

Relato de caso: cirrose e gestação

Case report: cirrhosis and pregnancy

Relato de caso: cirrosis y embarazo

Recebido: 21/05/2025 | Revisado: 30/05/2025 | Aceitado: 31/05/2025 | Publicado: 02/06/2025

Bianca Rodrigues Yamassaki Lima

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7079-7332>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: bianca.yamassaki@gmail.com

Bruna Helena de Albuquerque Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6591-6106>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: bualb.oliveira@gmail.com

Evelin Leonara Dias da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3775-6595>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: evelinleonara@gmail.com

Luana Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5642-1264>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: luanadfgomes@gmail.com

Marina Julio Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5992-7940>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: marinafmt58@gmail.com

Vivian Mota Guimarães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7839-997X>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: vivimotagui@outlook.com

Yasmin Montealbano Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6709-748X>

Universidade de Taubaté, Brasil

E-mail: yasmontealbano@gmail.com

Resumo

Objetivo: Relatar o caso de uma primigesta, que descobriu uma doença hepática crônica avançada no terceiro trimestre da gestação. **Relato de caso:** Primigesta, 20 anos, 31 semanas de gestação, procura serviço de urgência obstétrica referindo dor abdominal, icterícia e prurido de início recente. Ao exame clínico, apresentava-se icterica 2+/4+. A paciente foi internada para realização de exames. Iniciada a terapia com Ácido Ursodesoxicólico devido suspeita de Colestase Benigna da Gestação. Os exames demonstraram fígado de característica crônica, havendo suspeita de hepatite crônica sem diagnóstico prévio. A paciente evoluiu com melhora do prurido, porém entrou em trabalho de parto prematuro cesariano na 32ª semana, sem maiores complicações imediatas. Após 5 semanas, voltou ao serviço de saúde para consulta com hepatologista, apresentando piora da icterícia, elevação significativa das enzimas e deterioração da função hepática. Realizada biópsia hepática, demonstrando sugestão de sobreposição de doença colestática com hepatite autoimune. **Conclusão:** Embora a colestase intra-hepática da gravidez tenha sido o diagnóstico que levou-a a procurar o serviço hospitalar, a doença hepática previamente instaurada agravou a morbidade materna. A falha em diagnosticar precocemente a doença hepática impactou significativamente a sobrevida desta paciente.

Palavras-chave: Colestase gravídica; Gravidez de alto risco; Cirrose; Complicações da gravidez; Doença auto imune.

Abstract

Objective: To report the case of a primiparous woman who discovered advanced chronic liver disease in the third trimester of pregnancy. **Case report:** Primigesta, 20 years old, 31 weeks of gestation, seeks an obstetric emergency service reporting abdominal pain, jaundice and pruritus of recent onset. The patient was hospitalized for tests. Ursodeoxycholic acid therapy was initiated due to suspected Benign Pregnancy Cholestasys. The tests showed a chronic liver, with suspicion of chronic hepatitis without previous diagnosis. The patient progressed with improvement of pruritus, but went into premature labor by cesarean section in the 32nd week, without major immediate complications. After 5 weeks, the patient returned to the health service for consultation with a hepatologist, presenting worsening jaundice, significant elevation of enzymes, and worsening of liver function. A liver biopsy was performed, suggesting

overlap between cholestatic disease and autoimmune hepatitis. Conclusion: Although intrahepatic cholestasis of pregnancy was the diagnosis that led her to seek hospital care, the previously established liver disease aggravated maternal morbidity. Failure to diagnose liver disease early significantly impacted this patient's survival.

Keywords: Pregnancy cholestasis; High-risk pregnancy; Cirrhosis; Pregnancy complications; Autoimmune disease.

