. Paciente com boa evolução clínica, apresentando fluxo arterial intra-hepático aos exames de imagem de controle. Recebeu alta hospitalar no 10º dia pós-operatório. **Discussão e Conclusão:** Mortalidade por trombose precoce de artéria hepática de 33,3%; tempo médio de diagnóstico em torno de sete dias; principais fatores de risco (tempo operatório prolongado, baixo peso do receptor, discordância entre sorologia do doador e receptor para CMV). Encontrada correlação entre IgM anticardiolipina e eventos trombóticos ($p=0.004$). Achados sugerem que a anticardiolipina está elevada em pacientes com insuficiência hepática e pode estar associada à patogênese da trombose arterial. Não há na literatura consenso sobre o uso profilático de anticoagulantes nesses casos.

Descritores: Artéria Hepática; Transplante; Anticorpos Anticardiolipina

INTRODUÇÃO

A trombose de artéria hepática (TAH) é complicação bastante temida no pós-operatório de transplante hepático, sendo importante causa de perda de enxerto e mortalidade. Pode ser dividida em duas categorias: trombose precoce (ou seja, dentro de um mês após o transplante) e tardia. Dentre todos os casos de TAH, a incidência de trombose precoce e tardia é bastante semelhante (46,7% vs 53,3%).¹ Sua incidência é de 4,4% entre todos os pacientes transplantados. Ocorre mais frequentemente em crianças do que em adultos (8,3% contra 2,9%, $p<0,001$). Apresenta mortalidade no pós-operatório de transplante hepático de 33,3%.²

Instituição:

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Correspondência:

José Antonio Possatto Ferrer
Rua Carlos Chagas, 420 - Cidade Universitária, CEP 13083-878 -
Campinas/SP
Tel: (15) 99786-4910
Email: zeferrer@ig.com.br

Recebido em: 09/08/2013

Aceito em: 30/09/2013

Dentre os principais fatores de risco, destacam-se o CMV mismatch (doador soropositivo para CMV com receptor negativo), retransplante, uso de enxertos vasculares, tempo operatório prolongado, baixo peso do receptor e variações anatômicas.²

Entre as manifestações clínicas, destacam-se febre, fadiga e elevação dos valores das transaminases e bilirrubina. Septicemia e insuficiência hepática aguda podem ocorrer nos casos graves; entretanto, a TAH precoce pode ocorrer de forma assintomática.³ A maioria dos pacientes apresenta-se com insuficiência hepática aguda (30%), necessitando de retransplante em 81% dos casos.⁴ A Ultrassonografia Doppler (USG-D) é muito importante para a detecção de complicações vasculares não suspeitadas, particularmente a TAH, nas primeiras duas semanas após o transplante hepático. Inicialmente, sintomas, sinais e anormalidades laboratoriais estão ausentes na TAH precoce, justificando o screening com USG-D.⁵

As principais modalidades de tratamento compreendem a revascularização (trombólise, trombectomia), retransplante, ou tratamento expectante. A revascularização em pacientes assintomáticos, diagnosticados por USG-D, bem como o retransplante em pacientes sintomáticos, compreende a melhor estratégia para preservação da função dos enxertos e da sobrevida.⁶

Anticorpos antifosfolípides (APL) são um grupo de anticorpos que exibem afinidade por fosfolípides de membrana celular carregados negativamente. Sua presença pode estar associada a aumento do risco de várias formas de trombose. Sua prevalência na população geral é estimada em 1-8%.⁷ Um subgrupo de pacientes com persistência desses anticorpos é mais propenso à trombose arterial ou venosa recorrentes, abortos de repetição e trombocitopenia. Essa condição é denominada Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF).⁸

Essa síndrome pode ser primária ou secundária; esta última mais associada ao Lúpus Eritematoso Sistemico (LES) e menos frequentemente a infecções, fármacos e outras doenças. Os principais marcadores sorológicos da SAF são o anticoagulante lúpico e a anticardiolipina (ACL).⁹

O presente estudo faz o relato de caso de um paciente submetido a três transplantes hepáticos por trombose de artéria associada à positividade de anticorpo anticardiolipina.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 49 anos, assintomático, cirrótico por vírus C, com MELD-11, incluído em lista de transplante hepático por apresentar à tomografia de abdome nódulo de 4,2cm no segmento VI hepático, compatível com carcinoma hepatocelular. Dosagem de Alfa-Feto Proteína de 138, bilirrubina total de 1,49, creatinina de 0,64, INR de 1,26, configurando MELD=11. Cintilografia óssea e tomografia de tórax mostrando ausência de lesões sugestivas de metástases. Submetido a transplante hepático

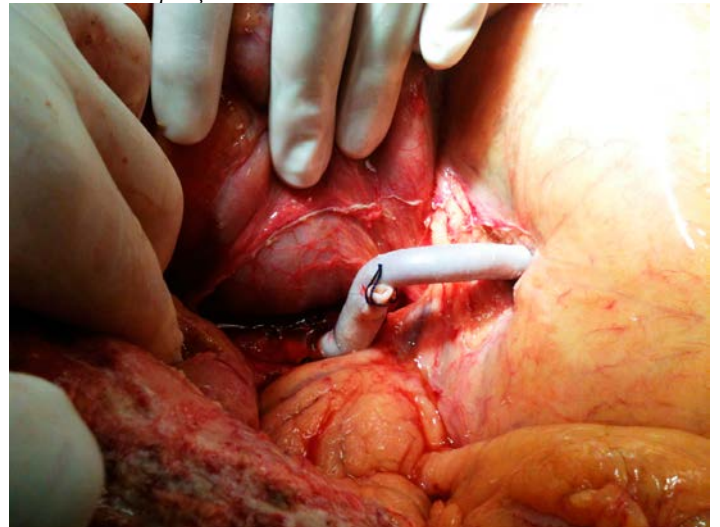
ortotópico total de fígado, sob a técnica de Piggyback 3 veias, com tempo de cirurgia de cinco horas. Tempo de isquemia fria de oito horas e de isquemia quente de 50 minutos. No intra-operatório recebeu apenas quatro unidades de plasma fresco congelado, apresentando boa evolução pós-operatória.

