

ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA DA GESTAÇÃO EM SEGUNDO TRIMESTRE: UM RELATO DE CASO

Autores: Anna Luiza Glus de Souza²; Catarina Mayer Soares Ogasavara Beggiato¹; Felipe Lopes Grillo¹; Fernanda Glus Scharnoski¹; Helena Maria Amorim Souza Lobo¹; Matheus Caires dos Santos¹; Matheus Barbieri de Oliveira França¹; Pedro Henrique Haisi Amaral¹; Roberto Ribeiro Fontão¹; Sophia Silva Mandalis¹

¹Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba – PR.
²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

E-mail para contato: **fernandaglus@hotmail.com**



INTRODUÇÃO

A esteatose hepática aguda da gestação (EHAG) é uma complicação obstétrica rara e potencialmente fatal, descrita inicialmente por Sheehan em 1940. Sua prevalência é de aproximadamente 3% das gestações, ocorrendo mais frequentemente no terceiro trimestre, embora casos mais precoces possam ocorrer. Acomete mulheres de todas as idades e etnias, sem distribuição geográfica específica, sendo mais incidente em primigestas, portadoras de pré-eclâmpsia, gestação múltipla e fetos do sexo masculino. Caracteriza-se por insuficiência hepática aguda secundária a acúmulo de triglicerídeos nos hepatócitos, geralmente associada a defeitos genéticos na beta-oxidação dos ácidos graxos no feto. A alteração mais frequente envolve a deficiência da enzima 3-hidroxiacil-coenzima A desidrogenase de cadeia longa (LCHAD). O diagnóstico baseia-se em associação clínica, laboratorial e de imagem, frequentemente utilizando os Critérios de Swansea, e o tratamento definitivo consiste na resolução da gestação, seguida de suporte intensivo materno.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente A.V.M., 37 anos, G2A1, caucasiana, natural e residente em Curitiba, com história de endometriose submetida a tratamento cirúrgico prévio. Admissão hospitalar (17 semanas de gestação): apresentou dor abdominal epigástrica, náuseas, intolerância alimentar e icterícia, com início há cerca de 6 horas. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 180/115 mmHg, palidez cutâneo-mucosa e rebaixamento do nível de consciência. Evoluiu rapidamente para anúria e instabilidade clínica. Diagnóstico inicial: presença de sete critérios de Swansea, compatíveis com EHAG, após exclusão de hepatites virais e doenças autoimunes.

Exame	Resultado
Hemoglobina	12,2 g/dL
Plaquetas	193.000 /mm ³
Leucócitos	13.900 /mm ³
Glicemia	87 mg/dL
TGP / AST	2.134 U/L
TGO / ALT	2.894 U/L
Fosfatase alcalina	67 U/L
Bilirrubina total	4,28 mg/dL
Amilase	57 U/L
Lipase	177 U/L
DHL (LDH)	4.864 U/L
Creatinina	2,88 mg/dL
Ureia	52 mg/dL
RNI	1,78
TP	23,2 s
TTPa	41,3 s
MELD-Na	28

Os marcadores virais das hepatites A, B e C foram negativos, bem como marcadores para doenças autoimunes. Realizada ressonância nuclear magnética que apontou importante edema periportal com fígado de dimensões normais (**Figura 1**).

