

DISFUNÇÃO DO ESFINCTER DE ODDI SECUNDÁRIA A CODEÍNA

Pereira F¹; Azevedo R¹; Linhares M¹; Pinto J¹; Ribeiro H¹; Leitão C¹; Caldeira A¹;
Tristan J¹; Pereira E¹; Sousa R¹; Banhudo A¹
1- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

CASO CLÍNICO

Mulher de 74 anos, leucodérmica

História médica pregressa: colecistectomia laparoscópica há 7 anos, hipertensão arterial essencial, diabetes mellitus tipo 2
Medicação habitual: metformina 1000mg, captopril 12,5mg

A doente recorreu ao serviço de urgência por quadro súbito de **epigastralgia intensa** com irradiação dorsal **que se iniciou uma hora após toma de Codipront® (codeína 30mg + feniltoloxamina 10 mg)**, prescrito por queixas de tosse seca.

Tinha também já apresentado quadro semelhante de epigastralgia 6 anos antes após toma de Dol-u-ron Forte® (codeína 30mg + paracetamol 500mg), apresentando analiticamente elevação de transaminases hepáticas (AST 156 U/L, ALT 240 U/L, GGT 114 U/L, Fosfatase Alcalina 197 U/L); na altura o quadro aliviou com medicação sintomática.

O exame objetivo não revelou alterações.

- **ECG**: sem alterações
- **Ecografia abdominal**: status pós-colecistectomia; fígado sem alterações; via biliar principal não dilatada.
- **Ultrassonografia transendoscópica**: confirmou via biliar principal de calibre normal, sem litíase no seu interior e sem sinais de patologia da papila.

Analiticamente:

- **Acentuado aumento das transaminases hepáticas: AST 2149 U/L, ALT 1638 U/L**
- **Fosfatase alcalina 175 U/L, GGT 161 U/L, LDH 6530 U/L**
- Bilirrubina total e amilase normais; **lipase 481 U/L**
- Hemograma: anemia normocítica normocrômica (Hg 11,5g/dL)
- Coagulação, função renal e ionograma sem alterações
- Enzimologia cardíaca sem alterações
- Serologias VHA, VHB, VHC, VIH negativas
- Estudo de auto-imunidade negativo

Durante o internamento, verificou-se melhoria progressiva da dor com medicação sintomática e fluidoterapia, e diminuição acentuada das transaminases hepáticas.

Dada a existência de uma relação temporal entre a toma do fármaco e o início dos sintomas, assumiu-se um quadro de disfunção do esfíncter de Oddi secundária a toma de codeína.

A doente teve alta com indicação para evicção de opiáceos e, após um ano de seguimento, manteve-se assintomática e com resolução das alterações analíticas.

CONCLUSÕES

- ✓ A codeína é um opióide ligeiro agonista do receptor mu, com propriedades analgésicas e anti-tússicas.
- ✓ Em Portugal, a codeína está disponível isoladamente ou em combinação com a feniltoloxamina para tratamento de tosse persistente irritativa. Existe também uma formulação combinada de codeína e paracetamol utilizada no controlo da dor.
- ✓ **A ingestão de opióides, nomeadamente a codeína, pode estar associada a disfunção do esfíncter de Oddi em doentes colecistectomizados.** Em casos graves, pode causar pancreatite aguda.
- ✓ O mecanismo fisiopatológico subjacente pode relacionar-se com o aumento da contração e tonicidade do esfíncter de Oddi pelo fármaco, que leva à indução de espasmos e ao aumento da pressão intra-biliar na ausência do efeito reservatório da vesícula.
- ✓ Na presença de uma estreita relação temporal entre a toma de opiáceos (nomeadamente codeína) e o início de queixas bilio-pancreáticas, é importante considerar a toxicidade como factor causal.
- ✓ A orientação do doente deve incluir a evicção de opiáceos se possível, antes de ponderar outros tratamentos médicos ou a esfínterectomia endoscópica.

REFERÊNCIAS

- Hastier P et al. A New Source of Drug-Induced Acute Pancreatitis: Codeine. *American Journal of Gastroenterology* volume 95, pages3295–3298 (2000).
- Afghani E et al. Sphincter of Oddi Function and Risk Factors for Dysfunction. *Front. Nutr.* (2017) 4:1.
- Camilleri M et al. Opioids in Gastroenterology: Treating Adverse Effects and Creating Therapeutic Benefits. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* (2017) 15:1338–1349