

É possível mudar o prognóstico da DHGA (hemocromatose neonatal)?

CAROLINE KRAUSE¹; RENATA GONÇALVES ROCHA²; TATIANA DIAS MARCONI MONTEIRO³; CAROLINA HELENA PUHL⁴; ANDRÉA MAIA MONTEIRO PILLE⁵.

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina. K.carolkrause@gmail.com

² Ambulatório de Gastroenterologia da Prefeitura Municipal de São José. renata.goncalves.rocha@gmail.com

³ Viver Clínica Médica. tatidmarconi@yahoo.com.br

⁴ Clínica e Maternidade Santa Helena. cpuhl@hotmail.com

⁵ Clínica Santa Helena. andreampp@terra.com.br



INTRODUÇÃO:

A doença hepática gestacional aloimune (DHGA) tem incidência de 4 em 100.000 nascidos vivos, sendo a principal causa de insuficiência hepática neonatal. Por ter recidiva maior que 90%, indica-se prevenção em futuras gestações com imunoglobulina endovenosa (IGEIV).

DESCRIÇÃO DO CASO:

H.A.B., 40 anos, gesta 4 cesárea 3 aborto 1. Primeira gestação resultou em aborto e segunda foi bem sucedida com criança hígida. A terceira evoluiu com oligodramnia severa, com necessidade de interrupção com 32 semanas e consequente internação do recém-nascido em UTI neonatal devido à prematuridade. Com 15 dias de vida, recém-nascido evoluiu com insuficiência hepática, sendo encaminhado para serviço de referência em hepatologia pediátrica. Confirmou-se diagnóstico de hemocromatose neonatal por DHGA e evoluiu a óbito com 5 meses de vida por intercorrências sucessivas. Família optou por nova gestação, ciente do risco de recorrência da doença. H.A.B. recebeu tratamento com IGEIV 1 g/kg/dose com 14 e 16 semanas de gestação e semanalmente a partir das 18 semanas, até completar 35 semanas. Recebeu, também, anticoagulante profilático nos dias próximos das infusões de IGEIV. Apresentou anemia secundária a IGEIV e ferropenia, controlada com suplementação de ferro VO. Com 39 semanas de gestação, nasceu uma criança saudável, com laboratório normal de INR, glicemia, ferritina sérica, alfafetoproteína e transaminases e sem sinais de hepatomegalia ou colestase.

DISCUSSÃO:

Nos últimos 6 anos, os conhecimentos sobre a DHGA aumentaram. Hoje, faz-se diagnóstico apenas com identificação da doença em recém-nascido de gestação anterior afetada e a melhor opção de tratamento é com IGEIV na gestação seguinte. Há, também, possibilidade de tratar recém-nascido adoecido com exsanguinotransfusão ou transplante hepático, porém resultados não mostraram-se tão eficazes.

CONCLUSÃO:

Apesar da baixa incidência, o risco de recidiva de DHGA em gestantes com história prévia da doença é alto. Assim, diagnosticar a patologia em gestação pregressa, permitindo tratamento em gestações posteriores, evidencia melhores resultados, como no caso descrito.

REFERÊNCIAS:

- Henriques MN. Doença Hepática Gestacional Aloimune: A propósito de um caso clínico [dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Lisboa; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43285>
- Whittington PF, Kelly S, Taylor SA, Nóbrega S, Schreiber RA, Sokal EM, et al. Antenatal Treatment with Intravenous Immunoglobulin to Prevent Gestational Alloimmune Liver Disease: Comparative Effectiveness of 14-Week versus 18-Week Initiation. *Fetal Diagn Ther.* 2018;43(3):218-225. doi: 10.1159/000477616. Epub 2017 Aug 5. PMID: 28787718. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28787718/>
- Feldman AG, Whittington PF. Neonatal Hemochromatosis. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology.* 2013 Dez;3(4):313-320. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC394021/>