Resumen

Objetivo: Reportar el caso de una primigesta a quien se le descubrió enfermedad hepática crónica avanzada en el tercer trimestre del embarazo. Informe de caso: Primitiva de 20 años de edad, 31 semanas de gestación, acude al servicio de urgencias obstétricas quejándose de aparición reciente de dolor abdominal, ictericia y prurito. En el examen clínico, presentaba ictericia 2+/4+. El paciente fue ingresado en el hospital para realizarle pruebas. Se inició terapia con ácido ursodesoxicólico por sospecha de colestasis benigna del embarazo. Los exámenes mostraron una hepática crónica, con sospecha de hepatitis crónica sin diagnóstico previo. El prurito de la paciente mejoró, pero entró en trabajo de parto prematuro por cesárea a las 32 semanas, sin ninguna complicación inmediata importante. Luego de 5 semanas acude nuevamente al servicio de salud para consulta con hepatólogo, presentando empeoramiento de ictericia, elevación significativa de enzimas y empeoramiento de la función hepática. Se realizó una biopsia de hígado que demostró una sugerencia de superposición entre la enfermedad colestásica y la hepatitis autoinmune. Conclusión: Aunque la colestasis intrahepática del embarazo fue el diagnóstico que la llevó a buscar atención hospitalaria, la enfermedad hepática previamente establecida agravó la morbilidad materna. La falta de diagnóstico temprano de la enfermedad hepática afectó significativamente la supervivencia de este paciente.

Palabras clave: Colestasis del embarazo; Embarazo de alto riesgo; Cirrosis; Complicaciones del embarazo; Enfermedad autoinmune.

1. Introdução

O desenvolvimento de doenças hepáticas durante a gestação é uma complicação crítica e de manejo desafiador, podendo gerar repercussões tanto na mãe quanto no feto (Gastaldi, 2019). Essas patologias podem ser divididas em doenças hepáticas específicas da gravidez, como por exemplo a hiperêmese gravídica, colestase intra-hepática da gravidez, esteatose hepática aguda, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP e doenças hepáticas preexistentes ou coincidentes durante a gravidez, das quais podemos citar a hepatite autoimune, colangite biliar primária, doença de Wilson, cirrose com hipertensão portal e infecção pelos vírus causadores das hepatites (A, B, C ou E principalmente) (Felix, 2003). A presença de doença hepática na gestação pode, em muitas etiologias, ocasionar inúmeras morbidades maternas e perinatais, sendo algumas delas com consequências fatais tanto para a gestante quanto para o bebê (Garcia-Romero et al., 2019).

O objetivo do presente artigo é relatar o caso de uma primigesta, que descobriu uma doença hepática crônica no terceiro trimestre da gestação já em um estágio avançado.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa descritiva, observacional, de natureza qualitativa e do tipo específico de estudo ou relato de caso clínico (Toassi & Petry, 2021; Pereira et al, 2018).

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos e contou com registro e aprovação em comitê de ética.

3. Relato de Caso

ISSM, primigesta, 20 anos, 31 semanas de gestação, deu entrada no serviço referindo dor abdominal com início há um dia, associada a icterícia percebida há 2 meses. Negou alterações gastrointestinais ou urinárias, perdas vaginais e febre. De história pregressa, referiu uma apendicectomia na infância, alergia a dipirona, asma controlada e dermatite atópica desde os 5 anos de idade, em uso recorrente de corticoterapia ao decorrer dos anos. Ao exame clínico, apresentava icterícia 2+/4+, com uma telangiectasia em região de tronco e hiperemia palmar, além de lesões de coçadura por todo o corpo. Aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações, abdome indolor a palpação, útero gravídico, compatível com o período gestacional. Fígado não

palpável, porém o espaço de Traube apresenta-se maciço. Os exames laboratoriais que se apresentavam alterados: FA 322, GGT 78, TGO 90, TGP 55, bilirrubina total 10,3 (bilirrubina direta 8,4), VHS 76, triglicerídeos 580 e HDL 31 (Quadro 1).

