



# **CASO CLÍNICO**

## **Síndrome de *Plummer-Vinson*: uma tríade rara e improvável**

**Serviço de Gastroenterologia do CHA – Faro**

**Gago T., Eusébio M., Antunes A., Vaz A.M., Queirós P.,**

**Ramos A., Guerreiro H.**

# *Caso Clínico 1 vs Caso Clínico 2*



**Semelhanças  
vs  
Diferenças**



# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

♀ 86 anos, caucasiana

## **Antecedentes Pessoais**

- ❖ Hipotireoidismo
- ❖ Cirurgia a cataratas em 2010
- ❖ Fractura do Úmero dto em 2013

Medicação habitual: Carbamazepina e Levotiroxina

Sem alergias conhecidas

Nega hábitos tabágicos ou etílicos

Sem **Antecedentes Familiares** de Relevância

# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

## História da Doença Actual

Dor abdominal com 2 semanas de evolução

- ❖ Epigastro e Hipocôndrio dto
- ❖ Agravamento progressivo
- ❖ Tipo facada e intensidade 8/10
- ❖ Associado a:
  - Anorexia
  - Perda Ponderal – não quantificada
  - Náuseas e vômitos pós-prandiais

**Disfagia** intermitente para sólidos há > 6 meses

# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

## Exame Objectivo

PA 123/56 mmHg

FC 81 bpm

TT 36.5°C

❖ Consciente e orientada

❖ **Facies de dor**

❖ **Mucosas descoradas e desidratadas**

❖ ACP: Sem alterações



❖ ABD: RH+, mole e depressível  
**Doloroso epigastro e HD**  
**Hepatomegália**

❖ **Edemas dos MIs**

# Caso Clínico 1 -- Caso Clínico 2

## Exames Complementares de Diagnóstico

### ❖ Testes Laboratoriais

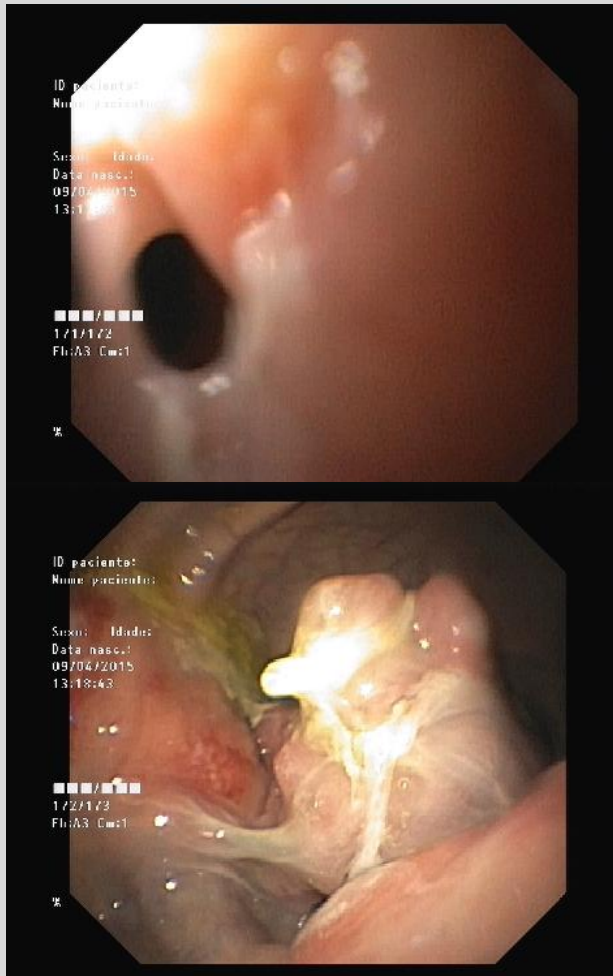
|                   |            |                       |               |                     |           |
|-------------------|------------|-----------------------|---------------|---------------------|-----------|
| <b>Hb</b>         | 90 mg/dL   | <b>Na<sup>+</sup></b> | 138 mmol/L    | <b>Albumina</b>     | 2.98 g/dL |
| <b>VGM</b>        | 73.6 fL    | <b>K<sup>+</sup></b>  | 4.39 mmol/L   | <b>Proteínas T.</b> | 4.8 gr/dl |
| <b>HCM</b>        | 21.6 fL    | <b>Cl<sup>-</sup></b> | 1043mmol/L    | <b>Bilirrub T.</b>  | 0.6 mg/dl |
| <b>Leuc</b>       | 9 400/uL   | <b>BUN/Cr</b>         | 22/0.66 mg/dL | <b>INR</b>          | 1,04      |
| <b>Neut./Linf</b> | 86/8.1 %   | <b>Lipase</b>         | 5 U/L         | <b>Ferro</b>        | 12 µg/dl  |
| <b>Plaq</b>       | 412 000/uL | <b>Amilase</b>        | 29 U/L        | <b>Ferritina</b>    | 74 ng/dl  |
| <b>Glicemia</b>   | 91 mg/dL   | <b>AST/ALT</b>        | 24/<6 UI/L    | <b>Sat Transf.</b>  | 5%        |
| <b>PCR</b>        | 141 mg/L   | <b>FA</b>             | 77 U/L        | <b>Transferrina</b> | 151 mg/dl |