No 5º dia pós-operatório, foi realizado USG-D mostrando fígado com áreas hiperecogênicas heterogêneas na periferia dos segmentos V e VI, compatíveis com áreas de infarto; veia porta com fluxo e morfologia preservados, porém, ausência de fluxo em artéria hepática. A angiotomografia de abdome confirmou o achado ultrassonográfico. Paciente incluído em lista, submetido a retransplante no 14º dia pós-operatório.

No 7º dia pós-operatório, nova angiotomografia de abdome mostrou fígado com extensa área de infarto e trombose de artéria hepática. Pela recorrência da trombose, foi solicitada avaliação para trombofilia, sendo pesquisados: mutação do fator V de Leiden, anticoagulante Lúpico, mutação no gene da protrombina e anticorpo anticardiolipina, esse último, com resultado positivo.

Submetido a novo transplante hepático no 11º dia pós-operatório. Por apresentar ausência de fluxo em artéria hepática após anastomose entre hepática comum do doador e tronco celiaco do receptor, foi confeccionada anastomose aorto-iliaco-hepática, através da interposição de enxerto de artéria ilíaca do doador (Figura 1). Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo alta hospitalar no 10º dia pós-operatório.

Figura 1 – Anastomose arterial aorto-iliaco-hepática, através da interposição de enxerto de artéria ilíaca do doador.



DISCUSSÃO

A presença de anticorpos antifosfolípides pode estar associada a risco trombótico. Trombose vascular do enxerto pode levar à necessidade de retransplante, aumentando a morbidade.

A presença de títulos elevados de ACL seis meses após o primeiro episódio de tromboembolismo venoso aumenta o

risco de recorrência da trombose. Schulman et al, estudando 412 pacientes com primeiro episódio de tromboembolismo venoso recebendo anticoagulação encontrou risco de recorrência trombótica de 29% em pacientes com pesquisa positiva para ACL, comparado a 14% daqueles sem esses anticorpos ($p=0,0013$). O risco de recorrência aumentou com o título desses anticorpos.¹⁰

Em seguimento de 104 pacientes com tripla positividade para anticorpos antifosfolípides (anticoagulante lúpico, ACL e anti B2 Glicoproteína), Pengo et al encontraram incidência de 25 casos novos de eventos trombóticos (5,3% ao ano, com incidência cumulativa após 10 anos de 37,1%).¹¹

A positividade com baixos títulos de ACL é achado comum em pacientes com hepatite viral crônica por vírus C (21%), não estando associada à atividade histológica, carga viral ou resposta ao IFN- α .⁸ Em pacientes com hepatite C, a presença de trombocitopenia, hipertensão portal e eventos trombóticos correlaciona-se com a positividade para ACL.¹²

Em estudo avaliando a associação entre TAH e positividade para ACL em pacientes submetidos a transplante hepático, foram estudados 28 pacientes transplantados sem TAH, sete pacientes transplantados com TAH, e 35 pacientes controle. Em 63% dos pacientes transplantados houve positividade para ACL, estando presente em 100% daqueles com TAH, comparado a 54% daqueles sem TAH ($p=0,031$).¹³

Collier et al avaliando a presença de ACL em 132 pacientes submetidos a transplante hepático, encontraram trombose

de vasos hepáticos em 16%, com ACL positiva em 8,8% desses pacientes, contra 6,3% nos transplantados sem tais complicações.¹⁴

Furmanczyk-Zawiska et al estudando 33 pacientes transplantados hepáticos quanto a presença de anticorpos antifosfolípides, encontraram maior prevalência de ACL no subgrupo de alto risco trombótico (trombose de veia hepática, TAH precoce ou tardia, trombose venosa profunda associada a embolia pulmonar, trombose de veia porta). Entretanto, tal relação não foi confirmada em nova dosagem, seis meses após. Notou-se, ainda, correlação entre ACL e número de episódios trombóticos.⁷

Embora a existência de fenômenos trombóticos esteja relacionada nessa população, não há consenso na literatura sobre o uso de anticoagulantes de modo profilático.

CONCLUSÃO

A presença de ACL pode representar maior risco de complicações vasculares (como TAH) em pacientes transplantados hepáticos, embora, como visto acima, de maneira transitória. É necessário determinar sua importância como fator de risco para trombose e, conseqüentemente, perda do enxerto, principalmente em um contexto onde há desproporção entre a oferta de doadores e a demanda de receptores.

ABSTRACT

Introduction: Hepatic artery thrombosis is a frequent complication following liver transplantation (ranging from 2.0 to 20%), occurring early in 46.7% of cases (30 days after transplant), and requiring re-transplant in about half of cases (53.1%). Antiphospholipid syndrome (APS) is defined as the presence of arterial and/or venous thrombosis associated with antibodies directed to phospholipids. The incidence of APS was estimated in 5 new cases/100000 subjects/year. The occurrence of early hepatic artery thrombosis following transplantation secondary to antiphospholipid syndrome is a rare event. **Methods:** Case report of a patient undergoing three liver transplants by artery thrombosis associated with anticardiolipin antibody positivity. **Results:** Male patient, 49 years old, cirrhotic C virus, no thrombotic antecedents, included on the list for liver transplantation by presenting 4.2 cm nodule in liver VI segment in CT scan compatible with Hepatocellular Carcinoma. He underwent liver transplantation under Piggy back technique. In Doppler ultrasound control absence of flow in the hepatic artery, confirmed by angiotomography. Subjected to re-transplant on the 13th postoperative day. After 5 days, patient developed biliary fistula. Performed laparotomy, it was found fistulous orifice with suffering bile duct proximal to the anastomosis of the common bile duct, as well as reduced flow in the hepatic artery with ischemic liver aspect. New computerized tomography did not identify intrahepatic arterial flow, and showed extensive area of hepatic ischemia. It was initiated investigation for thrombophilia, with positive anticardiolipin antibody research. He underwent a third liver transplant, opted by aorto-iliac-hepatic anastomosis with interposition graft of donor iliac artery. Patient showed satisfactory clinical outcome with intra hepatic arterial flow at Doppler control. He was discharged on the 10th postoperative day. **Discussion and Conclusion:** 33.3% mortality due to early thrombosis of hepatic artery; 7 days of mean diagnostic time; major risk factors (prolonged operative time, low weight of the receiver, mismatch serology for CMV); findings suggest that anticardiolipin is elevated in patients with impaired hepatic function, and may be associated with the pathogenesis of arterial thrombosis although We have not found the use of this drug in patients for treatment and prevent venous thromboembolic events.

