



RELATO DE CASO

Lesão de Dieulafoy: relato de caso

AUTOR PRINCIPAL:

Cleisi Pezzini Sandri

E-MAIL:

cleisi_s@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Amanda Wiviane Pereira
Marta de Oliveira Wink

ORIENTADOR:

Lucas Duda Schmitz

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.02.00-9

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A lesão de Dieulafoy (LD) é uma malformação vascular rara associada a hemorragias digestivas cuja etiologia é desconhecida. Trata-se da ulceração de uma artéria submucosa calibrosa. Quando há uma erosão superficial pode ocorrer uma hemorragia volumosa que cessa de forma espontânea. Além disso, é comum a recorrência da hemorragia. A anomalia é observada em cerca de 2% dos pacientes com sangramento digestivo alto maciço. Embora o estômago seja a localização mais freqüente, também pode ser encontrado em outras porções do trato gastrointestinal. Os pacientes, geralmente, são homens com co-morbidades cardíacas, renais, diabetes, ou alcoolismo. A endoscopia é a modalidade diagnóstica de escolha para a LD durante sangramento agudo. Varias técnicas têm demonstrado ser eficazes para o tratamento das LD. Mas poucos estudos compararam as várias abordagens, por isso o tratamento deve ser baseado na experiência e conhecimento local. A mortalidade da hemorragia por LD é aproximadamente 25%.

RELATO DO CASO:

Paciente feminina, 80 anos, trazida ao hospital por familiares com queixas de hematêmese, de início súbito, volumosa(1,5L), acompanhada por melena e desorientação. Ao exame físico, encontrava-se em estado geral regular, lúcida, orientada e coerente, com Glasgow 15, descorada 2+/4 e anictérica, com TA:130/60mmHg, oximetria de pulso: 97%, glicemia capilar: 180mg/dL. Ao exame físico cardíaco apresentava ritmo regular em 2 tempos, taquicardia (FC:128bpm). À ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular reduzido em bases, eupnéica em ar ambiente. Apresentava abdômen flácido, globoso, indolor, sem sinais de peritonismo.

Paciente possuía história prévia de hipertensão arterial sistêmica, epilepsia, câncer de mama e linfoma. Estava em uso de fenobarbital 100mg 12/12hs, ácido valpróico 250mg 8/8hs, losartana 25mg 12/12hs, isossorbida 10mg 12/12hs, digoxina 0,25mg 1/2cp 1X/dia, furosemida 80mg 1x/dia e Ácido acetilsalicílico 100mg 1x/dia.

A paciente foi internada no Centro de Terapia Intensiva, recebendo reposição volêmica e transfusão de 4 unidades de hemoderivados. Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA), a qual visualizou um coágulo em fundo gástrico, sem sangramento ativo e sem lesão identificada. Foram realizados exames laboratoriais onde se constatou hipernatremia (sódio:149MMOL/L), uréia aumentada(U:94mg/dL), trombocitopenia(plaquetas:92.000/mm³), e anemia(hemácias:3,56m/mm³; hemoglobina:10,4g/dL; hematócrito:30,8%). Foi prescrito Omeprazol.

No 2º dia de internação foi realizada nova EDA, visualizando-se lesão de Dieulafoy em fundo gástrico tratada por escleroterapia. Paciente permaneceu estável, porém no 3º dia de internação ocorreu novo episódio de hematêmese. No 5º dia, ocorreu um episódio de melena. No 6º dia, apresentou hemorragia digestiva alta, entrando em choque hipovolêmico, foi realizada EDA, na qual se visualizou apenas um coágulo, e arteriografia, que não permitiu identificar o vaso nutridor, então a paciente foi levada à cirurgia.

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

Foi submetida à laparotomia para rafia da LD, não havendo sangramentos após o procedimento. No dia seguinte, apresentou fibrilação atrial de alta resposta e febre, foi prescrito amiodarona e antibioticoterapia e foram solicitadas culturas.

No 8º dia, paciente permaneceu estável, porém febril, os resultados das culturas apresentavam no escarro Enterobacter sensível a Tazocin e Staphylococcus aureus sensível a oxacilina e na urocultura, Escherichia coli multissensível.