**Anemia Ferropénica**

# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

## Endoscopia Alta



Abaixo EES - membrana esofágica que se rompe à passagem do endoscópio

Neoformação com áreas erosionadas e ulceradas na grande curvatura do corpo gástrico



**Biopsias:** Adenocarcinoma bem diferenciado

# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

## Investigação Subsequente e Orientação Terapêutica



- ❖ Múltiplos depósitos secundários hepáticos
- ❖ Volumosa massa no corpo gástrico
- ❖ Ascite



- ❖ Iniciou Suplementação com ferro
- ❖ Melhoria da disfagia

**Consulta Decisão Terapêutica → Cuidados Paliativos**



# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

♀ 36 anos, negra. Natural de São Tomé e Príncipe

## **Antecedentes Pessoais**

- ❖ Quisto ovárico – Oforectomia dta há 12 anos
- ❖ Infertilidade

Medicação habitual: Nega

Sem alergias conhecidas

Nega hábitos tabágicos ou etílicos

Sem **Antecedentes Familiares** de Relevo

# Caso Clínico 1 --- Caso Clínico 2

## História da Doença Actual

**Disfagia** com > 6 meses de evolução:

- ❖ Intermitente
- ❖ Sólidos

Menometrorragias

- ❖ Ciclos menstruais irregulares
- ❖ Dismenorreia
- ❖ Cataménios de 6-7 dias

Negava anorexia, perda ponderal, náuseas, vómitos ou outros sintomas associados

# Caso Clínico 1 -- Caso Clínico 2

## Exame Objectivo

- ❖ Consciente e orientada
- ❖ **Mucosas descoradas e hidratadas**
- ❖ ACP: Sem alterações



