

# GRAVIDEZ APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

## SUCCESSFUL PREGNANCY AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Júlio Cezar Uili Coelho, TCBC-PR<sup>1</sup>

Júlio Cesar Wiederkehr, TCBC-PR<sup>2</sup>

Mônica Beatriz Parolin<sup>3</sup>

Elizabeth Balbi<sup>3</sup>

Luiz A. Tereza<sup>4</sup>

Aissar Eduardo Nassif<sup>5</sup>

### INTRODUÇÃO

A introdução da ciclosporina em 1979, por Calne, para controle da rejeição imunológica, associada a técnicas mais adequadas de preservação de órgãos e à melhoria dos procedimentos cirúrgicos e cuidados perioperatórios, representou um importante avanço no campo de transplante de órgãos. Atualmente, a sobrevida dos pacientes submetidos a transplante hepático relatada por muitos centros é de 85% em um ano e 70% em cinco anos. Como conseqüência dos bons resultados alcançados pelos programas de transplante hepático, muitas pacientes receptoras de enxerto restabelecem a fertilidade e podem tornar realidade o sonho da maternidade. De fato, cresce o número de publicações relatando gestações em mulheres submetidas a transplante.<sup>1</sup> Radomski et al<sup>4</sup> relatou 38 gestações em 29 receptoras de transplante hepático em uma revisão do Registro Americano de Gravidez. No Brasil, não existem publicações relatando gravidez após transplante hepático. O objetivo da presente publicação é relatar a gestação a termo de uma paciente submetida a transplante de fígado, além de revisar aspectos importantes da gravidez no pós-transplante hepático.

### RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 28 anos, branca, portadora de insuficiência hepática grave por hepatite auto-imune tipo I não responsiva à terapia imunossupressora foi submetida a transplante ortotópico de fígado em abril de 1996, no Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Recebeu alta hospitalar no

23º dia de pós-operatório utilizando esquema tríplice de imunossupressão (prednisona + ciclosporina Neoral® + azatioprina). Na avaliação clínica e bioquímica realizada semanalmente nos meses subseqüentes constatou-se normalização das enzimas hepáticas e bom funcionamento do enxerto. A biópsia hepática de controle de dois meses após o transplante não identificou alterações do enxerto. Manteve-se em avaliação periódica no referido serviço, sempre em uso adequado de medicações imunossupressoras e sem alterações nos exames bioquímicos.

Em outubro de 1997, foi atendida no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas por quadro de amenorréia há seis meses. A avaliação clínica e ultra-sonográfica identificou feto único, longitudinal e cefálico com idade gestacional de 26 semanas. Neste período todas as provas de função hepática apresentavam-se dentro da normalidade (Bilirrubina total-1,43 mg/dl, Bilirrubina direta-0,34 mg/dl, Bilirrubina indireta-1,09 mg/dl, Alanina aminotransferase-8U/L, Aspartato aminotransferase-5U/L, Tempo de ação de protrombina-14 seg, gama glutamil transferase-11 UI/L) e não se observaram intercorrências clínicas durante este período.

Em janeiro de 1998, foi admitida no Hospital de Clínicas com amniorrexia. A paciente foi submetida à cesariana segmentar transversa sob anestesia raquidiana, com retirada do concepto de sexo feminino com APGAR 3/9 PARKIN 38 ½ semanas, pesando 2,320 kg, em estado geral regular. Recebeu alta hospitalar no quinto dia de puerpério, com testes de função hepática normal e sem complicações. Atualmente se encontra em acompanhamento nos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia e de Transplante Hepático.

1. Professor Titular e Chefe da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo.
2. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo.
3. Médica Hepatologista do Serviço de Transplante Hepático.
4. Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia.
5. Acadêmico de Medicina do 6º ano.

Recebido em 5/5/98

Aceito para publicação em 3/8/98

Trabalho realizado nos Serviços de Transplante Hepático e de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

## DISCUSSÃO

Certas modificações psicológicas aparecem nas mulheres submetidas ao transplante. Segundo Boisriveau et al várias emoções e fantasias se desenvolvem desde o momento do recebimento do órgão de um desconhecido.<sup>2</sup> O transplante se comporta como uma verdadeira gravidez, seja pela ansiedade, pelo sentimento de proteção desencadeados, pelo fato de se falar e conversar com seu próprio órgão implantado. São essas sensações que em grande parte das vezes estimulam a procriação. Apesar da amenorréia secundária ser comum nas mulheres com doença hepática crônica avançada em idade de procriar, observa-se rapidamente normalização dos ciclos menstruais e retorno da fertilidade nas pacientes submetidas a transplante de fígado com sucesso.