Keywords: Hepatic Artery; Transplantation; Antibodies, Anticardiolipin.

REFERÊNCIAS

- 1) Stange BJ, Glanemann M, Nuessler NC, Settmacher U, Steinmüller T, Neuhaus P. Hepatic artery thrombosis after adult liver transplantation. *Liver Transplantation*. 2003 Jun;9(6):612-20.
- 2) Bekker J, Ploem S, de Jong KP. Early Hepatic Artery Thrombosis after Liver Transplantation: A Systematic Review of the Incidence, Outcome and Risk Factors. *Am J Transpl*. 2009;9:746-57.
- 3) Wu L, Zhang J, Guo Z, Tai Q, He X, Ju W et al. Hepatic Artery Thrombosis After Orthotopic Liver Transplant: A Review of the Same Institute 5 Years Later. *Exp Clin Transpl*. 2011 Jun;9(3):191-6.
- 4) Pareja E, Cortes M, Navarro R, Sanjuan F, López R, Mir J. Vascular complications after orthotopic liver transplantation: hepatic artery thrombosis. *Transplant Proc*. 2010 Oct;42(8):2970-2
- 5) Kok T, Slooff MJ, Thijn CJ, Peeters PM, Verwer R, Bijleveld CM et al. Routine Doppler ultrasound for the detection of clinically unsuspected vascular complications in the early postoperative phase after orthotopic liver transplantation. *Transpl Int*. 1998;11(4):272-6.
- 6) Sheiner et al. Selective revascularization of hepatic artery thrombosis after liver transplantation improves patient and graft survival. *Transplantation*. 1997 Nov 15;64(9):1295-9.
- 7) Furmanczyk-Zawiska A, Tronina O, Baczkowska T, Chmura A, Durlik M. The significance of antiphospholipid antibodies in liver recipients. *Transplantation Proc*. 2013 Jun;45(50):1983-9.
- 8) Leroy V, Arvieux J, Jacob MC, Maynard-Muet M, Baud M, Zarski JP. Prevalence and significance of anticardiolipin, anti-B2 glycoprotein I and anti-prothrombin antibodies in chronic hepatitis C. *Br J Haematol*. 1998;101(3):468-74.
- 9) Santamaria JR, Mandelli FL, Badziak D, Cavalin LC, Barros MF, Sato MS. Síndrome Antifosfolípide. *An Bras Dermatol*. 2005;80(3):225-39.
- 10) Schulman S, Svenugsson E, Grangvist S. Anticardiolipin antibodies predict early recurrence of thromboembolism and death among patients with venous thromboembolism following anticoagulant therapy. Duration of Anticoagulation Study Group. *Am J Med*. 1998 Apr;104(4):332-8.
- 11) Pengo V, Ruffatti A, Legnani C, Testa S, Fierro T, Marongiu F et al. Incidence of a first thromboembolic event in asymptomatic carriers of high-risk antiphospholipid antibody profile: a multicenter prospective study. *Blood*. 2011 Oct 27;118(17):4717-8.
- 12) Prieto J, Yuste JR, Beloqui O, Civeira MP, Riezu JI, Aguirre B et al. Anticardiolipin antibodies in Chronic Hepatitis C: Implication of Hepatitis C Virus as the Cause of the Antiphospholipid Syndrome. *Hepatology*. 1996 Feb;23(2):199-204.
- 13) Pascual M, Thadhani R, Laposata M, Williams WW, Farrel ML, Johnson SM et al. Anticardiolipin antibodies and hepatic artery thrombosis after liver transplantation. *Transplantation*. 1997 Nov 15;64(9):1361-4.
- 14) Collier JD, Sale J, Friend PJ, Jamieson NV, Calne RY, Alexander GJM. Graft Loss and the antiphospholipid syndrome following liver transplantation. *J Hepatol*. 1998;29:999-1003.

UM ESTRANHO NO CORAÇÃO

... breves considerações acerca de alguns aspectos psicológicos na transplantação

Eduardo Sá

Psicólogo e psicanalista

1.

Há uma linha que une um cirurgião a um psicanalista: a imensa complexidade que está presente no desafio de intervir e a exigência dum rigorosa ponderação e dum rigor técnico preciso (que não deixa de existir quando “mexemos” no pensamento como no corpo dum pessoa). Mas, há um ponto que os separa: por mais transplantes que seja exequível realizar numa pessoa, a nossa intervenção junto do seu pensamento será menos invasiva, menos radical e mais conservadora.

Seja como for, de que forma pode ser útil uma compreensão, no âmbito da clínica psicológica, quando se reflecte acerca da transplantação? Em primeiro lugar, servirá para chamar, delicadamente, a vossa atenção que, por mais consensos clínicos e protocolos técnicos que vos unam, haverá uma variável que pode interferir, de forma significativa, no trabalho da equipa de transplantes: o psiquismo dum pessoa.

Tomando em consideração essa variável, comecemos por um aspecto, aparentemente banal: se considerarmos a saúde como um bem-estar bio-psico-social, e se reconhecermos que a formação médica - hoje, inequivocamente mais tecnocrática e menos clínica - reúne mais critérios fidedignos para avaliar e intervir noutros domínios da saúde que não na saúde mental, pode ser útil uma brevíssima intervenção, no âmbito da psicologia, quando se fala transplantação, porque esta variável psíquica, deixada à margem dos cuidados integrados, contamina os cuidados médicos, envia muitas vezes a saúde, e, em inúmeras situações, inquina-a, mesmo.

