

Victoria Rachel de Oliveira e Souza¹, Cecília Corrêa Fernandes¹, Letícia Diniz Cunha¹
Alexandre Viana Reis²

¹ Residente de Clínica Médica da Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Montes Claros

² Coordenador da residência de Clínica Médica da Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Montes Claros

E-mail para contato: svictoriaoliveira@icloud.com

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, uma síndrome respiratória aguda grave diagnosticada como COVID 19 disseminou no mundo, decretada como uma pandemia pela OMS¹. As manifestações incluem sintomas respiratórios, mas com repercussão para múltiplos órgãos². No fígado, o vírus é capaz de elevar as enzimas hepáticas (EH) de maneira assintomática em 14 a 76% dos casos e pode levar a injúria hepática aguda em 26,5% destes^{3,4}. A colangiopatia pós COVID-19 (CPC) engloba o dano colostático progressivo em pacientes sem histórico de colangiopatia (CP) e está supostamente relacionada aos pacientes considerados críticos⁵.

OBJETIVO

Relatar caso de CPC e seus desafios diagnósticos.

RESULTADOS

Com relação ao perfil clínico da doença, percebe-se íntima relação com a literatura já que os pacientes considerados apresentaram CG e necessidade de medidas invasivas⁴. A cerca do laboratório, observa-se aumento de EH com preponderante elevação de EC³. Não houve alteração relacionadas a IgG4 e autoanticorpos hepáticos, reforçando o exposto na literatura assim como achados histopatológicos^{3,4}. Nos exames de imagem, os aspectos variam entre a normalidade até estenoses segmentares e coágulos na via biliar devido lesão endotelial e do colangiocito⁶. Não há terapia medicamentosa específica, embora alguns autores citem o AUDC⁵. O principal desafio fica sobre qual o melhor momento e paciente para indicar a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, pesando riscos e benefícios. O transplante hepático é considerado em casos de piora da colestase e insuficiência hepática³.

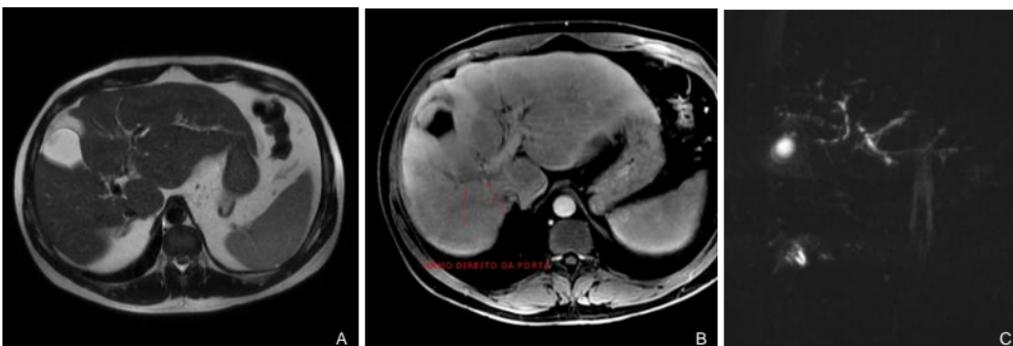


Figura 1: Ressonância magnética do abdômen superior com colangiressonância evidenciando: sinais de hepatopatia crônica (A); trombose do ramo direito da veia porta (B) e irregularidade difusa da via biliar intra-hepática, com áreas de estenoses multisegmentares sem ectasia significativa (C), provavelmente relacionados a colangiopatia.

MÉTODOS

Paciente do sexo masculino, 48 anos, residente em zona urbana, portador de gota e hipertensão arterial. Apresentou quadro de COVID-19 grave (CG), com internação prolongada em UTI há 04 meses do diagnóstico. Após a alta hospitalar, evoluiu com alteração de EH e queixava fadiga. Realizou ultrassom de abdome (US) inicialmente sem alterações. Manteve EH e caniculares (EC) elevadas durante investigação do quadro. Realizado sorologias para hepatites auto-ímmunes, virais (incluindo HIV), colangite biliar primária e IgG4 sendo todos negativos. Realizou ressonância de abdômen superior com colangiressonância (figura 1) nove meses após o primeiro US, com o laudo constatando "sinais de hepatopatia crônica", "trombose do ramo direito da veia porta", "irregularidade difusa da via biliar intrahepática com áreas de estenoses multisegmentares provavelmente relacionados a CP devendo ser considerada a possibilidade de CPC". Em estudo de lâmina revisado evidenciou "hepatopatia crônica, em atividade, com ductilite e necrose hepatocitária além de "discreto infiltrado misto, com linfócitos e esparsos neutrófilos" achados em conclusão de laudo do histopatológico sugestivos de colangite em atividade devendo ser considerado o presente diagnóstico. Como tratamento, fez uso de ácido ursodesoxicólico (AUDC) off-label. O paciente não necessitou de abordagem cirúrgica, evoluindo com melhora clínica e laboratorial parciais até o momento da descrição do caso.

CONCLUSÃO

O manejo da CPC vem sendo ainda muito discutido e considerado um grande desafio ao hepatologista visto que, sua definição e abordagem ainda tem sido embasada em relatos de caso e acompanhamento de enzimas e provas de função hepática⁶. Ainda é uma entidade que necessita de estudos para orientar condutas.

REFERÊNCIAS

1. Engineering JHUCISSa. COVID-19 Dashboard. Johns Hopkins University, 2021. (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>) Accessed February 17, 2021.
2. Sonzogni A, Previtali G, Seghezzi M, et al. Liver histopathology in severe COVID 19 respiratory failure is suggestive of vascular alterations. *Liver Int* 2020;40(9):2110–6.
3. Durazo FA, Nicholas AA, Mahaffey JJ, Sova S, Evans JJ, Trivella JP, Loy V, Kim J, Zimmerman MA, Hong JC. Post-Covid-19 Cholangiopathy-A New Indication for Liver Transplantation: A Case Report. *Transplant Proc*. 2021 May;53(4):1132-1137.
4. Rojas M, et al. Cholangiopathy as part of post-COVID syndrome. *J Transl Autoimmun*. 2021;4:100116.
5. Edwards K, Allison M, Ghuman S. Secondary sclerosing cholangitis in critically ill patients: a rare disease precipitated by severe SARS-CoV-2 infection. *BMJ Case Reports CP* 2020;13:e237984..
6. Bethineedi LD, Suvvari TK. POST COVID-19 cholangiopathy - A deep dive. *Dig Liver Dis*. 2021 Aug 9;53(10):1235-6.