

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI EM ADOLESCENTE COM MÚLTIPLAS ENDOCRINOPATIAS: RELATO DE CASO DE URGÊNCIA HEPATOLÓGICA

**Giovanna Camille Mendes Pontes Chaves, Júlia Avelino Mesquita Silva, Maria Heloísa
Rodrigues Andrade Fonseca de Sena, Pedro Mendes da Silva Neto**

Universidade Católica de Pernambuco, Universidade Católica de Pernambuco, Universidade
Católica de Pernambuco, Centro Universitário Facisa

RESUMO:

A Síndrome de Budd-Chiari corresponde à obstrução do efluxo venoso hepático, condição incomum que pode evoluir para hipertensão portal e insuficiência hepática aguda. Relata-se o caso de adolescente do sexo masculino, 17 anos, portador de diabetes mellitus tipo 1, hipotireoidismo e hipogonadismo sem adesão terapêutica, admitido com vômitos persistentes, icterícia e ascite volumosa. Exames de imagem evidenciaram alterações compatíveis com trombose venosa hepática. Foi instituída anticoagulação plena, controle metabólico rigoroso e medidas para manejo da ascite. O caso evidencia a relevância da suspeição diagnóstica precoce em pacientes jovens com comorbidades sistêmicas e possível predisposição trombótica, ressaltando a importância da abordagem integrada no contexto da emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Trombose venosa hepática. Endocrinopatias. Hipertensão portal.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências hepáticas e gastrointestinais.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Budd-Chiari é definida pela obstrução parcial ou completa do fluxo venoso hepático, geralmente decorrente de trombose das veias hepáticas ou da veia cava inferior. Trata-se de condição rara, associada principalmente a estados de hipercoagulabilidade adquiridos ou hereditários. A interrupção do efluxo venoso provoca congestão sinusoidal, aumento da pressão portal e progressiva disfunção hepatocelular. As manifestações clínicas variam de formas subclínicas até insuficiência hepática aguda, podendo configurar quadro de alta gravidade no serviço de emergência.

OBJETIVOS

Descrever caso de descompensação hepática grave secundária à Síndrome de Budd-Chiari em adolescente com múltiplas endocrinopatias não tratadas, enfatizando aspectos diagnósticos, terapêuticos e implicações no contexto da medicina de emergência.

METODOLOGIA

Relato de caso descritivo, elaborado a partir da análise retrospectiva de dados clínicos, laboratoriais e exames de imagem obtidos em prontuário hospitalar, com preservação do anonimato do paciente e observância dos princípios éticos aplicáveis a estudos descritivos.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 17 anos, com diagnóstico prévio de diabetes mellitus tipo 1, hipotireoidismo e hipogonadismo, sem seguimento médico regular e sem uso adequado de terapias hormonais, foi admitido em pronto atendimento com história de vômitos incoercíveis há aproximadamente um mês, associados a descontrole glicêmico.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, icterico, com ascite volumosa, anasarca e sinais de atraso puberal significativo, compatíveis com endocrinopatias crônicas não compensadas. Ressonância magnética abdominal demonstrou ascite em grande volume, derrame pleural bilateral e alterações estruturais hepáticas com remodelamento, compatíveis com Síndrome de Budd-Chiari.

Foi realizada internação hospitalar, com início de anticoagulação plena após exclusão de contraindicações, além de restrição de sódio, uso de diuréticos e suporte clínico. Procedeu-se ajuste intensivo da insulinoterapia e reintrodução gradual de levotiroxina. O paciente passou a ser acompanhado por equipe multidisciplinar envolvendo clínica médica, hepatologia e endocrinologia.

DISCUSSÃO

A fisiopatologia da Síndrome de Budd-Chiari envolve aumento da pressão sinusoidal secundário à obstrução venosa, resultando em congestão hepática, hipóxia celular e eventual fibrose. A literatura descreve associação frequente com distúrbios mieloproliferativos e estados pró-trombóticos, embora fatores metabólicos e hormonais possam contribuir indiretamente para desregulação hemostática.

No caso apresentado, a coexistência de diabetes descompensado e disfunções hormonais crônicas pode ter favorecido ambiente metabólico inflamatório e potencial risco trombótico. A apresentação com ascite

volumosa e sinais de insuficiência hepática reforça a importância da investigação etiológica precoce em pacientes jovens com quadro hepático agudo.

A anticoagulação representa o pilar inicial do tratamento, visando evitar progressão da trombose. Em situações refratárias, podem ser indicadas intervenções como angioplastia, shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) ou transplante hepático, conforme gravidade e resposta terapêutica.

RESULTADOS

Após instituição do tratamento clínico, observou-se estabilização progressiva do quadro geral, com melhora parcial dos parâmetros laboratoriais hepáticos e controle da ascite. O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial especializado para monitorização evolutiva e definição de necessidade de intervenções adicionais.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Budd-Chiari deve ser considerada no diagnóstico diferencial de descompensação hepática em pacientes jovens, especialmente na presença de comorbidades sistêmicas e possível predisposição trombótica. O reconhecimento precoce no ambiente de emergência e a condução multidisciplinar adequada são determinantes para melhor prognóstico e redução de complicações.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

VALLA, Dominique C. Primary Budd-Chiari syndrome. *Journal of Hepatology*, Amsterdam, v. 50, n. 1, p. 195–203, 2009.

DARWISH MURAD, S. et al. Determinants of survival and the effect of portosystemic shunting in patients with Budd-Chiari syndrome. *Hepatology*, Hoboken, v. 39, n. 2, p. 500–508, 2004.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines: Vascular diseases of the liver. *Journal of Hepatology*, Amsterdam, v. 64, n. 1, p. 179–202, 2016.

PLAUTZ, Geoffrey E.; GARDNER, Timothy B. Budd-Chiari syndrome: current management strategies. *Clinical Liver Disease*, Hoboken, v. 21, n. 3, p. 565–581, 2017.

DELEVE, Laurie D.; VALLA, Dominique C.; GARCIA-TSAO, Guadalupe. Vascular disorders of the liver. *Hepatology*, Hoboken, v. 49, n. 5, p. 1729–1764, 2009.