É claro que haverá um temor inicial que me convida a ser prudente: receio que, ao falarmos aqui de doença psíquica, sejamos todos mais ou menos impelidos para configurar, num impulso, quadros relacionados com perturbações mentais muito exuberantes. Como se estivéssemos a supor que, ao falarmos de doença psíquica, pudéssemos resvalar para a consideração de quadros clínicos em torno dum colorido esquizofreniforme (e não tanto para um sofrimento psíquico que se enovela e se croniciza e que, em consequência, gera sintomas que, ao “calcificarem”, contribuem para uma espécie de “osteoporose cognitiva” e para sequelas emocionais que geram, contribuem, parasitam ou complexificam todos os quadros da clínica médica).

Ora, como os doentes transplantados não deixam de ser pessoas, como nós, seria importante:

- em primeiro lugar, identificar, em paralelo com qualquer avaliação pré-transplante, marcadores psicopatológicos nestas pessoas [separando aqueles que são reactivos à doença e a todo o processo de transplantação - e que serão manifestações, tendencialmente, transversais nestes pacientes - das características psicopatológicas mais estruturais de cada uma das suas personalidades (que,

Instituição:

Universidade de Coimbra; ISPA - Portugal

Correspondência:

Eduardo Sá

E-mail: eduardosa@bebeseincrecidos.com

Recebido em: 30/04/2013

Aceito em: 28/06/2013

necessariamente, têm mais probabilidades de se acentuar e de se agudizar ao longo do processo de transplante, interferindo, de diversas formas, nele)];

- em segundo lugar, de que modo é que estes marcadores psicopatológicos (reactivos ou estruturais) acompanham a doença e, de certa forma, interferem na sua expressão ou a comprometem;

- em terceiro lugar, de que forma estes marcadores psicopatológicos - representando variáveis que podem parasitar ou enviesar um processo com a delicadeza técnica, clínica e humana dum transplante - devem ser levados em linha de conta por uma equipa médica. E, já agora, de que modo devem ser manuseados;

- e, finalmente, de que forma estes marcadores interferem nos diversos momentos dum processo de transplante.

Façamos uma primeira abordagem, mais empírica, sobre alguns indicadores de doença psíquica na população, de forma a que tomemos consciência da sua existência, em primeiro lugar, para que, depois, possamos delinear um modo para os manusearmos, quando se trata de intervir no âmbito de uma equipa de transplantes.

Como é do vosso conhecimento, a Organização Mundial de Saúde considera que mais de 80% dos casos de doenças coronárias, 90% de diabetes tipo 2 e um terço dos quadros oncológicos poderiam ser evitadas pela alteração de hábitos alimentares, actividade física e consumo de tabaco, o que reforça a importância da capacitação dos indivíduos para a gestão responsável da sua própria saúde. Por outras palavras: há variáveis psicológicas (que não serão nem tão exuberantes nem tão incapacitantes a ponto de as considerarmos, empiricamente, doença psiquiátrica) que são muito preponderantes para dados tão esmagadores quanto estes. Não tomar em consideração estes factores de natureza psicológica pode comprometer a promoção da saúde, a prevenção da doença e, já agora, a gestão incisiva e eficaz dos recursos ao dispor dos doentes nos cuidados médicos.

Mas tomemos em consideração, muito rapidamente, outros indicadores de sofrimento psíquico crónico da população:

Em Portugal, os encargos do Serviço Nacional de Saúde com os psicofármacos - entre 2000 e 2009 - rondaram os 1,5 mil milhões de euros, segundo um estudo do Observatório do Medicamento do Infarmed (existindo uma tendência de crescimento que levou a que os 64,9 milhões de euros, gastos em 2000, se transformassem em 202,8 milhões de euros, despendidos em 2009, representando, em 9 anos, um crescimento de 213 por cento desse tipo de prescrições).

Se preferirem doutra maneira: em Portugal, nos últimos 5 anos, houve um aumento da prescrição de psicofármacos na ordem dos 36,6%, representando um consumo, nesse

período, de 28 milhões de embalagens desses medicamentos, a que corresponde um gasto de 372 milhões de euros. A esse propósito, o Alto Comissariado para a Saúde regista que, para cada 1000 portugueses, há um consumo de 152 psicofármacos, repartidos entre ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e anti-depressivos.

Ou, ainda duma outra forma: em Portugal, entre Janeiro e Agosto de 2012, já foram vendidas em quase cinco milhões de unidades de anti-depressivos (4.970.062) - mais 329.292 unidades, ou 7,1 por cento - do que em igual período do ano passado (4.640.770). Recordo-vos que a população portuguesa andarà em redor dos 10 milhões de pessoas...

Já no Brasil, o tranquilizante Rivotril é o medicamento mais vendido, depois do contraceptivo, e líder do ranking, Microvlar. Apesar de, numa pesquisa internacional, realizada para medir a perspectiva de felicidade da população em 132 países, e divulgada pelo centro de políticas sociais da Fundação Getúlio Vargas (FGV), ser claro ao afirmar que o povo brasileiro será o povo mais confiante em relação ao seu futuro, daqui a cinco anos, à frente de países como a Venezuela (8,52) e, até mesmo, a Dinamarca (8,51).

Por outras palavras, estou a tentar dizer-vos que - reacções psicológicas inerentes ao próprio processo de transplante à parte - há indicadores de sofrimento psíquico e de doença psíquica que são transversais a todos nós, que nos permitem dizer que (não correspondendo a quadros clínicos esquizofreniformes, como vos dizia) nos permitem reconhecer que a maioria das pessoas sofre, em graus diferentes, de doença psíquica, cujas manifestações, no caso dum transplante, podem interferir nos mais diversos momentos desse processo.

