

Triagem Neonatal para Atresia Biliar

Luciana G. Di Paolo (IC), Gabriel Hessel (PQ), Rodrigo R. Catharino (PQ)

Resumo

A atresia biliar é o resultado final de um processo inflamatório destrutivo que afeta os ductos biliares intra-hepático e extra-hepático. É a causa mais comum de colestase crônica na infância e a mais frequente indicação de transplante hepático nesse grupo etário. O objetivo deste trabalho é identificar possíveis marcadores de atresia biliar na triagem neonatal que auxiliem no diagnóstico e encaminhamento precoce dos pacientes a centros referenciados.

Palavras Chave: triagem, neonatal, colestase

Introdução

A atresia biliar é o resultado final de um processo inflamatório destrutivo que afeta os ductos biliares intra-hepático e extra-hepático, resultando em fibrose e obliteração do trato biliar. É a causa mais comum de colestase crônica na infância e a mais frequente indicação de transplante hepático nesse grupo etário¹. A etiologia da doença ainda não foi completamente elucidada, e atualmente a hipótese mais provável é de uma reação inflamatória exacerbada dos ductos biliares em resposta à infecção de determinados tipos de vírus, em indivíduos com predisposição genética à desregulação na produção de citocinas e outras substâncias pró-inflamatórias². O único tratamento disponível para a atresia biliar é a cirurgia de Kasai, que, se bem sucedida, aumenta a sobrevida das crianças em até 44%³. No Brasil, a maioria dos pacientes é submetida à cirurgia tardiamente, pois chegam a um serviço de referência por volta de 3 meses de idade⁴, sendo maior a necessidade de transplante hepático. Nos países desenvolvidos, a idade na cirurgia é de aproximadamente 60 dias e esse fato, associado à experiência dos centros de referência na execução do procedimento, tem sido o fator mais importante na melhora dos resultados de acordo com a literatura. O objetivo desse trabalho é identificar possíveis marcadores de atresia biliar na triagem neonatal que auxiliem no diagnóstico e encaminhamento precoce dos pacientes a centros referenciados.

Resultados e Discussão

Foi realizado o levantamento dos casos participantes da pesquisa e a sua divisão nos grupos I (Indivíduos com diagnóstico final de atresia biliar), II (indivíduos com diagnóstico final de colestase intra-hepática) e III (controles sem doença hepática). O levantamento foi realizado a partir do registro de biópsias hepáticas da disciplina de gastroenterologia pediátrica do Departamento de Pediatria FCM/UNICAMP, do período de 2010 a 2014.

Tabela 1. Idade da 1ª. consulta, dosagem de bilirrubina direta e atividade das enzimas hepáticas em pacientes com atresia biliar (I) e com colestase intra-hepática (II). Os valores são expressos em média, valor mínimo e valor máximo.

Variáveis	Grupo I	Grupo II
Idade 1ª. consulta (dias)	96,87 (41-150)	49,87 (17-100)
BD (mg%)	8,51 (3,80-14,57)	7,28(4,04-14,40)
AST (U/L)	343,81(80,00-932,00)	335,93 (79,00-820,00)
ALT (U/L)	206,31 (47,00-480,00)	180,13 (43,00-454,00)
FALC (U/L)	667,07(325,00-1250,00)	540,00 (226,00-977,00)
GGT (U/L)	604,92 (120,00-1277,00)	369,0 (66,00-1403,00)

Os pacientes do grupo I, que necessitarão de um tratamento cirúrgico, chegaram tarde ao serviço de referência (média de 96 dias), idade bem superior ao recomendado para a cirurgia que é de 60 dias. Serão realizadas as análises das amostras do exame de triagem neonatal dos grupos I, II e III através de equipamento de espectrometria de massa, para identificação de ácidos biliares, bilirrubina e Icam-1, tendo em vista serem imputados como possíveis preditores de atresia biliar⁵.

Conclusões

Assim como os dados da literatura, em nosso serviço foi verificado grande atraso no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes. O trabalho avança na busca de um marcador que auxilie no diagnóstico e encaminhamento mais precoce.

Agradecimentos

- 1.Hessel G, Sawamura R. Colestase do lactente. In: Morais MB. Gastroenterologia e Hepatologia na Prática Pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 139-52
- 2.Petersen C, Davenport M. Aetiology of Biliary Atresia: what is actually known? *Orphanet J Rare Dis.* 2013; 8:128-41.
- 3.Gallo A, Esquivel CO. Current options for management of biliary atresia. *Pediatr Transplant.* 2013 Mar;17(2):95-8.
- 4.Kieling CO, Santos JL, Vieira SM, Ferreira CT, Linhares AR, Lorentz AL, Silveira TR. Biliary atresia: We still operate too late. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84(5): 436-41.
- 5.Harpavat S, Finegold MJ, Karpen SJ. Patients with biliary atresia have elevated direct/conjugated bilirubin levels shortly after birth. *Pediatrics.* 2011 Dec;128(6):e1428-33