

UMA COMPLICAÇÃO RARA, UM PROCEDIMENTO COMUM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Martins D., Pinho J., Sousa P., Araújo R., Cancela E., Castanheira A., Ministro P., Silva A.
Diretor de Serviço - Dr. Américo Silva
Centro Hospitalar de Viseu

ANAMNESE



- ♂, 51 anos;
- Natural e residente em Viseu;
- Desempregado;

- **Alcoólico; consumo de ~150 gr álcool/dia;**
- Gastrectomia subtotal por úlcera gástrica complicada.
- Sem outros antecedentes conhecidos.

- Sem medicação habitual.

ANAMNESE



- Distensão abdominal;
- Dor no hipocôndrio direito;
- Náuseas.



UM MÊS DE EVOLUÇÃO

EXAME FÍSICO NO S.U.



- TA: 110/70 mmHg; FC: 98 bpm; Apirético; SatO2 (ar ambiente) 98%
- CCO. **Icterícia discreta da pele e mucosas**, hidratadas. Eupneico em ar ambiente.
- Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações.
- **Exame do abdómen:** distendido, cicatriz supra-umbilical, onda ascítica positiva, macicez dos flancos, dor à palpação do hipocondrio direito, RHA presentes e de timbre normal, sem defesa ou sinais de irritação peritoneal.
- Edemas bímaleolares discretos.

ESTUDO COMPLEMENTAR NO S.U.

ESTUDO ANALÍTICO	
Hemograma	
Hemoglobina	<u>Hb 11.6 g/dL</u>
VGM	100.5 fL
Leucócitos	<u>16.7 x 10⁹; 77% neutrófilos</u>
Plaquetas	312.0 x 10 ⁹
Bioquímica	
Creatinina/ Ureia	0.6 mg/dL/ 13 mg/dL
Ionograma	Na ⁺ 148 mEq/L K ⁺ 4.0 mg/dL
Função hepática	<u>Albumina 1.5 g/dL, PT 33%, Bilirrubina T/D 4/1.3 mg/dL</u>
Enzimologia hepática	<u>ALT 38 UI/L / AST 125 UI/L, GGT 330 UI/L, FA 190 UI/L</u>
Imunoquímica	
PCR ultrasensível	<u>4 mg/dL</u>

ESTUDO COMPLEMENTAR NO S.U.

- ECOGRAFIA ABDOMINAL:

Moderada quantidade de líquido livre intra-abdominal; o fígado tem dimensões aumentadas, com alterações ecoestruturais compatíveis com hepatopatia crónica; não se observaram dilatações das vias biliares; vesícula biliar com normal distensão apresentando espessamento parietal regular e difuso, com lamas biliares no interior.

ORIENTAÇÃO

Assumida COLECISTITE AGUDA em doente cirrótico, decidido internamento em enfermaria de Cirurgia sob terapêutica médica.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO



D5 internamento

» PEDIDA OBSERVAÇÃO POR GASTROENTEROLOGIA

POR ASCITE E EDEMAS DOS MEMBROS INFERIORES (AGRAVADOS DURANTE O INTERNAMENTO) EM DOENTE COM CIRROSE HEPÁTICA.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO



D5 internamento

» Queixa de desconforto abdominal.

»» Exame objetivo:

TA 97/68 mmHg, FC 86 bpm; apirético. **Anictérico**. Consciente, colaborante e orientado.

AP: SR diminuídos nas bases, simétricos, sem ruídos adventícios.

Abdómen globoso, circulação venosa colateral, doloroso à palpação de forma global, ascite volumosa sob tensão. Edemas bilaterais até ao joelho.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

ESTUDO ANALÍTICO	
Hemograma	
Hemoglobina	Hb 11.4 g/dL
VGM	100.5 fL
Leucócitos	16.7 x 10 ⁹ ; 77% neutrófilos
Plaquetas	312.0 x 10 ⁹
Bioquímica	
Creatinina/ Ureia	0.6 mg/dL/ 13 mg/dL
Ionograma	Na ⁺ 148 mEq/L K ⁺ 4.0 mg/dL
<u>Função hepática</u>	<u>Albumina 1.5 g/dL, PT 37%, Bilirrubina T/D 1.6/1.3 mg/dL</u>
Enzimologia hepática	ALT 26 UI/L, AST 72 UI/L, GGT 174 UI/L, FA 110 UI/l
Imunoquímica	
PCR ultrasensível	0.02 mg/dL

D5 internamento

Provável espessamento da parede vesicular em relação com hipoalbuminemia grave.

CHILD-PUGH SCORE C (10 pts); MELD 14 pts.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

PARACENTESE EVACUADORA E DIAGNÓSTICA

- » Drenagem de 3L de líquido citrino;
Sem complicações imediatas.
- » Líq. Ascítico: GASA 1.3; 106 leucócitos,
predomínio de mononucleares, cultura negativa.
- Ajuste terapêutico: iniciou Albumina e diuréticos.



EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO



D7 internamento

- Discreta descida perfil tensional.
- Ascite volumosa sob tensão.

» **PARACENTESE: líquido ascítico hemático**, drenados apenas 200 mL por coagulação no sistema de drenagem.