É claro que haverá alguns outros indicadores empíricos de doença psíquica que serão banais no dia-a-dia da vossa actividade clínica. Falo-vos de 4 dos mais banais:

- o stress crónico, com influência nítida a nível da patologia cardio-vascular;

- a personalidade de tipo A, que corresponde a uma contenção obsessiva clara, que faz com que a expressão dos afectos seja mediada por racionalizações repetidas, e que é uma característica "amiga" da doença coronária;

- a personalidade de tipo C, caracterizada por uma hostilidade permanente, resultante duma violência contida que estas pessoas manifestam, e que tem vindo a ser, insistentemente associada a quadros de natureza oncológica, quer no modo como interferem nas terapêuticas oncológicas e, até, no próprio processo oncogénico;

- e a depressividade (que, se preferirem, poderemos descrever como um estado de estar, permanentemente, triste) com uma interveniência relevante nos quadros

neuro-imitários (podendo influenciar, como factor adjuvante, a própria dinâmica imunitária envolvida na transplantação).

Cada uma das pessoas com estas características lida com a angústia, com o sofrimento ou com a dor de formas diferentes. Cada uma delas escuta de forma distinta. Cada uma delas reage, no período pré e pós-operatório, de modo próprio. Como compreenderão, estas características, podendo ser anteriores, nalgumas pessoas, ao processo de transplante, interferem nele, potenciando estados psicopatológicos reactivos ao próprio transplante. Seja como for, todas estas pessoas, por mais acompanhadas que estejam, sentir-se-ão, diante dum transplante, as pessoas mais desamparadas do mundo. E, muito mais que a dor física, é a experiência de desamparo que envia o sofrimento, o subjectivo e o potencia de forma geométrica. Interferindo, em todos esses momentos, nos processos imunitários.

Diante duma realidade como esta, a necessidade dum transplante, exigindo procedimentos standardizados, será influenciada - antes da cirurgia, no contexto do internamento tendente à cirurgia e no período pós-cirúrgico - pelos recursos de saúde mental duma pessoa (e por aqueles que, de forma metódica, a própria equipa conseguir mobilizar). Inclusive, a nível psico-neuro-imunológico. E, tornando mais aguda a complexidade duma avaliação psicológica como factor adjuvante ao diagnóstico pré-transplante, será, ainda, mais agravada pelas dinâmicas amorosa e/ou conjugal e familiar dessa pessoa. Vejamos três exemplos, mais ou menos aleatórios:

- Se, por exemplo, a família dum doente em transplantação se for revelando desmembrada, é plausível que, muito mais que quaisquer laços familiares, o transplante crie um conluio familiar que trará ganhos psíquicos secundários à própria família e, em concomitância, tornem a actuação da equipa de transplantes muito mais delicada em quaisquer momentos do processo de transplantação;

- Se um dos membros dum casal, claramente, deprimido for objecto duma transplantação, a exuberância do sofrimento, a polissemia das queixas e a dinâmica que ambas mobilizam pode transformar o casal num “abcesso tão calcificado” que o acesso da equipa ao doente transplantado se torna muito sinuoso;

- Se um doente em transplante for muito narcísico, por exemplo, os níveis de altivez e de arrogância que, geralmente, evidenciará poderão ser tais que, o critério de merecimento do transplante (por vezes, evocado) pode ser, em muitas circunstâncias, um factor de distorção da decisão duma equipa, unicamente em função da animosidade que um doente como esse não deixa de gerar;

- Já se, ao falarmos de transplantação, tomarmos em

consideração o transplante duma criança ou dum adolescente, a dinâmica familiar pode ser tão enviesante e a hostilidade do doente poderá ser tão exuberante que, a par dos cuidados médico-cirúrgicos, haverá a necessidade dum rigor delicadíssimo, a nível psicológico e familiar, sem os quais o sucesso do próprio transplante pode ficar comprometido.

Este tipo de indicadores psicológicos (mais em rigor, psicopatológicos), muitas vezes sob medicação mas sem gestão ou resolução à vista (medicalizar o sofrimento não é nem geri-lo nem resolvê-lo) trazem consigo várias questões que, de forma empírica, qualquer médico colocará quase todos os dias. Que, não sendo procedimentos cirúrgicos, são muito exigentes no vosso trabalho diário, podendo infiltrar com leituras, perigosamente, empíricas a diferenciação de excepção duma equipa de transplantes. Vejamos, entre inúmeras outras, algumas destas questões com que as equipas de transplante lidam:

- De que forma se pode inflectir, quando é o caso, uma tendência de comportamentos próximos dum suicídio passivo dum determinado doente (relacionados com consumos alimentares ou com hábitos de trabalho promotores de stress crónico, por hipótese) com todas as implicações na saúde que eles têm, podendo, inclusive, comprometer o próprio transplante? Não serão estes doentes, a priori, menos merecedores dum transplante e mais necessitados dum acompanhamento psicológico consistente de forma a que reunam competências para que o venham a merecer?

- De que modo se transmite um diagnóstico que exija um transplante, e que alianças se têm de mobilizar para que haja uma adesão clara à cirurgia e aos tratamentos pré e pós-cirúrgico?

- Ou, por exemplo, de que modo é que um transplante altera, de forma radical, os estilos de vida e compromete a saúde mental duma pessoa, a sua relação conjugal ou a respectiva dinâmica familiar...

2.

Em resumo, para além do perfil psicológico de cada doente, os respectivos estilos de relação conjugal e a sua dinâmica familiar são factores preponderantes em todos os momentos dum processo transplante. Sem querer psicologizar a clínica médica, seria imprescindível que um técnico de saúde mental fosse integrado numa equipa de transplantes, não tanto para funcionar numa relação de face a face com estes doentes mas, antes, para que, na retaguarda da relação médico/doente, e em pleno contexto da própria equipa, “legende” comportamentos, diagnostique com rigor e parcimónia, proponha formatos adequados de informação, de interpretação de comportamentos e de medos silenciosos, e promova transformações na gestão

das relações hospitalares e extra-hospitalares e nos recursos mentais do próprio doente que, no seu conjunto, terão um efeito multiplicativo na qualidade dos cuidados de que os doentes transplantados já dispõem.

