

## Estratificação de Risco dos Doentes com Doença Hepática Crónica e Potenciais Implicações para o Plano de Vacinação COVID-19 em Portugal

### Risk Stratification of Patients with Chronic Liver Disease and Potential Implications for the COVID-19 Vaccination Program in Portugal

**Palavras-chave:** Cirrose Hepática; Doença do Fígado; Programas de Imunização; Vacinas Contra COVID-19

**Keywords:** COVID-19 Vaccines; Immunization Programs; Liver Cirrhosis; Liver Diseases

Até à data, o Plano de Vacinação COVID-19 em Portugal contempla a insuficiência hepática crónica a par da cirrose hepática, num item que denomina de 'Doença Hepática Crónica', como patologias que contam como critério para vacinação na Fase 2 (Norma 002/2021. Atualização a 21/04/2021, referida no site como 'Insuficiência Hepática').<sup>1</sup>

No entanto, o termo insuficiência hepática é muito vago e simultaneamente muito redutor numa grave circunstância biológica, pois pode ser confundido com hepatite aguda, hepatite crónica, infeção crónica vírica, portador assintomático, portador crónico, cirrose hepática, compensada e descompensada, insuficiência hepática aguda, subaguda, fulminante, doença hepática crónica, hepatopatia, etc, etc.

Isto significa que a 'insuficiência hepática' traduz uma condição de doença do fígado que poderá levar à morte. Existem na classificação da ICD-10 (*International Classification of Diseases*) mais de 20 causas de morte associadas a doença hepática. Se os dados forem agregados, a doença hepática está no *top ten* da mortalidade em Portugal.<sup>2</sup>

Entende-se, por isso, que a insuficiência hepática corresponde à diminuição da capacidade funcional do fígado para manter a sua atividade metabólica e secretora necessária ao equilíbrio orgânico, compatível com atividade física e mental considerada adequada para a idade da pessoa.

Como é sabido, as causas podem ser múltiplas e a apresentação crónica, aguda ou, em casos menos frequentes, fulminante.

Podemos aperceber-nos da existência de insuficiência hepática pela prática clínica e pelo apoio de meios complementares de diagnóstico.

No contexto da prática clínica, é a existência de doença hepática crónica (na grande maioria cirrose hepática),

quando descompensada, que se traduz em insuficiência hepática. São sinais dessa descompensação a ascite, as perturbações da coagulação, a icterícia, a hipertensão portal (rotura de varizes esofágicas) e a encefalopatia hepática.

Quanto aos meios complementares de diagnóstico, há técnicas de imagem que permitem antever a existência de insuficiência hepática, tais como a tomografia computadorizada, ecografia e a endoscopia digestiva, que podem revelar indiscutíveis sinais de sofrimento crónico do fígado. Em termos de análises que refletem o estado da função de síntese hepática, o tempo de protrombina (INR) e a albumina sérica, quando têm valores alterados, são critérios de identificação de insuficiência hepática.

A alteração das enzimas hepáticas (AST, ALT, Gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubina), pode ser um indicador de doença do fígado, mas não permite, *per se*, o diagnóstico de insuficiência hepática.

A cirrose hepática pode evoluir de forma assintomática durante uma a três décadas sem qualquer forma de descompensação nem sinais de insuficiência hepática, ou seja, com INR e albumina dentro dos parâmetros normais. No entanto, a cirrose é condição biológica de elevado risco para a insuficiência hepática e para o aparecimento de cancro do fígado.

A ecografia abdominal poderá ajudar a identificar a cirrose quando os contornos são irregulares; a elastografia é igualmente útil quando os valores são superiores a 12,5 kPa.

Isto significa que, mesmo que o diagnóstico de cirrose hepática não implique insuficiência hepática naquele preciso momento, traz consigo um risco acrescido de morte no caso de infeção COVID-19, com uma taxa de mortalidade que ronda os 30%.<sup>3,4</sup> Isto é, a cirrose é uma circunstância biológica que poderá evoluir para insuficiência hepática se não forem adotadas medidas terapêuticas específicas que evitem a progressão da doença (por exemplo, pela evicção do álcool e tratamentos atempados e apropriados das hepatites víricas).

Em conclusão, no âmbito da estratégia de vacinação COVID-19, entendemos que quem tenha cirrose hepática, ainda que sem insuficiência hepática clinicamente evidente ou detetável (i.e., redução dos níveis de albumina, aumento do INR, cirrose descompensada), deverá ser considerado prioritário dado o elevado risco de evolução fatal.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Vacinação COVID-19. [consultado 2021 abr 24]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/vacinacao/>.
2. Rocha MC, Marinho RT, Rodrigues T. The mortality associated with hepatobiliary disease in Portugal between 2006 and 2012. *GE Port J Gastroenterol*. 2018;3:123-31.
3. Lavarone M, D'Ambrosio R, Soria A. High rates of 30-day mortality in patients with cirrhosis and COVID-19. *J Hepatol*. 2020;73:1063-71.
4. Shalimar, Elhence A, Vaishnav M. Poor outcomes in patients with cirrhosis and corona virus disease-19. *Indian J Gastroenterol*. 2020;39:285-91.

Rui TATO MARINHO<sup>1,2,3</sup>, Leopoldo MATOS<sup>4,5</sup>, Guilherme MACEDO<sup>6,7,8</sup>

1. Diretor. Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (Hospital Santa Maria e Hospital Pulido Valente). Lisboa. Portugal.
2. Professor. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.
3. Presidente. Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Lisboa. Portugal.
4. Hepatologia. Ordem dos Médicos. Lisboa. Portugal.

5. Hospital dos Lusíadas. Lisboa. Portugal.
6. Diretor. Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia. Centro Hospitalar Universitário S. João. Porto. Portugal.
7. Professor. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.
8. Vice Presidente. Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Rui Tato Marinho. [rui.tato.marinho@sapo.pt](mailto:rui.tato.marinho@sapo.pt)

**Recebido:** 24 de abril de 2021 - **Aceite:** 26 de abril de 2021 - **Online issue published:** 01 de junho de 2021

Copyright © Ordem dos Médicos 2021

<https://doi.org/10.20344/amp.16442>