Diante do quadro, foram realizados diversos exames, com a finalidade etiológica da doença hepática. Foram descartados infecções virais crônicas e as doenças de depósito. Apresentando algumas alterações que deixavam a etiologia autoimune mais provável. Os exames de imagem, como ultrassonografia de abdome e colangiressonância magnética, confirmaram as características de hepatopatia crônica, bem como puderam descartar causas de colestase obstrutiva. Tendo em vista um quadro de colestase gestacional e um risco elevado de complicações fetais, foi iniciado a terapia com o ácido ursodesoxicólico (13 mg/kg/dia) e sugerido a aceleração do parto. Após início desta terapia, paciente evoluiu com melhora significativa do prurido.

Durante toda a internação não houve indícios de sofrimento fetal, foram realizadas cardiotocografias diárias, todas classificadas em categoria 1, ultrassom obstétrico apresentando a única alteração no peso fetal 1845 (p35). No 12º dia de internação, com 32 semanas e 3 dias de gestação, entrou em trabalho de parto prematuro, sendo realizado uma cesariana, sem complicações imediatas para a mãe ou para o bebê.

Aproximadamente 30 dias após o parto, a paciente vem para sua primeira consulta em ambulatório de hepatologia. Encontrava-se com piora da icterícia. Trazendo exames de função e lesão hepática piores do que no período gestacional (quadro 1). Nesse momento, foi optado pela realização de uma biópsia hepática, onde pudemos confirmar a etiologia autoimune com sobreposição de um quadro colestatístico, iniciado, portanto, a terapia imunossupressora com corticoterapia associado ao ácido ursodesoxicólico. Ao longo dos meses de seguimento, a paciente evoluiu com melhora progressiva das enzimas hepáticas e também de sua função, permanecendo bem, sem episódios de descompensação da doença. Quando completaria um ano de seguimento, apresentou um quadro de infecção urinária grave, o qual fez com que piorasse consideravelmente sua função hepática (MELD 27), sendo referenciada para o serviço de transplante hepático. Devido a demora de encontrar um órgão compatível associada à gravidade do caso, a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica e evolui a óbito dias depois.

Quadro 1 - Resultados de exames.

	Admissão IG: 31 sem	5 Semanas Pós Parto
FA	322 U/L	463
GGT	78 U/L	127
BT	10,3 mg/dl	8,0
BD	8,4	6,1
ALT (TGP)	55 U/L	181
AST(TGO)	90 U/L	302
INR	1,06	1,04
Albumina	3,4	3,4

Fonte: Dados da Pesquisa (2025).

4. Discussão

A Cirrose Hepática (CH) é considerada a sétima maior causa de morte em adultos no mundo (Farias, 2023). Em geral é caracterizada pela desorganização da arquitetura lobular do fígado, definida histologicamente por fibrose e formação de nódulos regenerativos. A CH, independente da sua etiologia, pode ser classificada como compensada ou descompensada baseado na

presença ou não de complicações decorrentes da hipertensão portal ou da própria insuficiência hepática. O quadro da CH descompensada é composto pela presença de uma ou mais complicações, as quais podem ocorrer de forma isolada ou simultânea: ascite, hemorragia digestiva varicosa, encefalopatia hepática (EH), peritonite bacteriana espontânea (PBE) ou alterações laboratoriais progressivas. Já o quadro compensado costuma ter pouco ou nenhum sintoma, sendo os sintomas geralmente inespecíficos: anorexia, fadiga e perda de massa muscular. Podem ainda estar presentes estigmas de hepatopatia crônica, como: telangiectasias, eritema palmar, ginecomastia e atrofia testicular (Martins et al., 2016). Dentre as causas de cirrose, as doenças autoimunes do fígado são responsáveis por uma grande porcentagem das patologias hepáticas e são decorrentes da má regulação do sistema imunológico, o qual passa a reconhecer tecido normal e saudável como corpo estranho e, por meio disso, ataca células hepáticas saudáveis. Abrangem a classificação de doenças hepáticas autoimunes: hepatite autoimune (HAI), colangite biliar primária (CBP) e colangite esclerosante primária (CEP).