Seja como for, o tempo de espera por um órgão, e todos os procedimentos médicos e cirúrgicos que antecedem o transplante, trazem níveis significativos de toxicidade ao funcionamento psíquico e às relações familiar, social e profissional destas pessoas. Que aumenta diante dos primeiros procedimentos de preparação para o transplante (que, nas crianças, por exemplo, vai implicar uma irascibilidade imensa, quer dirigida aos irmãos saudáveis quer em relação a um ou a ambos os pais). E se agudiza quando as limitações ao estilo de vida se tornam fracturantes - que, no caso dos adolescentes, implicará ora uma “incontinência de irascibilidade” ora atitudes de denegação das limitações que lhe são impostas. Por mais que, com ela, a situação clínica do adolescente o possa precipitar para condutas que se avizinhem a uma “roleta russa”, com as quais delinea estratégias triunfais diante da angústia e da morte.

O colorido diante da espera do órgão depende, entre outros factores, do facto dele chegar via um dos pais ou doutro familiar (como nos transplantes renais) ou através dum dador, dependendo a reacção do órgão em questão. No caso dum transplante cujo dador será um familiar, a ambivalência de comportamentos pode assumir a vertigem duma “montanha russa”, repartidos entre um sentimento de dívida exuberante como de episódios, intempestivos, de desdém. Já quando o dador é um dos cônjuges e o doente transplantado o outro, as “interferências relacionais” sobrem de tom, provocando, em muitas circunstâncias, uma perigosa anulação do cônjuge receptor em benefício do cônjuge dador, com tudo o que isso tem turbulento numa relação (como se, com o novo órgão, se ganhasse a vida e com a respectiva “factura” relacional o doente transplantado se sentisse precipitado no purgatório).

Ainda assim, as expressões da ira pelos doentes transplantados será um indicador de bom prognóstico. A ira é, sem dúvida, o melhor anti-depressivo do mundo. E, não sendo uma manifestação compulsiva, introduz uma expressão emocional em tudo melhor que uma atmosfera de comedimento racional e de resignação depressiva que têm, sem dúvida, “facturas psicológicas e relacionais” com custos gravíssimos no médio prazo.

Em quaisquer circunstâncias, é de esperar que, no período cirúrgico, a maioria das pessoas se adegue, de forma rigorosa, às solicitações e às prescrições do próprio médico. E que, em consequência da experiência de quase-morte que o transplante mobiliza, os índices macroscópicos de stress, de angústia e de depressão sejam, aparentemente, menores. Já quanto à insónia (nomeadamente, nocturna) a sua

exuberância acentua-se no período cirúrgico, em virtude do pavor do doente transplantado vir a morrer a dormir.

Como em qualquer um de nós em experiências de quase-morte, é de esperar que um doente em pleno processo cirúrgico de transplantação colabore e se expresse de forma, tendencialmente, irrepreensível. Sobretudo porque, diante duma experiência de quase-morte, nenhum de nós manifesta, regra geral, nem angústia nem pânico generalizados. Antes funciona. Porque, em circunstâncias de quase morte, o terror nos aconselha, sobretudo, a sacrificar o que quer que seja para sobreviver.

Mas - atenção - num plano psíquico, e num primeiro momento, um órgão transplantado é sentido por uma pessoa como um enxerto! Será preciso muito tempo, e um suporte psicológico adequado da equipa de transplantes, ao doente transplantado e à sua família, para que um órgão transplantado seja assumido pelo próprio como parte de si. O tempo é um parceiro precioso no “metabolismo emocional” do órgão transplantado. Se, num primeiro momento, é de esperar que as dúvidas acerca do dador - existindo, todavia - sejam ignoradas, com os anos de transplante elas emergem podendo, nalguns destes doentes, tornar-se, mesmo, obsessivas.

A mim preocupam-me as sequelas psíquicas do transplante que precisam de emergir e... “disparar” à medida que os meses pós-transplante vão decorrendo. Não será, pois, estranho que 1 ou 2 anos depois dum transplante que - à medida que vão retomando as suas vidas familiar, social e profissional - estes doentes “afundem” depressivamente de forma exuberante, representando esse sofrimento, diferido e terrível, um sinal de bom prognóstico no metabolismo psíquico do transplante a longo prazo, manifestando-se de forma franca ou, com custos muito mais incalculáveis, de forma reciclada através de perturbações de carácter ou, por exemplo, de estilos de vida tão avidamente assépticos, esterilizados e hipocondríacos que os podem mortificar, por dentro, estas pessoas, em prestações sucessivas.

Chamo-vos, a este respeito, para o modo como, depois dum transplante, um doente transplantado se torne, tendencialmente, de “porcelana”, fazendo com que todos os familiares, com os filhos em primeiro lugar, vivam sob a coacção silenciosa dum fantasma de morte iminente, em consequência de episódios de alguma tensão, quaisquer que eles sejam (com os transplantados cardíacos em maior destaque). E chamo, ainda, à atenção para o modo como um transplante pode, perigosamente, tornar-se um aliado importante do divórcio amoroso, porque não dá espaço ao conflito, porque não favorece a autonomia e a emancipação dos membros duma relação, e porque atropela - de forma irreparável - a sexualidade do casal. Com consequências diversas, claro, que se manifestam de forma mais exuberante, uma vez mais, no transplante cardíaco.

3.

Como se não bastasse toda esta imensa complexidade psíquica e relacional - que, repito, pode ter, também, intercorrências a nível imunitário - e por mais que os doentes transplantados sejam pessoas escolarizadas, educadas e diferenciadas - um transplante traz consigo, à medida que o tempo passa - ora de forma subtil (através de pesadelos, por exemplo) ora de forma franca (através de manifestações colaterais de natureza hipocondríaca) - “fantasmas” diversos. Isto é: medos irracionais que, como estrelas cadentes, atravessam, muitas vezes, o pensamento destas pessoas. E, criando enredos confabulados de forma clandestina, o parasitam.

