

Doenças Hepáticas Específicas da Gestação

As doenças hepáticas na gestação compreendem tanto doenças hepáticas específicas gestacionais e desordens hepáticas agudas ou crônicas que ocorrem de forma coincidente com a gestação.

As doenças hepáticas específicas gestacionais afetam 3% das gestantes e incluem:

- Pré-eclâmpsia e síndrome HELLP (hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia);
- Hiperêmese gravídica (HG);
- Colestase intra-hepática da gravidez (CIHG);
- Esteatose hepática aguda da gravidez (EHAG).

Estas desordens requerem imediata investigação e manejo com o objetivo de reduzir morbimortalidade materna e fetal, de forma que a identificação do tempo gestacional (semanas/trimestre) é fundamental para guiar o raciocínio clínico.

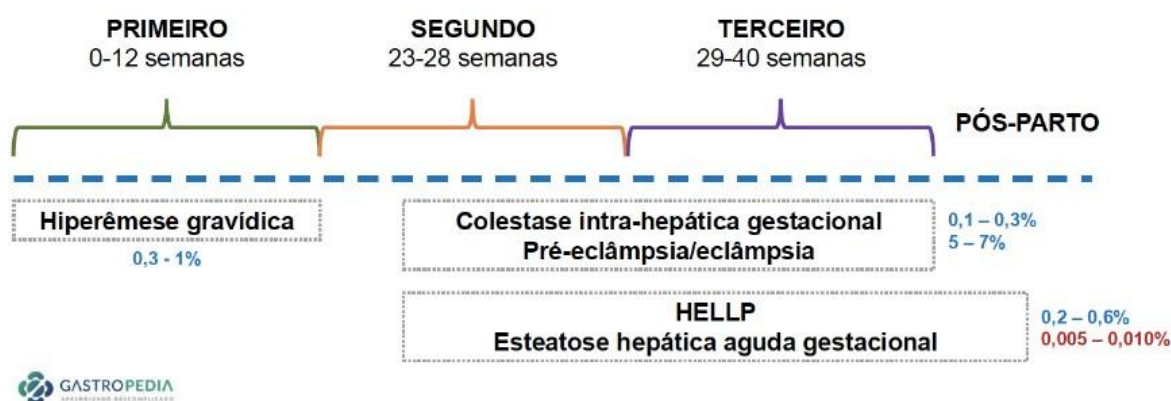


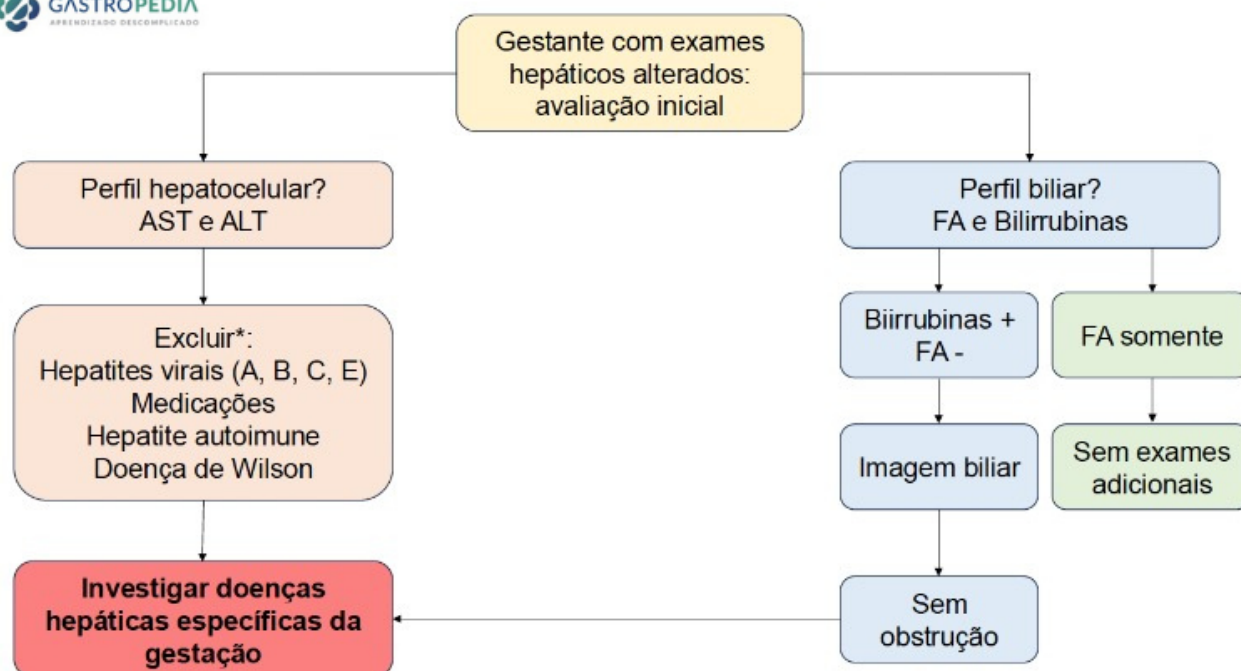
Figura 1. Doenças hepáticas gestacionais de acordo com o período gestacional (trimestre).

