



**NGHD**

Núcleo de Gastrenterologia  
dos Hospitais Distritais



centro hospitalar

**CHA**Algarve

Faro • Portimão • Lagos

# Um caso de trombose venosa esplâncnica: dificuldades e particularidades

Vaz AM; Eusébio M; Antunes A; Queirós P; Gago T; Ornelas R; Guerreiro H.

# Caso Clínico

- Sexo feminino, 66 anos.
- Antecedentes pessoais:
  - 3 abortos espontâneos
  - Enfarte agudo do miocárdio (49 A)
  - AVC isquémico ( 51 A)
  - FRCV: HTA, Dislipidemia e Obesidade
  - Sem consumo álcool significativo

- Medicação habitual:

Ramipril, Atenolol, Atorvastatina, Fenofibrato e Ticlopidina

# Caso Clínico

Quadro com cerca de 9 dias, com agravamento progressivo:

- Dor nos quadrantes superiores do abdómen
- Aumento do volume abdominal
- Náuseas e vómitos alimentares

Exame objectivo:

- Apirética
- Hemodinamicamente estável
- RHA diminuídos
- Ascite ligeira/moderada
- Dor á palpação, mais intensa dos quadrantes superiores do abdómen
- Sem reacção peritoneal

# Caso Clínico

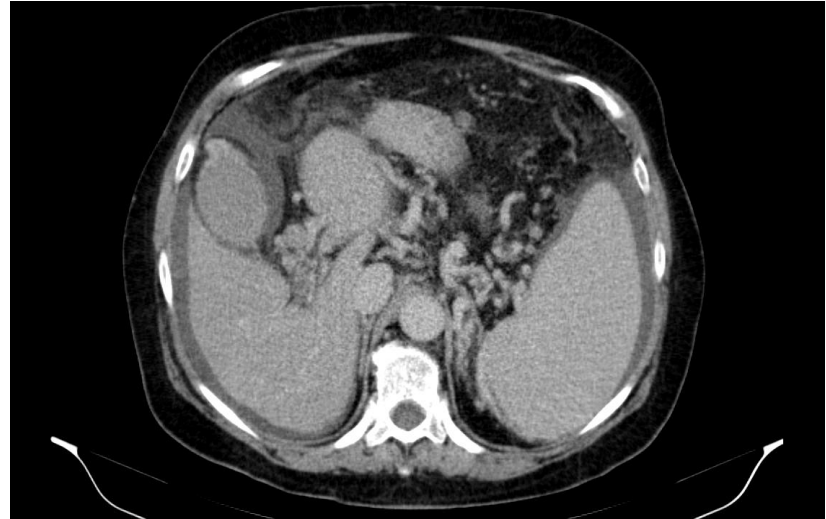
Análise	Valor	Referência	Análise	Valor	Referência
Hb	147 g/L	115-155 g/L	Na	139 mmol/L	132-144
Leucócitos	32,4x10 <sup>9</sup> cel/L (90% neutrófilos)	4,0-10,0x10 <sup>9</sup> cel/L	K	4,72 mmol/L	3,6-5,1
Plaquetas	531x10 <sup>9</sup> cel/L	150-400x10 <sup>9</sup> cel/L	BUN	19 mg/dL	9,8-20,1 mg/dL
INR	1,42		Creatinina	1,24 mg/dL	0,6-1,1 mg/dL
AST	20 UI/L	5-34 UI/L	Fosfatase alcalina	97 UI/L	40-150 UI/L
ALT	18 UI/L	<55 UI/L	GGT	121 UI/L	9-36 UI/L
Bilirrubina Total	2,0 mg/dL	0,2-1,20 mg/dL	Amilase	35 UI/L	25-125 UI/L
Bilirrubina directa	1,2 mg/dL	<0,2 mg/dL	Lipase	12 UI/L	8-78 UI/L
Albumina	3,2 g/dL	3,4-4,8 g/dL	PCR	135 mg/L	<5mg/L

## Líquido ascítico:

- 2112 cél/mm<sup>3</sup> (70% neutrófilos)
- Glicose : 132 mg/dL
- LDH: 183 U/L
- Proteínas Totais : 2g/dL
- Amilase : 10 U/L
- Albumina : 1,23 g/dL

# Caso Clínico

## TC abdomino-pélvica:



- **Fígado** dismórfico, heterogéneo. Sem nódulos de CHC.
- **Esplenomegália.**
- Transformação cavernomatosa da **veia porta.**
- Deficiente opacificação luminal da **veia mesentérica superior.**
- **Ansas de íleon** com espessamento parietal, aspecto estratificado por edema da submucosa e deficiente perfusão intestinal.
- **Ingurgitamento venoso mesentérico** e derrame peritoneal.
- Sem pneumatose intestinal ou gás no sistema venoso mesentericoportal

# Caso Clínico

## TC abdomino-pélvica:

Os aspectos descritos sugerem:

- Trombose venosa porta não recente, com agudização actual
- Sofrimento isquémico intestinal por trombose venosa mesentérica.