Basicamente, porque uma pessoa passa a dispor dum órgão de alguém que morreu (o nojo, relembro-vos, é uma emoção básica...). Como se não bastasse o privilégio de ter sido resgatado para a vida, o transplante faz com que uma pessoa sinta que um órgão transplantado se manifesta como uma parte de si, irreparavelmente estranha. Não se manifestando essa angústia de forma aberta, ela parece ir-se traduzindo numa progressiva iliteracia emocional como se, fosse qual fosse o órgão transplantado, existisse um estranho no coração. Esses enredos fantasmáticos (que - repito - se vão organizando de forma mais ou menos difusa no imaginário do doente transplantado) podem trazer, ainda, consigo fantasias sobre quem seria o dador, em que circunstâncias ela morreu e de que forma a sua presença dentro do corpo (através do órgão doado) pode trazer reacções emocionais ou características de comportamento do dador. Quase como se duma “possessão demoníaca” se tratasse.

4.

Talvez, em mais nenhum outro contexto da actividade médica, a relação médico-doente transplantado se aproxime tanto como duma atmosfera divina. Porque em mais nenhuma como nesta, o médico reserve em si recursos tão próximos de Deus. Que, podendo promover adesão do doente aos procedimentos terapêuticos que o protejam, pode, também, enviesar a relação medico-doente a ponto de não existir a paridade ética que permita ao cirurgião conseguir imaginar uma inversão de papéis, com tudo o que com isso se traduz em gestos amigos da clínica e da ética.

Aliás, se a própria equipa tem, no seu todo, o raro privilégio de resgatar para a vida pessoas “à beira dum abismo”, os níveis de exigência brutais que lhe são pedidos torna

expectável que os índices de conflito, dentro da própria equipa de transplantes, tenham de ser, a espaços, muito significativos, sob pena de, ao não se manifestarem de forma declarada, aumentarem o risco de doença física ou doença mental graves, de alguns dos seus elementos, no médio/longo prazo.

Também por tudo isto, a inserção dum técnico de saúde mental em equipas médicas desta natureza pode ser um factor precioso de promoção da saúde e de prevenção da doença (profissional...) dos próprios técnicos.

5.

Falei-vos de níveis mais ou menos silenciosos de doença mental e da forma como eles se expressam, empiricamente, no dia a dia da vossa actividade clínica;

Falei-vos da forma como os factores psicológicos talvez representem o papel mais preponderante a nível das mais diversas doenças;

Falei-vos do estado de choque que acompanha um transplante, e do modo como ele se aproxima dum estado de quase-morte;

Falei-vos das reacções psicopatológicas que, muito tempo depois dum transplante, são expectáveis;

Falei-vos dos custos pessoais, relacionais e familiares dum processo de transplantação;

Falei-vos de aspectos fantasmáticos que ele traz consigo e que, muitas vezes, inquinam algum desequilíbrio psíquico que ele mobiliza;

Falei-vos dos recursos psicológicos que, a meu ver, deveriam alocar às vossa equipas;

E não vos falei da ética, porque acredito que, sem conhecermos mais em pormenor as variáveis psicológicas do doente transplantado, será difícil que nos relacionemos de forma paritária e humana com ele.

Tentei, por fim, dizer-vos que a função da equipa de transplantes estará, algures, entre a cirurgia e a ressuscitação. E que isso pode correr o risco de fazer com que o médico se sinta tão perigosamente divino que, sem que seja transplantado, também ele possa passar a ter (contra o seu desejo, claro) ... um estranho no coração.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, órgão oficial da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, destina-se à publicação de artigos da área de transplante e especialidades afins, escritos em português, inglês ou espanhol.

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "Instruções aos Autores" e estiverem de acordo com a política Editorial da Revista, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Serão aceitos Artigos Originais, Artigos de Revisão, Apresentação de Casos Clínicos, Cartas ao Editor, Ciências Básicas Aplicadas aos Transplantes, Opinião Técnica, Prós e Contras, Imagem em Transplante e Literatura Médica e Transplantes.

ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos destinados à divulgação de resultados da pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os seguintes itens: Resumo (português e inglês), Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Devem ter, no máximo, 45 referências.

ARTIGOS DE REVISÃO

Constituem da avaliação crítica e sistemática da literatura sobre um assunto específico, podendo ser: Revisão Acadêmica, Revisão de Casos, Revisões Sistemáticas, etc. O texto deve esclarecer os procedimentos adotados na revisão, a delimitação e os limites do tema, apresentar conclusões e ou recomendações e ter, no máximo, 60 referências.

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Relata casos de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc... incluindo breve revisão da literatura, com 20 referências, no máximo.

CARTAS AO EDITOR

Tem por objetivo discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. Devem ter, no máximo, três laudas e cinco referências.

CIÊNCIAS BÁSICAS APLICADAS AO TRANSPLANTE

Artigos de revisão sobre temas de ciência básica, cujo conhecimento tem repercussão clínica relevante para Transplantes. Devem ter, no máximo, dez laudas e 15 referências e serão feitas apenas a convite do JBT.

OPINIÃO TÉCNICA

Destina-se a publicar uma resposta a uma pergunta de cunho prático através de opinião de um especialista (Quem? Quando? Como? Onde? Por quê?). Devem ter, no máximo, seis laudas e apresentarem até quinze referências.

PRÓS E CONTRAS

Frente a uma questão, dois autores serão escolhidos pela editoria do JBT, para discutirem os aspectos positivos e os negativos de um assunto controverso. São dois autores, um escrevendo a favor e o outro contra uma determinada proposição. Cada autor deve escrever no máximo três laudas e cinco referências.

IMAGEM EM TRANSPLANTE

Uma imagem relacionada a Transplante, patognômica, típica, de US, RX, CT, RNM, foto de cirurgia, microscopia, sinal clínico, etc., seguida de um texto curto, explicativo, com, no máximo, 15 linhas e cinco referências.

LITERATURA MÉDICA E TRANSPLANTES

Um artigo original de qualquer área médica, incluindo transplantes, que seja importante para o conhecimento do médico transplantador, poderá ser revisado, e o resumo do trabalho original será publicado, seguido de um pequeno resumo comentado ressaltando sua importância. O resumo deve ter até duas laudas e apresentar a referência completa do trabalho. Autores serão convidados para esse tipo de publicação, mas poderão ser considerados para publicação no JBT trabalhos enviados sem convites quando considerados relevantes pelos editores.