Na história clínica, sempre questionar sobre gestações

prévias, comportamentos de alto risco, medicações, suplementos e ervas/chás.

Na avaliação das doenças hepáticas na gestação, é necessário estar atento às **mudanças fisiológicas e hormonais da gravidez**:

- Circulação hiperdinâmica, com aumento do débito cardíaco e do volume plasmático circulante;
- Redução da resistência vascular periférica;
- Hiperestrogenismo, podendo manifestar eritema palmar e nevos/aranhas vasculares;
- Laboratorialmente:
 - AST, ALT, GGT, Bilirrubinas, Protrombina/INR $\square$ inalterados
 - Hemoglobina, Albumina $\square$ reduzidas
 - Fosfatase alcalina, Alfafetoproteína $\square$ aumentadas



**Testes incluem hepatites virais (anti-VHA IgM, anti-HCV, HbsAg, anti-HBc, anti-HEV IgM, Epstein-Barr vírus, citomegalovírus e herpes vírus), FAN, anti-músculo liso, IgG, ceruloplasmina; screening de álcool e drogas, incluindo*

paracetamol; anticorpos para doença celíaca; ultrassonografia de abdome com doppler colorido hepático

Figura 2. Fluxograma de investigação inicial de alteração de exames hepáticos na gestação.

Hiperêmese gravídica

- Incomum (0,3-2% das gestações)
- Náuseas e vômitos com perda de 5% ou mais do peso pré-gestacional, desidratação e cetose
- 1º trimestre e tipicamente resolve até a 20ª semana
- Fatores de risco: gestação molar, múltiplas gestações, doença trofoblástica, HG prévia e anormalidades fetais (trissomia 21, triploidia e hidropsia fetal)
- Laboratorialmente:
 - Elevação discreta de AST e ALT, porém raramente até 20x limite superior da normalidade (LSN) – 50 a 60% das gestantes hospitalizadas
- Riscos ao feto (baixo peso ao nascer, pequeno para a idade gestacional, pré-termo, menor Apgar), porém, prognóstico favorável
- Prognóstico materno:
- Manejo
 - Suporte ambulatorial ou sob regime de internação para sintomáticos (antieméticos), reidratação e correção de distúrbios hidroeletrólíticos
 - Raramente pode-se necessitar de terapia nutricional enteral ou parenteral

Coletase

intra-hepática

gestacional

- 0,3-5,6% das gestações → doença hepática gestacional mais frequente
- Prurido com predomínio na região palmar/plantar, elevação de transaminases e ácidos biliares; icterícia (25%).
- Fatores de risco: idade materna avançada, história de colestase 2ª à anticoncepcionais orais, e história pessoal ou familiar de CIHG
- Laboratorialmente:
 - Elevação de AST e ALT
 - Diagnóstico de CIHG → nível de ácidos biliares $\geq 10 \mu\text{mol/L}$ (valor de referência, normal < 10 em jejum)
- Ácido biliares maternos podem atravessar a placenta → acúmulo no feto e líquido amniótico → maior risco de morte intrauterina, parto prematuro, mecônio e síndrome do desconforto respiratório neonatal
- Prognóstico materno: excelente
- Manejo:
 - Terapia de 1ª linha: ácido ursodesoxicólico 10-15mg/kg do peso materno, visando melhora dos sintomas maternos e laboratoriais
 - Parto até 37 semana é recomendado

Doenças hipertensivas da gestação: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HELLP

- **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (8%)** → até 20% desenvolvem síndrome HELLP