A cirrose hepática presente em gestantes é um risco alarmante tanto para a gestante, quanto para o feto (L. Laurine et al., 2022). As consequências de uma gestação com complicações hepáticas serão decorrentes da gravidade da doença hepática (Sreenisha et al., 2023). Ainda que a gravidez complicada devido à cirrose hepática seja rara, mulheres com cirrose apresentam aumento de resultados adversos na gravidez, como aborto espontâneo, parto prematuro, maiores taxas de cesárea e morte materna. É necessário ressaltar que, em gestantes, alguns parâmetros laboratoriais devem ser analisados de forma individual, visto que sofrem alterações fisiológicas na gestação em decorrência da hemodiluição e das alterações placentárias. No contexto hepático, ainda que a gestação afete especialmente o transporte de bile, a função hepática pode estar levemente prejudicada, porém os exames tendem a ser normais ou com ligeira alteração em comparação à população não grávida, com queda dos valores de TGO e GGT, queda da albumina e aumento da fosfatase alcalina (FA). A queda da albumina ocorre principalmente por hemodiluição, uma vez que os valores da FA aumentam de forma progressiva no terceiro trimestre e podem chegar a até três vezes o valor normal. Essa elevação se deve a produção placentária de FA e não a distúrbios hepáticos. Contudo, mulheres com disfunção hepática prévia à gestação podem ter alterações mais acentuadas no quadro clínico e laboratorial, de forma que seja necessária cautela durante as investigações patológicas hepáticas pré existentes à gravidez. Ademais, é válido destacar que a gravidez pode levar à trombocitopenia, à queda dos níveis de albumina e ao aumento da hipertensão portal, devido a um volume sanguíneo total elevado, de maneira que esse quadro pode agravar ainda mais a cirrose (Van der Slink, L. L. et al., 2022).

Em grávidas, a literatura aponta que a cirrose não altera a mortalidade materna, mas eleva o risco de morbidade, aborto espontâneo e parto prematuro, principalmente se durante a pré concepção não houve manejo e acompanhamento do quadro por especialista, e ainda se houver histórico de hemorragia digestiva, ascite, disfunção hepática progressiva ou MELD >10. Dessa forma, é necessário que a gestante faça acompanhamento em pré natal de alto risco e que seja individualizado caso a caso para manejo complementar em conjunto com a equipe de hepatologia. A paciente do presente relato teve parto prematuro com 32 semanas e 4 dias de gestação.

O diagnóstico clínico da cirrose é baseado em sintomas como náuseas, vômitos, perda de peso, constipação, fadiga, hepatomegalia, icterícia, varizes em região abdominal, colúria, queda de cabelo, ascite, edema principalmente em membros inferiores, entre outros. Em casos mais avançados pode ocorrer a encefalopatia hepática. No entanto, durante muito tempo a doença pode evoluir de maneira silenciosa, sem causar sintomas. Em grávidas, a causa mais comum de cirrose não está relacionada à gestação em si, mas sim à infecção pelo vírus da hepatite C, condição prévia à gestação (Tan et al., 2024).

As hipóteses diagnósticas da nossa paciente incluíram doenças hepáticas não específicas da gestação como as doenças autoimunes e genéticas do fígado: hepatite autoimune, colangite biliar primária (CBP), síndrome de superposição de hepatite autoimune com CBP de pequenos ductos e colestase intra-hepática familiar progressiva do tipo 3. Não foi possível identificar a causa base da cirrose antes do desfecho da paciente em questão.

5. Conclusão

Embora a colestase intra-hepática da gravidez tenha sido o diagnóstico o qual levou a paciente em questão a procurar o serviço hospitalar, a cirrose previamente instaurada, fruto de uma doença não específica da gestação, foi o que levou à prematuridade e à morbidade da paciente, principalmente devido a falta de acompanhamento com especialista antes da gravidez. Não foi possível concluir qual foi a causa base da cirrose materna, porém o caso demonstrou a evolução e os efeitos gestacionais e pós gestacionais da cirrose descompensada, evidenciando que a falta de tratamento precoce levou a desfechos desfavoráveis para a paciente, apesar do desfecho positivo para o recém nascido, o qual de acordo com relatos permaneceu bem no período pós parto. Por fim, a literatura carece de estudos que discutem o manejo e os efeitos maternos e fetais da cirrose peri e pós gravidez. A reflexão gerada com a análise do presente relato e de revisões literárias sobre o tema se mostram relevantes para aprimorar o manejo de pacientes gestantes com cirrose ou doença hepática auto imune, a fim de reduzir riscos e complicações materno-fetais.