PONTO DE VISTA

Temas sobre transplantes de órgãos ou tecidos, elaborados por autores da área, convidados pela editoria da revista. Deverão conter 1.200 palavras, no máximo.

ESPECIAL

Artigo, Documento, Trabalho, Parecer, que não se enquadre em nenhuma das especificações acima, publicado apenas por convite da Revista ou após parecer da Editoria, mas que venha trazer à comunidade transplantadora, informações de grande importância, e portanto, sem necessidade de seguir as normas clássicas da revista.

As normas que se seguem, devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47, e atualizado em outubro de 2001. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>

NORMAS PARA ELABORAÇÃO DO MANUSCRITO

Requisitos técnicos

- O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na seqüência: página de título, resumos e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas.
- Permissão à ABTO para reprodução do material.
- Declaração que o manuscrito não foi submetido a outro periódico,
- Aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos.
- Termo de responsabilidade do autor pelo conteúdo do trabalho e de conflitos de interesses que possam interferir nos resultados.

Observações:

- Com exceção do item "a", os documentos acima deverão conter a assinatura do primeiro autor, que se responsabiliza pela concordância dos outros co-autores.
- Há em nosso site, modelo de carta para acompanhar os trabalhos, onde já constam as informações referentes aos itens b, c, d, e.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada, preferencialmente, por e-mail ou, uma via impressa, acompanhada de CD-ROM. Os originais não serão devolvidos. Somente o JBT-Jornal Brasileiro de Transplantes poderá autorizar a reprodução em outro periódico, dos artigos nele contidos.

PREPARO DO MANUSCRITO

A página inicial deve conter:

- Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, sem abreviaturas; que deverá ser conciso, porém informativo;
- Nome de cada autor - sem abreviatura, afiliação institucional e região geográfica (cidade, estado, país);
- Nome, endereço completo, telefone e e-mail do autor responsável;
- Fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

RESUMO E ABSTRACT

Para os artigos originais, os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 350 palavras destacando: os objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para as demais seções, o resumo pode ser informativo, porém devendo constar o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos, as conclusões e suas aplicações.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Abaixo do resumo e abstract, especificar no mínimo três e no máximo dez descritores (keywords), que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Os resumos em português (ou espanhol) e inglês deverão estar em páginas separadas. Abreviaturas devem ser evitadas.

TEXTO

Iniciando em nova página, o texto deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho (vide acima). Com exceção de referências relativas a dados não publicados ou comunicações pessoais, qualquer informação em formato de “notas de rodapé” deverá ser evitada.

AGRADECIMENTOS

Após o texto, em nova página, indicar os agradecimentos às pessoas ou instituições que prestaram colaboração intelectual, auxílio técnico e ou de fomento, e que não figuraram como autor.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos, sobrescritos, após a pontuação e sem parênteses.

A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/linkout/journals/jourlists.cgi?typeid=1&type=journals&operation=Show>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Alguns exemplos:

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Donckier V, Loi P, Closset J, Nagy N, Quertinmont E, Lê Moine O, et al. Preconditioning of donors with interleukin-10 reduces hepatic ischemia-reperfusion injury after liver transplantation in pigs. *Transplantation*. 2003;75:902-4.

Papini H, Santana R, Ajzen, H, Ramos, OL, Pestana, JOM. Alterações metabólicas e nutricionais e orientação dietética para pacientes submetidos a transplante renal. *J Bras Nefrol*. 1996;18:356-68.

RESUMOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

Raia S, Massarollo PCP, Baia CESB, Fernandes AONG, Lallee MP, Bittencourt P et al. Transplante de fígado “repique”: receptores que também são doadores [resumo]. *JBT J Bras Transpl*. 1998;1:222.

LIVROS

Gayotto LCC, Alves VAF. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Raia S, Massarollo PCB. Doação de órgãos. In: Gayotto LCC, Alves VAF, editores. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001. p.1113-20.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Sokal EM, Cleghorn G, Goulet O, Da Silveira TR, McDiarmid S, Whittington P. Liver and intestinal transplantation in children: Working Group Report

[Presented at 1^o World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35 Suppl 2:S159-72.

TESES

Couto WJ. Transplante cardíaco e infecção [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Pestana JOM. Análise de ensaios terapêuticos que convergem para a individualização da imunossupressão no transplante renal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Matsuyama M, Yoshimura R, Akioka K, Okamoto M, Ushigome H, Kadotani Y, et al. Tissue factor antisense oligonucleotides prevent renal ischemia reperfusion injury. *Transplantation* [serial online] 2003 [cited 2003 Aug 25];76:786-91. Available from: URL: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>.

HOME PAGE

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

PARTE DE UMA HOME PAGE

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Obs: Dados não publicados, comunicações pessoais, deverão constar apenas em “notas de rodapé”. Trabalhos enviados para a revista devem ser citados como trabalhos no “prelo”, desde que tenham sido aceitos para publicação. Deverão constar na lista de Referências, com a informação: [no prelo] no final da referência, ou [in press] se a referência for internacional.

TABELAS, FIGURAS, E ABREVIATURAS

Tabelas

Devem ser confeccionadas com espaço duplo. A numeração deve ser seqüencial, em algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto. Devem ter título, sem abreviatura, e cabeçalho para todas as colunas. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Devem ser delimitadas, no alto e embaixo por traços horizontais; não devem ser delimitadas por traços verticais externos e o cabeçalho deve ser delimitado por traço horizontal. Legendas devem ser acompanhadas de seu significado. No máximo, quatro tabelas deverão ser enviadas.

Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações)

As figuras devem ser enviadas no formato JPG ou TIF, com resolução de 300dpi, no mínimo. Ilustrações extraídas de outras publicações deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando na legenda da ilustração a fonte de onde foi publicada. As figuras deverão ser enviadas em branco e preto.

Abreviaturas e Siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu significado. Não devem ser usadas no título.

ENVIO DO MANUSCRITO

Os trabalhos devem ser enviados através do e-mail: abto@abto.org.br