



COLESTASE GRAVÍDICA: UM RELATO DE CASO

GABRIELA CRISTINA LIBANIO

RESUMO

Introdução: A colestase intra-hepática tem sido descrita atualmente como a doença hepática mais prevalente na gestação, sendo observada principalmente no segundo e terceiro trimestres. Não existe um consenso nas literaturas atuais sobre a etiologia, o diagnóstico e o tratamento dessa condição, mas algumas evidências norteiam uma prática médica mais apropriada nesses casos. O manejo oportuno pode evitar desfechos negativos prevalentes nessa condição, como a prematuridade e a morte fetal. **Objetivos e relato de caso:** O relato a seguir tem como objetivo apresentar um caso clínico de uma paciente primigesta, com 36 semanas e 3 dias de gestação, admitida com prurido na palma das mãos e planta dos pés, sugestivo de colestase gravídica. As condutas realizadas resultaram em um desfecho positivo para a mãe e para o feto. O estudo buscou observar os principais fatores de risco, as manifestações clínicas e as indicações de tratamento presentes na literatura para esse caso. **Metodologia:** O relato foi obtido a partir das evoluções contidas em prontuário eletrônico durante o regime de internação hospitalar da paciente. Além disso, foi realizada uma revisão de literatura a partir da base de dados PubMed. Foram utilizados os descritores: “colestase intra hepática” e “gravidez”, sendo selecionados os artigos mais pertinentes ao estudo e de maior evidência científica, com atenção especial para metanálises, revisões sistemáticas e estudos clínicos controlados. **Conclusão:** A conduta baseada em evidências científicas pode evitar desfechos desfavoráveis em casos de colestase obstétrica. Deve-se sempre monitorar o bem estar fetal e os exames laboratoriais para avaliação da melhor intervenção em cada caso.

Palavras-chave: colestase obstétrica; óbito fetal; complicações gravídicas; prematuridade; prurido

1 INTRODUÇÃO

A colestase gravídica é uma doença que se manifesta principalmente no segundo e terceiro trimestre da gestação. Atualmente, tem sido demonstrada como a afecção hepática mais comum entre as gestantes, sendo relacionada a diversos desfechos desfavoráveis, como: parto prematuro e óbito fetal.

A manifestação clínica mais frequente dessa condição é o prurido sem a apresentação do rash cutâneo, principalmente nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, que pioram à noite e podem gerar distúrbios relacionados ao sono. Algumas literaturas também descrevem o aparecimento de uma icterícia leve após o início do prurido, associada ao aumento dos níveis séricos de bilirrubinas. O aumento dos ácidos biliares também é observado nesses casos, estando inclusive relacionado às repercussões fetais negativas, porém nem sempre é possível realizar a dosagem deste para confirmação e acompanhamento das gestantes.

Entre os fatores de risco elucidados, observa-se um maior acometimento nas mulheres com mais de 35 anos, em gestantes com antecedentes pessoais e familiares da doença, e em gestações múltiplas.

Na suspeita de colestase obstétrica deve-se sempre realizar o diagnóstico diferencial com doenças dermatológicas, síndrome HELLP, colangites e outras doença hepáticas.

O objetivo deste trabalho é demonstrar a importância da atuação médica baseada em evidências nesses casos para garantir um resultado favorável para a mãe e para o feto.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

F.B.F, 36 anos, primigesta, 36 semanas e 3 dias de gestação, admitida por quadro de prurido generalizado, principalmente em planta dos pés e palma das mãos. Acompanhada no pré natal de alto risco por hipertireoidismo subclínico, negou outros sintomas, cirurgias prévias e alergias. Iniciou uso de ácido ursodeoxicólico um dia antes da admissão, porém não apresentou melhora dos sintomas. No exame físico obstétrico não foi observado nenhuma alteração. A ultrassonografia obstétrica com avaliação dopplerfluxométrica estava dentro da normalidade, sem sinais sugestivos de hipóxia fetal. Optou-se pela internação e acompanhamento do caso.

Os exames laboratoriais do primeiro dia de internação demonstraram valores dentro da normalidade, com TGO: 29,9 U/L, TGP: 38,4 e GGT: 25 U/L. Nessa situação, foi mantida a prescrição do ácido ursodeoxicólico para tentativa de melhoria do prurido. Um dia após a internação, a paciente relatou a manutenção dos sintomas e os exames revelaram aumento das transaminases, com TGO: 37,8 U/L e TGP: 53,8 U/L. Foi realizada a monitorização do bem estar fetal de forma contínua através da avaliação de cardiotocografias. No terceiro dia de internação, observou-se novo aumento de transaminases, com TGO: 41,8 U/L e TGP: 60,4 U/L, além de manutenção do prurido. Não foi descrito no prontuário a mensuração de ácidos biliares. Na condução do caso, optou-se pela interrupção da gravidez com cesariana eletiva, por observação de piora nos exames laboratoriais e persistência dos sintomas da paciente apesar do uso da medicação.

