

Trombose Venosa Mesentérica em paciente com apendicite aguda

Mesenteric venous thrombosis in a patient with acute appendicitis

Bassani, Eduardo. Iglesias, Gabriela A. Souza, Matheus A.R. Funes, Hamilton. Funes, Fernanda.

Serviço de cirurgia Hospital Ielar (FACERES) – São José do Rio Preto – SP

Resumo

Introdução: A trombose venosa mesentérica (TVM) é de acometimento multifatorial, rara nos serviços médicos, podendo cursar com um prognóstico muito ruim em 20% dos casos diagnosticados. As manifestações clínicas da TVM podem ser divididas em aguda, subaguda e crônica (podendo permanecer assintomática). O difícil diagnóstico dessa entidade pode levar a desfechos com alta mortalidade^{1,2}.

Caso clínico: Este artigo relata um caso de trombose venosa mesentérica em uma paciente de 14 anos de idade, do sexo feminino, sem histórico prévio digno de registro, desencadeado por um processo inflamatório intestinal. Foi necessária a realização de laparotomia exploratória e anticoagulação.

Conclusões: A detecção precoce da trombose venosa mesentérica é a parte mais importante para um sucesso no tratamento. A ampla sintomatologia e os achados de exames laboratoriais inespecíficos dificultam o diagnóstico. A escolha do método terapêutico é crucial para o desfecho e prognóstico do paciente^{1,2,3,4,5,6,7}.

Palavras Chave: Trombose venosa mesentérica, Apendicite, Isquemia

Abstract

Introduction: Mesenteric venous thrombosis (MVT) is multifactorial, rare in medical services, and may present itself in very severe prognosis within 20% of diagnosed cases. The clinical manifestations of MVT may be divided into acute, subacute and chronic (and may remain asymptomatic). The difficult diagnosis of this entity can lead to outcomes with high mortality^{1,2}.

CASE REPORT: This article reports a case of mesenteric venous thrombosis in a 14-year-old female patient, with no prior record-setting history, triggered by an inflammatory bowel process. Exploratory laparotomy and anticoagulation were required.

Conclusions: Early detection of mesenteric venous thrombosis is the most important part of successful treatment. The wide symptomatology and the findings of nonspecific laboratory tests make diagnosis difficult. The choice of therapeutic method is crucial for the patient's outcome and prognosis^{1,2,3,4,5,6,7}.

Key words: Mesenteric Venous Thrombosis, Appendicitis, Ischemia

Introdução

A trombose venosa mesentérica (TVM) é de acometimento multifatorial, rara nos serviços médicos, podendo cursar com um prognóstico muito ruim em 20% dos casos diagnosticados^{1,2}.

Representa de 5 a 15% das isquemias mesentéricas, afetando em 95% dos casos a veia mesentérica superior^{1,2}.

Os fatores etiológicos podem ser divididos em primários (de origem idiopática) e secundários, em que condições clínicas favorecem seu desenvolvimento. São exemplos de causas secundárias: hipertensão portal, cirrose hepática, doença inflamatória intestinal, estados de hipercoagulabilidade, cirurgia abdominal, traumatismo, associação de fatores, entre outros^{1,2,3}.

Em sua fisiopatologia, tem-se envolvimento da tríade de Virchow – estase sanguínea, lesão endotelial e hipercoagulabilidade – o que leva a congestão da parede intestinal, edema, hemorragia intramural, necrose hemorrágica causando manifestações clínicas de peritonite^{1,2,5}.

As manifestações clínicas da TVM podem ser divididas em aguda (sintomatologia inicial abrupta), subaguda (quadros que se arrastam por dias a semanas, sem enfarte intestinal) e crônica (podendo permanecer assintomática). Sua sintomatologia clínica típica envolve desconforto abdominal progressivo e difuso, distensão abdominal e sintomas gastrointestinais inespecíficos^{1,2,7}.

O difícil diagnóstico dessa entidade pode levar a desfechos com alta mortalidade^{6,7}.

Caso clínico

Paciente de 14 anos, sexo feminino, sem antecedentes patológicos dignos de registro, obesa, vem ao serviço de cirurgia do hospital IELAR – São José do Rio Preto – SP, apresentando dor em fossa ilíaca direita há 5 dias, associado a vômitos e diarreia. Ao exame físico estava em regular estado geral (REG), descorada 2+(4+), eupneica, hidratada, anictérica, acianótica e afebril. ABDOME: globoso, normotenso, doloroso à palpação profunda de FID, descompressão brusca negativa, ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, sem presença de massas palpáveis e/ou visceromegalias.

No serviço de enfermagem do hospital, foi iniciado tratamento com dieta zero, hidratação venosa e medicações sintomáticas. Realizados exames laboratoriais que evidenciaram Hemograma completo sem alterações, série leucocitária sem alterações, Beta HCG qualitativo negativo, Amilase, Lipase, TGO e TGP e urina 1 dentro dos valores de normalidade. PCR 12,49mg/dL. Foi submetida à ultrassonografia de abdome total, que obteve imagens de estruturas de aspecto ecográfico habitual.

Foi solicitado então tomografia de abdome total, que revelou sinais de trombose do terço médio da veia mesentérica superior e seus ramos segmentares, linfonomegalia nas cadeias mesentérica, peri aorto caval e para aórtica, bem como adjacente ao ceco e mesocólon à direita associado a obliteração da gordura nesta topografia, área hipocaptante de contraste, em faixa, localizada no terço inferior do rim direito e sugeriu possibilidade de processo infeccioso/ inflamatório agudo a ser considerada, na correlação com dados clínicos e laboratoriais.

