

171 UMA CAUSA RARA DE ICTERÍCIA EM DOENTE JOVEM

Rodrigues J, Carmo J, Marques S, Túlio M, Carvalho L, Barreiro P, Bispo M, Chorão M, Henriques V, Peixe P, Chagas C

Homem, 31 anos, com o diagnóstico de doença de Crohn e drepanocitose e história de viagem recente a Cuba, internado por quadro com três dias de evolução de icterícia, desconforto abdominal (hipocôndrio direito) e sensação distérmica. À excepção do referido, sem outras alterações relevantes ao exame objectivo. Laboratorialmente apresentava hiperbilirrubinémia com elevação das restantes provas hepáticas (Bilirrubina total (BT) 11.3mg/dL, conjugada (BC) 8.63U/L, AST 434U/L, ALT 611U/L, GGT 495U/L), INR 1.3, anemia (Hb 9.2g/dl) com LDH elevada, leucocitose (15.600) e PCR 3.1mg/dL. Serologias para vírus hepatotrópicos e auto-anticorpos negativos e doseamento de ferritina, ceruloplasmina e a1-antitripsina normais. A ecografia abdominal evidenciou “sludge” na vesícula biliar. Perante as hipóteses diagnósticas realizou ecoendoscopia que documentou microlitíase na via biliar principal (VBP). Realizou CPRE com extracção de lamas biliares. Após CPRE e apesar de terapêutica otimizada para crise drepanocítica, observou-se agravamento da hiperbilirrubinémia (BT 24mg/dL; BC 19mg/dL; AST 54U/L; ALT 82U/L; FA 143U/L; GGT 87U/L). Repetiu ecoendoscopia que excluiu coledocolitíase residual. Por persistência do quadro realizou biópsia hepática transjugular que mostrou hepatite crónica com colestase intracelular e sinusoides irregulares e tortuosos preenchidos por células falciformes enquadrável na doença hematológica de base.

O doente teve alta sob vigilância apertada, sendo reinternado duas semanas depois por dor no hipocôndrio direito e persistência de hiperbilirrubinémia (BT 18.5mg/dl). Repetiu ecoendoscopia e posteriormente CPRE com nova remoção de lamas pigmentadas. Por crise hemolítica no internamento foi proposto para transfusão-permuta e hidroxíureia. Neste internamento obteve-se o resultado das serologias para leptospirose previamente solicitadas apresentando IgG – e IgM + sugestivo de infecção aguda. Após 8 semanas de terapêutica de suporte o doente apresenta-se assintomático com BT de 5 mg/dl.

Os autores apresentam um quadro de icterícia cuja causa se admite multifactorial por crise de falciformização hepática, coledocolitíase e leptospirose (provável).

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz, Lisboa; Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz, Lisboa.