

EP-55 - (57) - UM CASO DE HEPATOMEGALIA RECORRENTE – DESAFIO DIAGNÓSTICO

Silva J¹; Fernandes S¹; Ponte A¹; Rodrigues J¹; Sousa M¹; Silva Jc¹; Silva Ap¹; Carvalho J¹

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Gastreenterologia

Mulher, 29 anos, sem antecedentes patológicos. Nega hábitos medicamentosos ou alcoólicos. Assintomática até junho/2014, altura em que iniciou quadro de febre e vômitos que cedeu ao paracetamol. Queixas de distensão abdominal 2 semanas depois. Do estudo realizado, salienta-se: Hg 11.8g/dL, TGO 55 ($>1.5 \times N$), TGP 102 ($>2 \times N$); ecografia e TAC abdominais: hepatomegalia, ligeira proeminência das veias suprahepáticas sugerindo congestão venosa, líquido ascítico (pequena quantidade), derrame pleural esquerdo e esplenomegalia. Observada na Consulta de Hepatologia, 4 meses depois, já com melhoria clínica e analítica. Nesta altura, ecografia de controlo mostrava fígado e baço com dimensões normais, sem ascite. Estudo etiológico hepático e ecocardiograma sem alterações. Em abril/2015 nova crise de distensão/desconforto abdominal. Realizou ecografia: hepatomegalia, ascite ligeira, veia porta e suprahepática de calibre normais. Análises: TGP/TGO/FA/GGT/albumina normais. Fez biopsia hepática: espaços porta expandidos por infiltrado inflamatório mononuclear, dilatação sinusoidal multifocal com atrofia das trabéculas de hepatócitos e hiperplasia das células de revestimento sinusoidal. Efetuou ecodoppler: ausência de trombose venosa do sistema porta mas com proeminência das veias suprahepáticas que apresentam padrão doppler normal. Estudo protrombotico: negativo. AngioTAC: Hepatomegalia, dilatação da veia supra-hepática (30 mm de diâmetro) e seus ramos. Sem aspectos sugestivos de Budd-Chiari. Veia porta sem alterações, proeminência das tríades portais. Observado espessamento pericárdico. O paciente foi então avaliado por Cardiologia e repetiu ecocardiograma. Diagnóstico provável de pericardite constrictiva sem causa identificada. As doenças vasculares do fígado são incomuns, mas podem resultar em doença hepática grave e hipertensão portal, pelo que devem ser sempre consideradas perante um doente com alterações hepáticas. O fígado devido à sua alta taxa metabólica, é particularmente suscetível ao comprometimento vascular. No caso apresentado, pericardite constrictiva, entidade clínica rara, foi responsável pela diminuição do fluxo sanguíneo hepático e aumento da pressão da veia hepática resultando em congestão centrolobular e edema sinusoidal.