Referências

- ALF. (2025). Doenças do fígado. American Liver Foundation (ALF). <https://liverfoundation.org/pt/doen%C3%A7as-do-f%C3%ADgado/>.
- Cecil, R. S. (s.d.). Cecil Clínica Médica - Medicina Interna. (23. ed.). Capítulo 157: Cirrose e suas complicações, p. 1312.
- CLÍNICA MÉDICA USP. (2016). Clínica Médica USP. Volume 3, capítulo 26: Cirrose hepática, p. 369. Ed. Manole. <https://www.meulivro.biz/livros-em-serie/clinica-medica-fmusp-manole/3255/clinica-medica-vol-3-fmusp-2-ed-pdf/>
- CONITEC. (2019). Colangite biliar Primária. Portaria conjunta SCTIE/SAES/MS nº 11 de 09 de setembro de 2019 https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/pcdt_resumido_colangitebiliar.pdf.
- CONITEC. (2018). Protocolo de Hepatite Autoimune. Portaria conjunta SAES/SCTIE/MS nº 14, de 9 de maio de 2018 https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/PCDT_Resumido_Hepatite_Autoimune_final.pdf.
- Felix, J. (2003). Alterações hepáticas na gravidez. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1256/1/Julieta%20Felix-%20alterac%C2%A6%C2%BAo%C2%A6%C3%A2es%20hepa%C2%A6%C3%BCticas%20na%20gra%C2%A6%C3%BCvida.pdf>. <http://hdl.handle.net/10400.10/1256>.
- Garcia-Romero, C. S. et al. (2019). Liver disease in pregnancy: Medical aspects and their implications for mother and child. *Annals of Hepatology*. 18 (4). 553-62. <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2019.04.009>.
- Gastaldi, P. (2019). Liver diseases during pregnancy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30947881/>.
- Clin Liver Dis. 23 (2): 345-61. doi: 10.1016/j.cld.2018.12.013. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665268119300675?via%3Dihub>.
- JORNAL USP. (2023). Cirrose é colocada como a sétima maior causa de morte em adultos no mundo. <https://jornal.usp.br/atualidades/cirrose-e-colocada-como-a-setima-maior-causa-de-morte-em-adultos-no-mundo/>.
- Lee, T. H. (2024). Colangite Biliar Primária. MSD MANUALS. <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-hep%C3%A1ticos-e-biliares/fibrose-e-cirrose/colangite-biliar-prim%C3%A1ria-cbp>.
- Muñoz, J. L. (2024). Fisiologia da gestação. MSD MANUALS. https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/abordagem-%C3%A0-gestante-e-cuidados-pr%C3%A9-natais/fisiologia-da-gesta%C3%A7%C3%A3o#Sinais-e-sintomas_v1071229_pt.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Sreenisha S. S.; Bako, A.; Yagoub, S. A. & Din, F. M. (2023) A case report of a pregnant woman with compensated liver cirrhosis and pancytopenia. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ccr3.7500>.
- SBH. (2010a) Colestase Familiar. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/pdf/19.pdf>.
- SBH. (2010b). Manual de Hepatopatia. <https://sbhepatologia.org.br/pdf/22.pdf>.
- SBH. (2004). Manual de Hepatopatia Grave. https://www.sbhepatologia.org.br/pdf/manual_hepatopatia_grave.pdf.
- Tan et al. (2024). BMC Pregnancy and Childbirth. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-024-06341-1>.
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da Saúde. (2ed.). Editora da UFRGS.
- Van der Slink, L. L. et al. (2022). Pregnancy in women with liver cirrhosis is associated with increased risk for complications: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Bjog An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17156>. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.17156>.