Antibióticos foram ajustados conforme antibiograma. No 9º dia, permaneceu anêmica (hemoglobina:6,3; hematócrito:19%) e foi novamente transfundida. Do 9º dia até o 15º dia a paciente permaneceu afebril e estável. No 16º, 17º e 18º dias de internação, teve novos picos febris. No 19º dia, apresentou parada cardiorrespiratória por choque hipovolêmico e choque séptico, levando-a a óbito.

CONCLUSÃO:

A LD deve ser considerada em casos de hemorragia gastrointestinal aguda e recorrente sem causa aparente. O tratamento de escolha é a terapêutica endoscópica por sua simplicidade, tendo sucesso em 85% dos casos. Apenas 5% precisam de cirurgia, sendo estes considerados casos graves, de mau prognóstico, como visto no caso acima relatado.

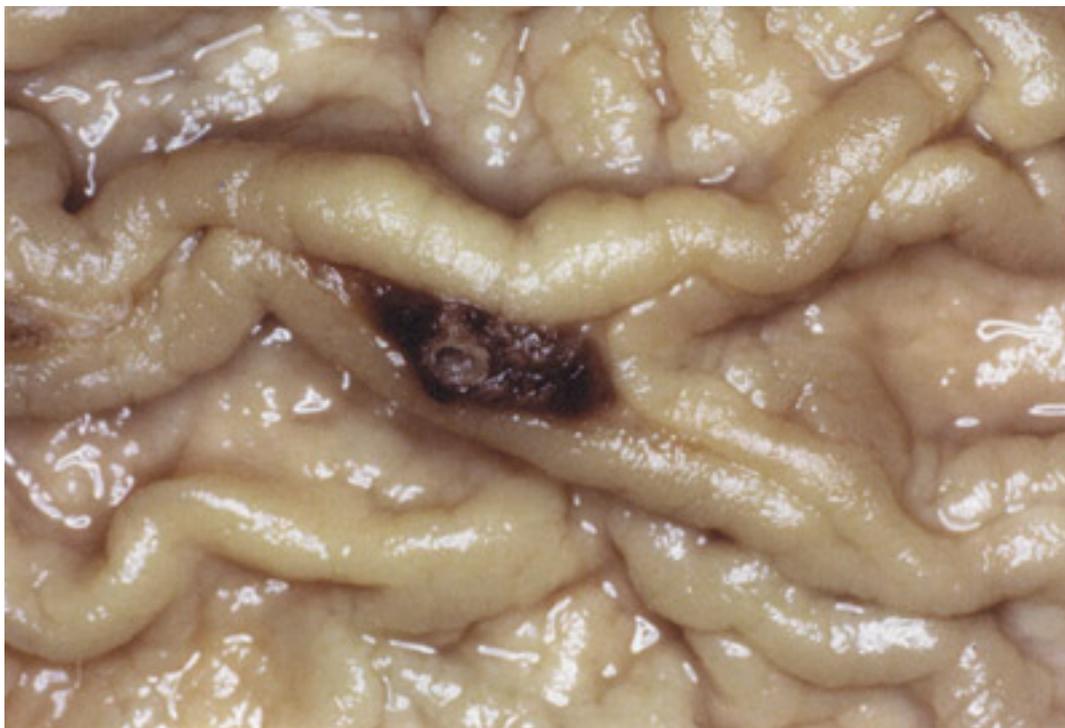
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROCKEY, Don C. Uncommon causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. UpToDate.

LUÍS, Sofia M. C. Hemorragias digestivas altas: revisão da abordagem diagnóstica e terapêutica. Disponível: http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/0/1007/tese_finalsofialuspd.pdf. Acesso em: 12/08/2013.

LIMA, David C. A. de, et al. Projeto diretrizes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Disponível: http://sobed.org.br/web/pdf/Hemorragia_Gastrointestinal_Obscura-_David_C_A_Lima.pdf. Acesso em 12/08/2013

INSIRA ARQUIVO.IMAGEM - SE HOVER:



Assinatura do aluno

Assinatura do orientador