O recém-nascido não necessitou de reanimação neonatal, sendo clampado o cordão umbilical com 60 segundos de vida e colocado em contato pele a pele com a mãe. Logo após, evoluiu com gemência e esforço respiratório (batimento de aleta nasal e tiragem intercostal). Iniciou-se CPAP com 30 minutos de vida, FiO₂ máxima de 21%. Permaneceu em CPAP por 25 minutos, apresentando melhora do esforço respiratório e mantendo boa saturação em ar ambiente. Foi monitorizado por mais 30 minutos, colocado em seio materno, com boa sucção, sem intercorrências e liberado para alojamento conjunto.

Paciente evoluiu em puerpério imediato com queixa de retorno do prurido, tendo resolutividade após 1 dia de internação. Recebeu alta em boas condições clínicas juntamente com o recém-nascido.

3 DISCUSSÃO

Ao se fazer a análise do caso acima descrito, pode-se observar que a paciente apresenta um importante fator de risco descrito na literatura, a idade materna acima de 35 anos. Além disso, percebe-se que a manifestação dessa doença no terceiro trimestre da gestação corrobora para os achados nos estudos, que revelam uma maior prevalência dessa doença no segundo e no terceiro trimestre da gestação.

Não existe atualmente um consenso internacional sobre os critérios diagnósticos da colestase intra-hepática na gravidez, porém, de acordo com o Ministério da Saúde, o diagnóstico pode ser realizado na presença de prurido com aumento da concentração de ácidos biliares e das transaminases. Na dosagem dos ácidos biliares são considerados valores acima de 15 µmol/L para o diagnóstico, sendo que níveis acima de 40 µmol/L estão relacionados à maior gravidade da doença, com repercussões fetais desfavoráveis. Espera-se que após o parto ocorra normalização desses valores e desaparecimento dos sintomas. No caso descrito, observa-se que o diagnóstico clínico foi realizado através da observação do prurido, principalmente na planta

dos pés e na palma das mãos, associado a elevação de transaminases. Não foi descrito no prontuário a mensuração de ácidos biliares da paciente, um fator de grande apoio no diagnóstico dessa doença.

No manejo da colestase gravídica, utiliza-se como medicação de primeira linha o ácido ursodeoxicólico. Essa medicação tem demonstrado resultados favoráveis na diminuição do prurido, sendo que algumas literaturas também evidenciaram a redução das anormalidades laboratoriais pelo seu uso. O benefício fetal pelo uso dessa terapia é pouco associado na literatura. A dose recomendada atualmente é de 10–15 mg/kg/dia, dividida em três vezes ao dia, não superando a dose máxima de 25 mg/kg/dia. A interrupção da gestação a partir das 36 semanas é discutida e defendida em algumas literaturas, sendo importante a avaliação constante da função hepática e do bem estar fetal para garantir o melhor desfecho para a mãe e para o feto. No caso clínico acima, foi observado um correto manejo da paciente em questão, com uso da medicação de primeira linha, o ácido ursodesoxicólico, e avaliação constante do bem-estar fetal. A decisão de realização da cesárea com 36 semanas e 3 dias pela equipe é apoiada nas literaturas, que defendem a interrupção da gravidez a partir das 36 semanas, ou até mesmo antes, quando há prurido intenso sem melhora, apesar do uso do ácido ursodesoxicólico, e o aumento das transaminases.

4 CONCLUSÃO

Os aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e de manejo da colestase gravídica ainda não estão completamente compreendidos e consentidos. No entanto, a partir das literaturas que temos acesso atualmente, é possível avaliar os riscos e benefícios de determinadas condutas nessas situações. No caso descrito, percebeu-se que a atuação baseada em evidências na literatura garantiu um desfecho positivo para a mãe e para o feto.

REFERÊNCIAS

Bicocca MJ, Sperling JD, Chauhan SP. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: review of six national and regional guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;231:180-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas.

Dixon PH, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2016; 40: 141-53

Fleminger J, Seed PT, Smith A, Juszczak E, Dixon PH, Chambers J, et al. Ursodeoxycholic acid in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a secondary analysis of the PITCHES trial. *BJOG.* 2021;128(6):1066-75.

Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol.* 2009;15(17):2049.