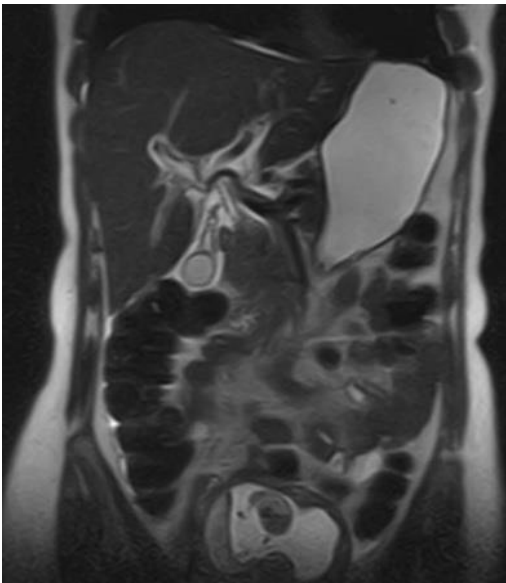


Figura 1 - Ressonância nuclear magnética realizada na admissão da paciente em serviço hospitalar (27/02/2025), apresentando fígado de morfologia, dimensões e contornos normais. Evidenciando importante edema periportal e edema de paredes em vesícula biliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Conduta inicial: diante da gravidade do quadro, foi indicada cesariana de urgência, com extração de concepto sem viabilidade fetal. A paciente foi encaminhada imediatamente à UTI, onde apresentou insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica invasiva (VMI) e suporte vasopressor com noradrenalina (10 mL/h).

Evolução:
- 6º dia pós-operatório: piora da função renal (creatinina 6,16 mg/dL, ureia 155 mg/dL) e leucocitose (27.640/mm³, neutrofilia com 13% bastões). Iniciada antibioticoterapia empírica com piperacilina/ tazobactam. Hemoculturas revelaram bacilos Gram-negativos, *Staphylococcus aureus* (MRSA) e *Citrobacter freundii*, sendo escalonado o esquema para meropenem e linezolida.

- 10º dia: paciente extubada, com melhora hemodinâmica e redução gradual da droga vasoativa.

- 14º dia: função renal recuperada (creatinina 1,57 mg/dL, ureia 40 mg/dL), coagulograma normalizado e enzimas hepáticas em declínio (AST 75 U/L, ALT 13 U/L, bilirrubina total 1,03 mg/dL).

- Recebeu alta da UTI no 12º dia pós-parto e alta hospitalar dois dias depois, com seguimento em obstetrícia de alto risco, nefrologia, cardiologia e hepatologia. Prescrita losartana, anlodipino e hidroclorotiazida para controle pressórico.

RELEVÂNCIA

O caso apresentado mostra uma patologia rara e grave da gestação. A EHAG é associada com evolução potencialmente fatal, bem como falência múltipla de órgãos. Apesar da EHAG se apresentar classicamente de forma tardia na gestação, é perceptível que diagnósticos mais precoces existem e que atenção especial deve ser dada a esses quadros. Diagnósticos diferenciais sempre devem ser levantados, e sua investigação minuciosa é necessária. Pela semelhança clínica entre outras patologias gestacionais, como a síndrome HELLP, principalmente, é essencial a busca de sinais e sintomas peculiares que as patologias possam apresentar. Como evidenciado no presente caso clínico, independente do período em que a EHAG possa ocorrer, a única consideração de máxima importância é que a resolução da gestação se torna o tratamento definitivo – cura. Além disso, o cuidado rigoroso materno após a concepção é necessário visando evitar possíveis complicações da doença. Apesar de raro, EHAG é um quadro delicado, com manejo multidisciplinar intenso, sendo sempre recomendado sua observação em serviços que possuam profissionais aptos para cuidados tanto maternos quanto neonatais.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas desse caso foram de EHAG no segundo trimestre gestacional, associado com disfunção orgânica, encefalopatia e síndrome hepato-renal. A primeira conduta é sempre estabilização clínica e hemodinâmica materna, seguido de interrupção da gestação. Pacientes com insuficiência hepática aguda devem ser avaliadas sempre pela equipe de transplante, porém, raramente se é necessário transplante nessas situações. Deve haver um seguimento intensivo pós-parto da função hepática e, em sua grande maioria, essas pacientes apresentam melhora significativa. É imprescindível acompanhamento em Unidade de Terapia Intensiva após a concepção, avaliando função renal, transaminases e coagulograma de 6 em 6 horas, espaçando após evidência de melhora progressiva. Suporte secundário deve ser avaliado rotineiramente. A maioria das mulheres apresenta recuperação clínica dentro de 7 a 10 dias após o parto.

REALIZAÇÃO



APOIO