- Dor de cabeça, visão embaçada, dor abdominal, náuseas/vômitos e/ou edema
- Critérios de Pré-eclâmpsia: hipertensão de início recente ($\geq 140 \times 90$ mmHg) e proteinúria (≥ 300 mg/24h ou $\geq 1+$ proteína) após 20 semanas de gestação
- Pode cursar com envolvimento de múltiplos órgãos maternos:
 - Circulação: hipertensão, remodelamento cardíaco
 - Renal: proteinúria e injúria renal aguda
 - Sistema Nervoso central: dor de cabeça, hiperreflexia, distúrbios visuais, eclampsia
 - Fígado: dor no quadro superior direito, HELLP, hematoma subcapsular, infarto hepático ou ruptura
 - Hematológico: HELLP
- **Eclâmpsia:** envolvimento neurológico com convulsões □ sulfato de magnésio (prevenção)
- **HELLP:** anemia hemolítica, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia
 - Hipoperfusão placentária □ liberação de citocinas, ativação da cascata de coagulação □ microangiopatia, disfunção e dano endotelial
 - Microangiopatia hemolítica □ anemia normocítica, elevação de LDH e bilirrubina, redução de haptoglobina
 - Agregação e aglutinação plaquetária □ redução de plaquetas
 - Microtrombos na circulação hepática □ dano hepatocitário □ elevação de enzimas hepáticas
 - Prognóstico materno: mortalidade 1-3%; insuficiência hepática 4,5%
- Manejo:

- Corticoide □ gestação <34 semanas (maturação pulmonar)
- Sulfato de magnésio
- Controle pressórico
- Parto = tratamento curativo □ antecipar para 36-37 semanas, individualizar

Esteatose hepática aguda da gravidez

- Raro □ 25% podem ocorrer no pós-parto
- Desde sintomas inespecíficos (náuseas, vômitos e dor abdominal) até insuficiência hepática aguda (coagulopatia, encefalopatia, ascite)
 - Quadro pode se sobrepor em variáveis clínicas e bioquímicas com pré-eclâmpsia e HELLP
- Fatores de risco: gravidez múltipla e baixo índice de massa corporal
- Etiologia não é clara, porém, há influência de anormalidades na oxidação de ácidos graxos, em especial, da deficiência de ácidos graxos de cadeia longa (*long-chain fatty acid deficiency – LCHAD*)
 - Feto homozigoto e mãe heterozigota para *LCHAD* □ redução materna da capacidade de oxidar ácidos graxos
 - aumento da lipólise, em especial, no 3º trimestre, além de redução da beta-oxidação de ácidos graxos de cadeia longa □ acúmulo dos metabólitos hepatotóxicos 3-hidroxiacil-coenzima A de cadeia longa desidrogenase produzidos pelo feto ou placenta na circulação materna e fígado (esteatose microvesicular)

- Laboratorialmente:
 - Elevação de AST e ALT
 - Aumento de bilirrubinas
 - Injúria renal
- Diagnóstico □ Critérios de Swansea (Tabela 1)
- Manejo:
 - Parto imediato
 - Correspondência de risco de mortalidade fetal com MELD-score □ MELD >30 = maior taxa de complicações
 - Avaliar necessidade de transplante hepático (raro)
 - Aconselhamento genético para recém-nascido (RN) – *screening LCHAD*

Critérios de Swansea para esteatose hepática aguda gestacional

<i>Diagnóstico: presença de 6 ou mais critérios na ausência de outras causas</i>
Vômitos
Dor abdominal
Polidipsia/poliúria
Encefalopatia
Aumento de bilirrubinas >0,8mg/dL
Hipoglicemia <72mg/dL
Aumento de ácido úrico >5,7mg/dL
Leucocitose >11.000 células/uL
Aumento de transaminases (AST ou ALT) >42UI/L
Aumento da amônia >47µmol/L
Injúria renal; creatinina >1,7mg/dL

Coagulopatia; tempo de protrombina >14 segundos
Ascite ou fígado ecogênico na ultrassonografia
Esteatose microvesicular na biópsia hepática

Tabela 1. Critérios de Swansea para esteatose hepática aguda gestacional

Informações-chave sobre as Doenças hepáticas gestacionais

Doença	Trimestre (semanas)	Quadro clínico possível	Avaliação Inicial	Manejo
HG	1º (0-12)	– Náuseas e vômitos persistentes – Perda de peso >5% do peso pré-gestacional – Elevação ALT 2-5xLSN	– Avaliação de elevação de ALT (Figura 2) – Afastar risco de obstrução intestinal – EDA em casos selecionados	– Hidratação – Correção DHE – Antieméticos – Dieta enteral/parenteral em casos selecionados
CIHG	2º ou 3º (13-28/29-40)	– Prurido generalizado (pode predominar em região palmar e plantar) – Icterícia (raro) – Elevação de ALT 1,5-8xLSN – GGT normal – Elevação de ácidos biliares	– Avaliação de elevação de ALT (Figura 2) – Excluir doenças biliares	– Monitorar ácidos biliares ° $\geq 10\mu\text{mol/L}$ = CIHG ° $\geq 40\mu\text{mol/L}$ = maior risco fetal – Considerar AUDC 10-15mg/kg – Manejo do prurido – Considerar antecipação do parto (até 37 semanas) □ risco de óbito fetal (1-2%)

