

REGRESSÃO ESPONTÂNEA DA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI EM PACIENTE JOVEM DO SEXO FEMININO: UM RELATO DE CASO

Baldaque P, Pombo-Nascimento E, Santos RC, Vélez E, Arias K, Samaniego G, Cocheres D, Montalván B, Vélez C, Valarezo C.

Instituto de Gastroenterologia do Rio de Janeiro - Idgastro

Hospital Nossa Senhora da Saúde - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, RJ.

E-mail para contato: pedrobaldaque@idgastro.com.br



INTRODUÇÃO

A síndrome de Budd-Chiari (SBC), descrita clinicamente por Budd em 1845 e histologicamente por Chiari em 1899 é rara. Caracteriza-se pela oclusão das veias hepáticas e alteração no fluxo hepático. São diversos os fatores etiológicos, entretanto, 80% dos casos estão associados a um fator pró-trombótico. Pacientes com SBC sem tratamento apresentam prognóstico desfavorável. 90% dos casos sem tratamento evoluem para óbito no período de até três anos.

RELATO DO CASO

I.O.R, 20 anos, sexo feminino, após quadro infeccioso de provável etiologia viral, iniciou quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito do tipo em pontada de moderada intensidade, associado a febre não aferida, astenia, prostração e náuseas. Exames laboratoriais realizados evidenciaram: anemia normocítica e normocrômica, leucopenia (2760 mm³), Trombocitopenia (119.000 plaquetas) e elevação de enzimas hepáticas (AST 178 U/L, ALT 123 U/L, Gama-gt 236.0 U/L, Fosfatase alcalina 83.0 U/L). Função hepática preservada. Tomografia computadorizada do abdome e pelve apresenta ascite moderada, veias hepáticas direita e esquerda com calibre reduzido, não identificando-se a veia hepática média com área de redução do calibre da porção superior veia cava intra-hepática. Veia porta de calibre aumentado. Aumento do calibre das veias esplênicas e mesentérica superior, sem falhas de enchimento. Hipodensidade sem realce expressivo margeando o sistema porta e hilo hepático, indicando padrão de edema (Figura 1). Entre a primeira consulta e o retorno, a paciente apresentou melhora espontânea dos sintomas. Solicitada ultrassonografia do abdome com doppler do sistema porta com resultado normal (Figura 2). Outras causas de coagulopatia foram afastadas, paciente evoluiu com resolução total do quadro e normalização dos exames laboratoriais. Encontra-se assintomática em acompanhamento no ambulatório de hepatologia.

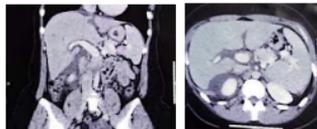


FIGURA 1 Tomografia computadorizada do abdome e pelve: veias hepáticas direita e esquerda com calibre reduzido, não identificando-se a veia hepática média com área de redução do calibre da porção superior veia cava intra-hepática.

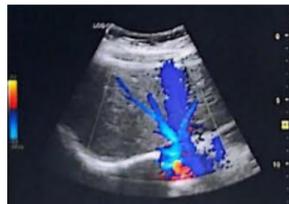


FIGURA 2: Ultrassonografia do abdome com doppler do sistema porta

DISCUSSÃO

A síndrome de Budd-Chiari (SBC), descrita clinicamente por Budd em 1845 e histologicamente por Chiari em 1899 é rara.¹ Caracteriza-se pela oclusão das veias hepáticas e alteração no fluxo hepático. São diversos os fatores etiológicos, entretanto, 80% dos casos estão associados a um fator pró-trombótico.^{2,3} A resolução espontânea da SBC é extremamente rara e os pacientes sem tratamento evoluem para o óbito em meses ou anos.⁴ São poucos os relatos de resolução espontânea descritos na literatura médica: Hultcrantz et al publicaram caso semelhante ao descrito, em paciente do sexo feminino com SBC de provável etiologia viral.^{5,6} Os pacientes com SBC sem tratamento apresentam prognóstico desfavorável.^{7,8} Em estudo realizado por Correa et al, 90% dos pacientes sintomáticos que não recebem tratamento evoluíram para óbito no período de até três anos, seja por insuficiência hepática ou hemorragia digestiva alta de origem varicosa.¹

CONCLUSÕES

A resolução espontânea da SBC é extremamente rara, devendo seu tratamento ser estabelecido em todos pacientes diagnosticados. A coagulopatia associada às infecções virais deve ser considerada fator etiológico para esta síndrome, especialmente após a pandemia por COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correa S, Ramirez A, Espinoza Y, et al. A review of Budd Chiari Syndrome. *Rev Col Gastroenterol*. 2016; 31(3): 241-250.
- Mancuso A. Budd-Chiari Syndrome Management: Controversies and Open Issues. *Diagnostics*. 2022; 12(11): 2670.
- Muñoz O, Vergara J, Castro L, et al. Budd-Chiari Syndrome: Etiology, management, and outcomes in a study of 35 patients at the Hospital Pablo Tobo Uribe. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2020; 35(3): 280-285.
- Rana A, Jagannathan S, Ray B, et al. Improving Outcomes in Catheter-Directed Thrombolysis for the Management of Acute Budd-Chiari Syndrome: A Case Report. *Cureus*. 2023; 15(3):1-8.
- Hultcrantz R, Angelin B, Friman L. CASE REPORT Spontaneous Regression of Budd-Chiari Syndrome (Hepatic Venous Occlusion) in a Young Female. *Acta Med Scand*. 1987; 221:503-7.
- Conway E, Mackman N, Warren R, et al. Understanding COVID-19-associated coagulopathy. *Nat Rev Immunol*. 2022 Oct;22(10):639-649.
- Islam A, Cockcroft C, Elshazly S, et al. Coagulopathy of Dengue and COVID-19: Clinical Considerations. *Trop Med Infect Dis*. 2022 Aug 25;7(9):210.
- Hitawala A, Gupta V. Budd-Chiari Syndrome. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.