Após laudo tomográfico foi iniciado tratamento com Ceftriaxona 2g 1 vez ao dia por via endovenosa e Metronidazol 500mg a cada 8 horas de por via endovenosa e encaminhado a paciente para realização de laparotomia exploradora.

Durante o ato operatório, foi observado processo inflamatório agudo em região de válvula íleo cecal e apêndice, e ausência de secreção purulenta na cavidade abdominal. Observado também alças intestinais de íleo e cólon sem sinais de isquemia ou necrose. Optado por realização apenas de apendicectomia.

Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva. Iniciado anticoagulação com Enoxaparina 60mg a cada 12 horas por via subcutânea após 24 horas do procedimento cirúrgico e completos 7 dias da cirurgia foi iniciado Varfarina 5mg, 1 vez ao dia por via oral, com controle de INR, TTPA e TAP, mantendo INR entre 2 e 3.

Como resultado do anatomopatológico do apêndice retirado obtivemos, apêndice cecal, medindo 7,5cm de comprimento, mostra serosa despolida espessada e opalescente. O meso adjacente mostra áreas endurecidas, de coloração parda. Aos cortes, tem parede espessada e a luz tem aspecto usual, sugerindo diagnóstico de apendicite aguda e peritonite aguda.

A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório e recebeu alta com INR de 2,21 e tem retornos a cada 2 dias no serviço do hospital.

A paciente mantém-se assintomática, medicado com anticoagulante oral e heparina não fracionada e com controle regular do INR.

Discussão

Em termos gerais a TVM é uma entidade rara, com achados clínicos inespecíficos e de difícil diagnóstico¹.

A associação de apendicite com TVM não é documentada ainda na literatura atual, o que gera dúvidas no diagnóstico, bem como em sua fisiopatologia. Sabe-se que, processos inflamatórios intestinais, podem gerar edema, hemorragia intramural e necrose hemorrágica, causando manifestações clínicas de peritonite, levando a uma alteração na tríade de Virchow, podendo pré-dispor a um quadro de TVM⁵.

A tomografia computadorizada, utilizada nesse caso, é capaz de detectar TVM, segundo alguns autores, em até 90% dos casos. As informações colhidas desse exame vão desde a dilatação da veia mesentérica, com defeito de preenchimento, que representa o trombo e delimitação da parede venosa, até detecção de gás no sistema porta, evidenciando necrose intestinal^{1,2}.

Outros exames disponíveis são, ecografia abdominal com doppler, ressonância magnética e angiografia, que alguns autores consideram como padrão ouro para o diagnóstico. A dificuldade na realização da angiografia está pelo motivo de em muitos casos o paciente se encontrar em situação de cirurgia de emergência, o que torna o exame inviável e coloca a tomografia computadorizada como método de escolha, por ser capaz de detectar um trombo por um procedimento menos invasivo^{1,2}.

O tratamento pode ser dividido em clínico e cirúrgico, que irão depender da persistência dos achados peritoneais. Se persistentes, deve-se proceder com laparotomia exploradora e após iniciar heparina não fracionada. Em casos não persistentes iniciar heparina não fracionada com ou sem agentes trombolíticos^{2,3,7}.

Outro ponto importante no tratamento é a presença ou não de necrose intestinal. Quando presente, proceder com seguimento cirúrgico. Quando ausente tomar como base do tratamento a anticoagulação¹.

Pelo conhecido efeito pró-trombótico inicial da Varfarina, deve-se associar à heparina, visando obter um INR entre 2 e 3, evitando sangramentos excessivo ou contuidade do evento trombótico^{1,2,8}.

Portanto, a detecção precoce da TVM, os exames bem indicados e um tratamento melhor direcionado visam reduzir a grande taxa de mortalidade em pacientes acometidos. A quantidade de publicações sobre esse assunto ainda é pequena, o que abre um campo de possibilidades de estudos^{1,2,3,4}.

Referências bibliográficas

- 1- Oliveira P, Horta, Oliveira A, Horta, Costa Marina, Silva Américo. Trombose Venosa Mesentérica: uma causa rara de oclusão intestinal. Rev. Port. Cir. [Internet]. 2012 Set [citado 2017 Abr 05]; (22): 61-66. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182012000300009&lng=pt.
- 2- Gonçalves C, Faistauer A, Alcalde L, et.all. O papel dos exames de imagem no diagnóstico de trombose das veias esplâncnicas: relato de dois casos. Scientia Medica (Porto Alegre) 2010, v. 20, n. 3, p232-235.
- 3- Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. N Engl J Med, 2001, v. 345, n. 23, p1683-8.
- 4- Magalhães C, Mayall M. Isquemia mesentérica. Revista do hospital universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2009, p70-80.
- 5- Russell G. Postier, MD, Ronald A. Squires, MD. Abdome Agudo. In: Courtney M. Townsend, Jr., MD, R. Daniel Beauchamp, MD, B. Mark Evers, MD, Kenneth L. Mattox, MD, editores. Sabiston Tratado de Cirurgia. A Base Biológica da Prática Cirúrgica Médica. Houston: Elsevier; 2008. p. 1108-1125.
- 6- Acosta S, Alhadad A, Svensson P, Ekberg O. Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. Br J Surg 2008; 95:1245-1251.
- 7- Guerreiro T. Trombose Venosa Esplâncnica: Fatores de Risco. Serviço de Hematologia Clínica do Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto; [data desconhecida]. p 1-17. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66014/2/30971.pdf>
- 8- Dentali F, Ageno W, Witt D, Malato A, Clark N, Garcia D, et al. Natural history of mesenteric venous thrombosis in patients treated with vitamin K antagonists: a multi-centre, retrospective cohort study. Thromb Haemost 2009; 102:501-504.

Eduardo Bonam

RA: 6867

forma 1

Fernando Abreu Juner