PA 132/79 mmHg

FC 68 bpm

TT 36.7°C

- ❖ ABD: RH+, mole e depressível  
Indolor à palpação
- ❖ Sem edemas dos MIs

# Caso Clínico 1 -- Caso Clínico 2

## Exames Complementares de Diagnóstico

### ❖ Testes Laboratoriais

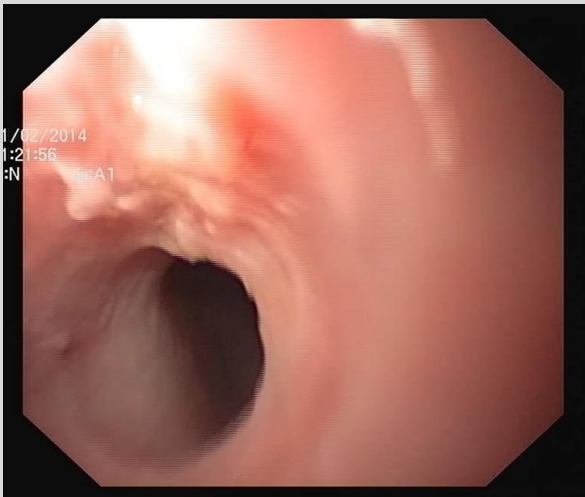
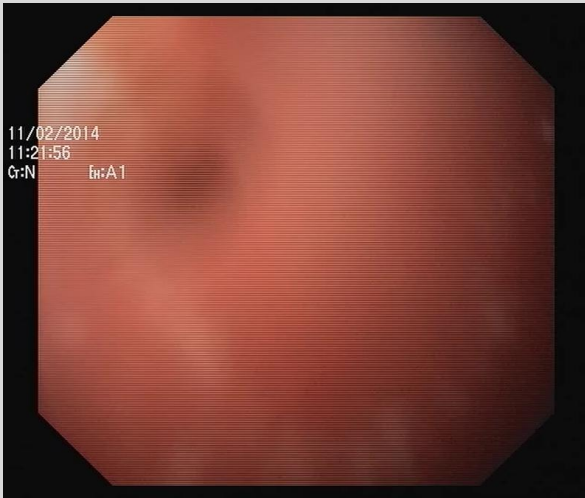
|                   |                |                       |               |                     |                  |
|-------------------|----------------|-----------------------|---------------|---------------------|------------------|
| <b>Hb</b>         | <b>102 g/L</b> | <b>Na<sup>+</sup></b> | 140 mmol/L    | <b>Ferro</b>        | <b>38 µg/dl</b>  |
| <b>VGM</b>        | <b>70.2 fL</b> | <b>K<sup>+</sup></b>  | 3.90 mmol/L   | <b>Ferritina</b>    | <b>9 ng/ml</b>   |
| <b>HCM</b>        | <b>21.9 fL</b> | <b>Cl<sup>-</sup></b> | 110 mmol/L    | <b>Sat Transf.</b>  | <b>17%</b>       |
| <b>Leuc</b>       | 5 200/µL       | <b>BUN/Cr</b>         | 16/0.72 mg/dL | <b>Transferrina</b> | <b>225 mg/dl</b> |
| <b>Neut./Linf</b> | 56.2/33.8 %    | <b>AST/ALT</b>        | 27/16 UI/L    | <b>Albumina</b>     | <b>3.34 g/dL</b> |
| <b>Plaq</b>       | 310 000/µL     |                       |               | <b>Proteínas T.</b> | 6.8 g/dL         |
| <b>PCR</b>        | <3 mg/L        |                       |               | <b>INR</b>          | 1,06             |



**Anemia Ferropénica**

# Caso Clínico 1 -- Caso Clínico 2

## Endoscopia Alta



Abaixo do EES - **membrana esofágica** que se rompe à passagem do endoscópio

Restante exame sem alterações



### **Biopsias:**

- ❖ DII, antro e corpo sem alterações
- ❖ Esófago proximal e distal com ligeira inflamação aguda

# Caso Clínico 1 -- Caso Clínico 2

## Investigação Subsequente e Orientação Terapêutica

- ❖ Útero Miomatoso
- ❖ Hidrosalpingite bilateral



- ❖ Iniciou ACO – Cerazette
- ❖ Mantém seguimento na Ginecologia
- ❖ Suplementação ferro
- ❖ Melhoria da disfagia



# Breve Revisão de Tema

## Síndrome de Plummer-Vinson / Patterson Kelly / Anemia Sideropénica

- ❖ Extremamente rara - apenas relatos de caso
- ❖ Afecta mulheres de meia idade
  - Caucasianas, Norte-Europa
- ❖ Etiopatogénese desconhecida
  - Deficiência de ferro
  - Doenças auto-imunes, predisposição genética
- ❖ Tratamento com suplementação de ferro e dilatações esofágicas
- ❖ Associação com neoplasias do tracto GI superior (5-15%)
  - Carcinoma de células escamosas da faringe e esófago
  - Raros casos de neoplasias gástricas
- ❖ Endoscopias altas de seguimento



# Caso Clínico 1 vs Caso Clínico 2

## Discussão

2 Doentes com a mesma Síndrome

- ❖ Disfagia
- ❖ Anemia Ferropénica
- ❖ Membrana esofágica
  
- ❖ Apresentação clínica diferente
- ❖ Conclusões diagnósticas distintas
- ❖ Causas diferentes de anemia ferropénica

Síndrome pouco conhecida

- ❖ N° de casos - ↓ investigação
- ❖ Relação dos seus componentes

**Associação com Neoplasias**  
**Alerta para o Seguimento**





**Obrigada!**