# Caso Clínico

## Avaliação por Cirurgia Geral:

“Sem indicação cirúrgica imediata. Para manter vigilância apertada e terapêutica médica.”



## Internamento no serviço de Gastreenterologia

- **Endoscopia alta:** varizes esofágicas médias, sem manchas ou pontos vermelhos.
- Beta- bloqueante
- Anticoagulação com enoxaparina em dose terapêutica
- Antibioterapia com piperacilina-tazobactam

# Caso Clínico

Cumpriu 15 dias de **piperacilina-tazobactam**



Meropenem

Melhoria clínica significativa, com desaparecimento de dor abdominal.  
A tolerar dieta oral.

Análise	Valor	Referência
Leucócitos	10,2x10 <sup>9</sup> cel/L	4,0-10,0x10 <sup>9</sup> cel/L
Creatinina	0,89 mg/dL	0,6-1,1 mg/dL
PCR	88 mg/L	<5mg/L
HCV	Negativo	
AgHBs	Negativo	
ANA	Negativos	
AMA	Negativo	
Anti-LKM	Negativo	
Anti.Actina	Negativo	

## Líquido ascítico:

- 2257 cél/mm<sup>3</sup> (58% neutrófilos)
- Glicose : 123 mg/dL
- LDH: 100 U/L
- Proteínas Totais :2g/dL
- Amilase :16 U/L
- Albumina : 0,94 g/dL
  
- Cultura: Negativa

TC abdominal: “ espessamento ansas intestinais menos evidente”



# Caso Clínico

**Ao 20º dia de internamento:**

- Reaparecimento de dor abdominal generalizada
- Reacção peritoneal

Análise	Valor	Referência
Leucócitos	11,7x10 <sup>9</sup> cel/L	4,0-10,0x10 <sup>9</sup> cel/L
Creatinina	1,58 mg/dL	0,6-1,1 mg/dL
PCR	281 mg/L	<5mg/L

**Líquido ascítico:**

- 14883 cél/mm<sup>3</sup> (88% neutrófilos)
- Glicose : 76 mg/dL
- LDH: 276 U/L
- Proteínas Totais :2g/dL
- Amilase :2330 U/L



# Caso Clínico

## **Bloco operatório:**

- Perfuração de ansa de jejuno distal/íleon proximal coberta por grande epiploon
- Ressecção segmentar de ansa de delgado (aprox. 40 cm)

UCI → Cirurgia → Unidade de Convalescença → Alta

# Caso Clínico

## Estudo de trombofilias

**Mutação JAK2 V617F** → Trombocitémia essencial

**Mutação PAI 1- 5G/4G** : heterozigotia alelo 4G (42%)

# Discussão

- O cavernoma da porta consiste num conjunto de colaterais portoportais tortuosos que se desenvolvem na sequência de uma trombose crónica da veia porta.
- A trombose mesentérica coexiste frequentemente com a trombose da veia porta, podendo resultar de uma extensão desta última.
- As doenças mieloproliferativas, sendo a trombocitemia essencial a mais frequente, são a principal causa de trombose venosa portal após exclusão de cirrose e malignidade.

# Discussão

- A instituição precoce de hipocoagulação permite elevadas taxas de recanalização e previne a extensão nas trombooses agudas, constituindo a base do tratamento.
- Na trombose venosa crónica, o desafio terapêutico consiste em equilibrar o risco trombótico e o de sangramento gastro-intestinal.
- A cirurgia pode ser necessária em doentes com agravamento/persistência sintomática ou sinais de perfuração.

**Obrigado pela atenção!**



**NGHD**

Núcleo de Gastrenterologia  
dos Hospitais Distritais



centro hospitalar  
**CHA**Algarve

Faro • Portimão • Lagos

# Um caso de trombose venosa esplâncnica: dificuldades e particularidades

Vaz AM; Eusébio M; Antunes A; Queirós P; Gago T; Ornelas R; Guerreiro H.