



XXIV
Mostra
de Iniciação
Científica

SEMANA DO
CONHECIMENTO

A Universidade em movimento

De **7 a 10** de outubro de 2014



RELATO DE CASO

Trombose de Veia Porta e Hemorragia Digestiva Alta associadas a Anemia Hemolítica Auto-imune

AUTOR PRINCIPAL:

Corine Amaro Menta

E-MAIL:

cori.amaro@yahoo.com.br

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Muriel Manica

ORIENTADOR:

Gilberto Oliveira

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

ciências da saúde

UNIVERSIDADE:

Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

A Anemia hemolítica autoimune (AHA) consiste em distúrbio imunológico, no qual ocorre produção de anticorpos dirigidos aos antígenos das membranas dos eritrócitos, dessa forma, reduz-se a sobrevivência das hemácias sem que haja compensação efetiva pela atividade aumentada da medula óssea; os sinais clínicos clássicos indicam o concomitante acréscimo no catabolismo e na produção das hemácias. Por outro viés, doenças vasculares hepáticas, como a hipertensão portal, podem estar relacionadas a obstrução pré-hepática, assim, cita-se a Trombose de Veia Porta (TVP) como principal fator etiológico sem haver cirrose. Manifestações tardias da TVP estão relacionadas à Hemorragia Digestiva Alta (HDA) pela ocorrência de complicações, como presença de varizes gastroesofágicas, as quais poderão romper e evidenciar hemorragia dramática.

RELATO DO CASO:

Masculino, branco, 20 anos, agricultor, natural de Jabuticaba e procedente de Lajeado do Bugre. Paciente relatou dois episódios de hematêmese e um de melena no intervalo de um mês, acompanhados de prostração severa e de vertigem. História crônica de AHAI idiopática mostra-se refratária à esplenectomia, realizada aproximadamente 10 meses antes de surgirem as queixas de HDA, procedimento esse que foi responsável pela trombose porta; no entanto, não há antecedentes familiares para a condição de anemia crônica apresentada. O quadro clínico revela ainda um mau estado nutricional (emagrecimento de 10 Kg em um mês), palidez, mucosas descoradas e anictéricas, e o Sinal de Piparote positivo como único achado relevante ao exame físico específico abdominal; sem apresentar, pois, sinais de insuficiência hepática. Prosseguindo a investigação do caso em exames complementares, realizou-se análise através de endoscopia digestiva alta, na qual constatou-se a presença de varizes esofágicas pela dilatação venosa característica; além disso, por tomografia computadorizada pôde-se definir o diagnóstico de TVP. Além das varizes esofágicas, houve outras manifestações tardias: ascite tensa relacionada a alterações hemodinâmicas e neuro-humorais decorrentes da hipertensão portal; bem como alterações do sistema digestivo baixo, detectadas pela realização de colonoscopia, como varizes de reto e a doença hemorroidária grau II.

A incidência de AHAI é de 1:80000/ano, em geral causada por anticorpos do tipo IgG reagentes preferencialmente em temperatura corpórea, sendo que a destruição eritrocitária é mediada por monócitos e macrófagos, sobretudo esplênicos; para confirmar a presença de reagentes imunes sobre as hemácias realizam-se testes sorológicos com indução de reação antiglobulina pelo Soro Coombs direto, positivo em 2+/4+ no caso em questão. Alternativa àqueles impossibilitados de controlar a AHAI por terapia de esteroides é a esplenectomia.

RELATO DO CASO - CONTINUAÇÃO:

Entre 0,7 e 8% dos casos de esplenectomia induzem à TVP, cujas manifestações tardias são geralmente as reveladoras do diagnóstico, já que a repercussão clínica dessa condição é escassa e há eficiente controle compensatório pela artéria hepática aliado à transformação cavernomatosa. Justamente dessa maneira pôde-se diagnosticar o caso vigente, pois somente a investigação da HDA relatada pelo paciente possibilitou detectar o trombo. Os procedimentos então realizados incluíram ligadura elástica das varizes esofágicas e várias paracenteses de alívio (conteúdo retirado entre 5 e 7,5 L, sem achados patológicos em análise laboratorial).

CONCLUSÃO:

Em indução a hipotensão e imunossupressão, pela gravidade do quadro anêmico, o paciente aguarda condições favoráveis à intervenção cirúrgica, ou seja derivação porto-sistêmica - necessária a estabilização da hipertensão portal. Além disso, há confirmação hematológica da incompatibilidade de transfusão sanguínea, que somente acentuaria a hemólise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

COELHO, Júlio Cezar Uili. Aparelho digestivo: clínica e cirúrgica. 4ª edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
GOLDMAN, L.; Ausiello, D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
ZAGO, Marco Antonio, et al. Hematologia: fundamentos e prática. 3ª edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
LEE, G. Richard, et al. Wintrobe: Hematologia clínica. 1ª edição, São Paulo: Editora Manole, 1998.

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador