

CO-064 - UM CASO DE HEPATITE E COM INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA

Inês Pita¹; Filipe Damião²; Ricardo Crespo²; Carolina Simões²; Sofia Saraiva²; Patrícia Santos²; Nídia Zozimo²; Miguel Moura²; Sofia Carvalhana²; Luís Bagulho³; Rui Tato Marinho²; Helena Cortez Pinto²

1 - Instituto Português de Oncologia do Porto; 2 - Centro Hospitalar de Lisboa Norte; 3 - Centro Hospitalar de Lisboa Central

CASO CLÍNICO: Homem de 56 anos, caucasiano, português, com doença hepática crónica (DHC) etanólica em abstinência, sarcoidose pulmonar sob infliximab e corticoterapia, e diabetes mellitus tipo 2 insulino tratada. Internado por icterícia, prurido e astenia com uma semana de evolução. Referia consumo habitual de AINEs, chás de ervanária e ciclo recente de antibioterapia com amoxicilina/clavulanato.

Clinicamente apresentava-se ictérico e sem sinais de encefalopatia hepática. Analiticamente destacava-se AST 2883 U/L, ALT 2721 U/L, GGT 165 U/L, BrbT 15,05, LDH 316 U/L, Alb 3,0 g/dL, INR 1,32, Plaq >100 000 céls/uL, Leuc 9 900 céls/uL, PCR 6,95 mg/dL. A ecografia abdominal mostrava fígado compatível com doença hepática crónica, sem lesões focais e sem dilatação das vias biliares, baço sem alterações e ausência de ascite.

Da investigação realizada destaca-se serologia do vírus da hepatite E (IgG e IgM) positiva com carga viral de 2400 U/L. Restantes serologias (hepatite B, C, A, EBV, CMV e HSV) e auto-imunidade negativos, com hipergamaglobulinémia de 1,8 g/dL.

Evoluiu com diminuição de aminotransferases mas persistência de hiperbilirrubinemia directa (>13 mg/dL) sem sinais de insuficiência hepática aguda. Dado ser imunossuprimido e com DHC, iniciou-se ribavirina 600mg/dia, com carga viral indetectável ao fim de 15 dias.

Apesar da resposta virológica, assistiu-se a agravamento de colestase (bilirrubina máxima de 22 mg/dL) tendo iniciado prednisolona 60mg/dia e reduzido ribavirina para 400mg/dia, com melhoria inicial (bilirrubina 11 mg/dL). Uma semana depois, há novo agravamento analítico (bilirrubina 26 mg/dL) e aparecimento de encefalopatia.

Foi transferido para unidade intensiva e transplantado duas semanas depois. A biópsia mostrou necrose confluyente, infiltrado inflamatório misto e colestase ductular e parenquimatosa.

DISCUSSÃO: Este caso reforça a importância da pesquisa da hepatite E em qualquer hepatite aguda, mesmo sem epidemiologia sugestiva.