A gestação após o transplante hepático deve ser considerada pelos médicos assistentes como de alto risco, pois associa-se a maior morbidade materna e fetal, não só pelos riscos inerentes à própria gestação, mas também pelos efeitos adversos das drogas imunossupressoras utilizadas. As complicações são particularmente freqüentes nas mães previamente hipertensas ou diabéticas nas quais o risco de hipertensão arterial grave e pré-eclâmpsia é ainda maior.

Scantlebury et al, ao analisarem a gestação de 17 pacientes submetidas a transplante hepático ortotópico e em uso de imunossupressão triplíce (azatioprina + ciclosporina + prednisona) observaram a ocorrência de toxemia gravídica (quatro casos), retardo de crescimento intra-uterino (três casos), anemia materna grave (seis casos), e prematuridade (11 casos).<sup>3</sup>

Radomski et al, ao estudarem quinhentos casos de gravidez em 335 mulheres submetidas a transplante renal, hepático e cardíaco, constataram que todas as gestações são de alto risco, pela elevada incidência de prematuridade e recém-natos de baixo peso.<sup>4</sup> Por outro lado, em publicação recente, Pruvot et al relataram que as complicações maternas no pós-transplante não são maiores do que na população geral, e ainda que a gravidez não aumenta o risco de rejeição com o uso de ciclosporina ou FK506.<sup>5</sup> Alguns estudos têm demonstrado que o FK506 apresentou menores índices de rejeição, pré-eclâmpsia e retardo de crescimento intra-uterino. Em relação às repercussões da gestação sobre o enxerto, observa-se que anormalidades nos testes de função hepática, tais como elevação das bilirrubinas e aminotransferases são comuns durante a gravidez. Embora a grande maioria dos enxertos tolerem bem a gravidez, existem relatos de desencadeamento de episódios de rejeição aguda, disfunção do enxerto, rejeição crônica e exacerbações de doença recorrente no enxerto. No presente relato, não se observaram alterações nos testes de função hepática, sendo que o pré-natal se desenrolou sem apresentar intercorrências.

Grande parte das gestações em receptoras de transplante hepático chegam a termo sem riscos significativos maternos e fetais. Tais gestações devem ser consideradas de alto risco pelos motivos acima expostos e acompanhadas com vigilância redobrada. A função do enxerto deve ser monitorizada freqüentemente, bem como níveis séricos de ciclosporina, a fim de se garantir imunossupressão adequada e evitar a precipitação de episódio de rejeição. É recomendável que se evite a gravidez durante o 1º ano após transplante.

## ABSTRACT

*The objective of the present study is to report a successful pregnancy in a 28 year-old female who underwent an orthotopic liver transplantation two years ago due to type I auto immune hepatitis. Patient was taking cyclosporin, prednisone and azathioprine for maintenance immunosuppression and had good graft function during all the pregnancy. The liver function tests were normal during the pregnancy. Fetal growth was monitored by ultrasonographic examination and showed normal development. At the end of the third trimester, she was subjected to a cesarean bearing a healthy girl weighting 2,320 Kg. She was discharged with normal liver functions tests and no complications.*

**Key Words:** *Pregnancy; Liver transplantation; Hepatitis.*

## REFERÊNCIAS

1. Albengres H, LeLouet H, Tillement JP – Imunosuppressive drugs and pregnancy: experimental and clinical data. *Transplant Proc* 1997; 29:2.461-2.466.
2. Boisriveau CH, Pons V, Lefrançois N, et al – Transplant and fetus: how do they coexist in the maternal mind. *Transplant Proc* 1997; 29: 2.475-6.
3. Scantlebury V, Gordon R, Tzakis A, et al – Childbearing after liver transplantation. *Transplantation* 1990; 49:317-21.
4. Radomski JS, Moritz MJ, Munoz SJ – National pregnancy registry: analysis of pregnancy outcomes in female liver transplant recipients. *Liver Transplant Surg* 1997;1: 281-4.
5. Pruvot FR, Declerk N, Valat-Rigot AS, et al – Pregnancy after liver transplantation: focusing on risks to the mother. *Transplant Proc* 1997; 29:2.470-1.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Júlio Cezar Uili Coelho  
Rua Bento Viana, 1140/ 2202  
80240-110 – Curitiba-PR