Doença	Trimestre (semanas)	Quadro clínico possível	Avaliação Inicial	Manejo
EHAG	3º ou pós-parto (dias)	– Sintomas inespecíficos (náuseas, vômitos, anorexia) – Podem ocorrer sinais e sintomas de IAH (ascite, encefalopatia, coagulopatia) – Elevação de ALT 3-15xLSN – Elevação de bilirrubinas 4-15xLSN – Podem ocorrer: ° Injúria renal ° Hipoglicemia ° Hiperuricemia	– Avaliação de elevação de ALT (Figura 2) – Se sinais de insuficiência hepática aguda, considerar: ° Hepatites virais, incluindo herpes ° <i>Drug-induced liver injury</i> ° Hepatite autoimune ° Doença de Wilson – Vascular/isquemia – Critérios de Swansea (Tabela 1)	– Parto imediato – <i>Materno:</i> – Monitorar e tratar complicações hepáticas: encefalopatia, ascite, injúria renal – Considerar transferência para serviço/transplante de fígado – Vigiar quadro clínico/piora no pós-parto – <i>RN:</i> – Monitorização para manifestações de deficiência de 3-hidroxiacil-coenzima A de cadeia longa desidrogenase (hipoglicemia e esteatose hepática)
Pré-eclâmpsia/HELLP	>20 semanas/ >22 semanas	– Dor de cabeça, alteração visual – Dor abdominal – Hipertensão – Elevação de ALT 2-30xLSN – Elevação de bilirrubinas 1,5-10xLSN – Podem ocorrer: ° Proteinúria ° Plaquetopenia ° Injúria renal ° Aumento LDH	– Avaliação de elevação de ALT (Figura 2), plaquetas baixas – Exclusão de doenças hepáticas crônicas e outras causas de insuficiência hepática – Imagem abdominal para avaliar a vascularização e sinais de hipertensão portal	– Monitorar complicações (infarto ou hematoma hepático) – Após 36 semanas, considerar antecipação do parto – <i>HELLP:</i> ° Considerar parto após 34 semanas ° Transfusão de plaquetas para 40-50.000 células antes do parto ° Considerar transplante hepático em casos graves

AUDC, ácido ursodesoxicólico; DHE, distúrbio hidroeletrolítico; EDA, endoscopia digestiva alta; HG, hiperêmese gravídica; CIHG, colestase intra-hepática gestacional; EHAG, esteatose hepática aguda gestacional; HELLP, *Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low platelet count*

syndrome; IAH, insuficiência hepática aguda; LSN, limite superior da normalidade

Tabela 2. Informações-chave sobre as Doenças hepáticas gestacionais

Referências

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy. *J Hepatol.* 2023 Sep;79(3):768-828. doi: 10.1016/j.jhep.2023.03.006. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37394016
2. Sarkar M, Brady CW, Fleckenstein J, Forde KA, Khungar V, Molleston JP, Afshar Y, Terrault NA. Reproductive Health and Liver Disease: Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2021 Jan;73(1):318-365. doi: 10.1002/hep.31559. Epub 2021 Jan 3. PMID: 32946672
3. Terrault NA, Williamson C. Pregnancy-Associated Liver Diseases. *Gastroenterology.* 2022 Jul;163(1):97-117.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2022.01.060. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35276220
4. Tran, Tram T MD, FACP, FAASLD¹; Ahn, Joseph MD, MS, FACP²; Reau, Nancy S MD, FAASLD, FAGA³. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. *American Journal of Gastroenterology* 111(2):p 176-194, February 2016. | DOI: 10.1038/ajg.2015.430
5. <https://www.aasld.org/liver-fellow-network/core-series/clinical-pearls/pregnancy-pruritus-and-pain-oh-my-case-based>
6. <https://www.aasld.org/liver-fellow-network/core-series/clinical-pearls/it-takes-two-liver-diseases-pregnancy>

Como citar este artigo

Oti KST, Doenças Hepáticas Específicas da Gestação Gastropedia 2025, Vol. 1. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/doencas-hepaticas-especificas-da-gestacao/>