

Colestase Intra-hepática Falciforme: um relato de caso

Renato Matias Dantas¹, Marcos Dias Leão², Eduardo Evangelista Batista de Medeiros³

1. Residente de Clínica Médica, Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. E-mail: renatomd3@gmail.com
2. Professor Adjunto de Hematologia, Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. E-mail: leao@ufrnet.br
3. Residente de Clínica Médica, Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. E-mail: eduardoduj@hotmail.com

Fundamentação teórica/Introdução: No espectro das complicações potencialmente fatais da doença falciforme encontra-se a Colestase Intra-hepática falciforme (CIHF). Decorre-se da vaso-oclusão disseminada e subsequente isquemia dos sinusóides hepáticos, clinicamente demonstrada por icterícia, hepatomegalia dolorosa e disfunção orgânica. **Objetivos:** Objetiva-se relatar uma rara complicação da anemia falciforme, com desfecho clínico satisfatório. **Delineamento e Métodos:** Trata-se de um relato de caso vivenciado num hospital universitário de porte terciário do Nordeste brasileiro. **Resultados:** Um homem jovem de 25 anos com história médica pregressa de doença falciforme homozigótica para hemoglobina S, em uso regular de hidroxiuréia, com história crises álgicas recorrentes há 20 dias e uso de paracetamol para alívio sintomático, evoluindo com sinais e sintomas sugestivos de colangite (icterícia progressiva, dor abdominal e febre), associados a episódios hemorrágicos (gengivorragia e enterorragia). Ao exame físico admissional, o paciente estava lúcido, descorado, desidratado, hipotenso, taquicárdico, taquipneico, com abdome distendido, difusamente doloroso a palpação superficial, principalmente no quadrante superior direito onde palpava-se o fígado à 7 cm do rebordo costal direito. Os exames laboratoriais mostravam intensa anemia (hemoglobina 3,5 mg/dl e hematócrito 10,7%) e leucocitose (24090, com neutrofilia e desvio à esquerda), além de sinais de síndrome hepatorenal (TGO 217 U/L, TGP 107 U/L, bilirrubina total 62 mg/dl, bilirrubina direta 35 mg/dl, ureia 234 mg/dl e creatinina 4,4) e sorologias negativas para hepatites virais. Realizou ultrassonografia de abdome, que evidenciou hepatomegalia homogênea, sem sinais de dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, e sinais de nefropatia parenquimatosa aguda bilateral. Aventada a hipótese de CIHF, sendo transferido para leito da unidade de terapia intensiva, iniciada antibioticoterapia com piperacilina-tazobactam, submetido a transfusões de troca de concentrados de hemácias, além da correção dos distúrbios de coagulação. O paciente apresentou melhora clínica e laboratorial graduais, recebendo alta hospitalar após 20 dias. **Conclusões/Considerações Finais:** O caso descrito apresentou características sugestivas de CIHF, cuja evolução favorável deu-se através de transfusões de troca e suporte clínico intensivo. **Descritores:** Anemia Falciforme; Colestase Intra-Hepática; Transfusão de Sangue.