» Análises: **Hb 5.7 g/dL**; 18300 leucócitos; 203000 plaquetas.

HEMOPERITONEU IATROGÉNICO
(PÓS-PARACENTESE)

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO



D7 internamento

- Monitorização contínua;
 - Algaliação;
 - Dieta zero.
-
- Terapêutica com transfusão de concentrado de eritrócitos
Plasma fresco, Vitamina K.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

Estabilidade hemodinâmica mantida durante o internamento.



D8 internamento:

- Encefalopatia grau I;
- Ictérico. Ascite sob tensão; hematoma abdominal, dorsolombar e nadegueiro esquerdo; edemas das zonas de declive.
- Hb 8.3 g/dL; Leu 16×10^9 .
- **Ecografia abdominal: ascite volumosa com focos hiperecogénicos.**
- Iniciou Meropenem.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

Estabilidade hemodinâmica mantida durante o internamento.



D10 internamento:

- CCO.
- Ascite sob tensão.
- Iniciou **OCTREOTIDO** (5 dias).

D14 internamento:

- Ascite volumosa;
- Paracentese - saída de líquido hemático escasso.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

Estabilidade hemodinâmica mantida durante o internamento.



D15 internamento:

- Febre – 38.1°C
- **Eco abdominal: volumosa ascite com sedimento e espessamento da parede da FIE.**
- Paracentese evacuadora e diagnóstica. Pedidas culturas e Raio X tórax.
- Prolongada antibioterapia.



Culturas Negativas

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

Estabilidade hemodinâmica mantida durante todo o internamento.



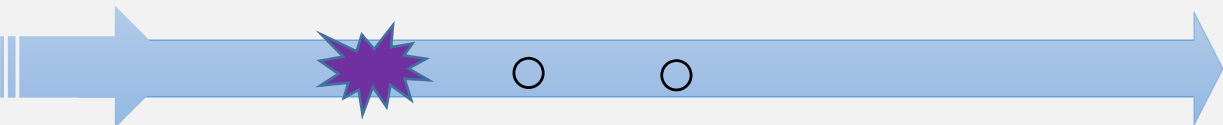
D20 internamento:



- Por persistência de ascite sob tensão após ajuste de diuréticos, paracenteses e Octreotido optou-se por iniciar **Terlipressina**.

EVOLUÇÃO NO INTERNAMENTO

Estabilidade hemodinâmica mantida durante todo o internamento.



D30 internamento:

- Cumpriu 5 dias de **Terlipressina** com desmame progressivo da dose.
- À data da alta assintomático.
- Ascite ligeira-moderada sem tensão.
- Hb 9.3 g/dL, PT 36%, BT 4 mg/dL, PCR 1.8 mg/dL.
- Alta clínica. Orientado para observação em hospital de Dia e Consulta.

ALTA

Medicado com:

- Furosemda, 40 mg id;
- Espironolactona, 100 mg, id;
- Vitaminas complexo B, id;
- Tiapride, 100 mg, 3id;
- Ácido fólico, id;
- Lactulose 2id.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

- A paracentese é considerada um procedimento seguro, muito frequente em doentes com doença hepática crónica.
- Hemorragia grave pós paracentese é rara (0.2%) mas potencialmente fatal.
- Vários mecanismos foram propostos para esta complicação: hemorragia após punção de veia superficial da parede abdominal/ variz mesentérica ou rotura espontânea de variz após queda da pressão da parede abdominal pós-paracentese.
- A maioria dos doentes apresenta sintomas nas primeiras 6 a 48 horas após o procedimento.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

- O diagnóstico é feito por paracentese, ecografia ou TC abdominal.
- Alguns casos resolvem com terapêutica médica de suporte, noutros é necessário recorrer a técnica de embolização vascular, TIPs ou cirurgia, dependendo do débito hemorrágico e da estabilidade hemodinâmica.
- Relata-se um caso de hemoperitoneu e hematoma iatrogénicos graves, associados a estabilidade hemodinâmica e analítica após terapêutica de suporte, tratado eficazmente com Terlipressina, evitando complicações e mortalidade acrescida associada a terapêuticas invasivas.

BIBLIOGRAFIA

- Funaki B., Embolization Iatrogenic Hemorrhage after Paracentesis, *Semin Intervent Radiol* 2008;25:329–334.
- Ma Y., Hemoperitoneum in cirrhotic patients without abdominal trauma or tumor, *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.*, 2011; 10: 644-648.
- Pache I., Bilodeau M., Severe haemorrhage following abdominal paracentesis for ascites in patients with liver disease, *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 525–529.
- Paul R., et al, Massive Abdominal Wall Hemorrhage from Injury to the Inferior Epigastric Artery: A Retrospective Review, *J Vasc Interv Radiol* 2008; 19:327–332.
- Sharzehi K., et al, Hemorrhagic Complications of Paracentesis: A Systematic Review of the Literature, *Gastroenterology Research and Practice*; 2014:1-6.

UMA COMPLICAÇÃO RARA, UM PROCEDIMENTO COMUM – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Martins D., Pinho J., Sousa P., Araújo R., Cancela E., Castanheira A., Ministro P., Silva A.
Diretor de Serviço - Dr. Américo Silva
Centro Hospitalar de Viseu

OBRIGADA.