

Caso Endoscópico

Fernando Pereira¹

O nosso doente de hoje é um rapaz de 13 anos de idade, raça caucasiana primeiro filho de pais saudáveis e não consanguíneos que recorreu ao serviço de urgência por hemorragia digestiva alta.

O doente sentiu-se mal disposto no dia anterior, com náuseas e sensação de mal estar epigástrico e durante a noite teve episódio de vómitos, inicialmente alimentares e depois com sangue vivo em grande quantidade.

Na sua história clínica havia a referir um episódio grave de gastroenterite aguda por salmonela, pelos 8 meses, com febre vómitos e diarreia abundante que provocou desidratação grave e necessidade de internamento. Desde então, o doente teve desenvolvimento psicomotor

e estatura-ponderal adequado e pelos 9 anos de idade, por apresentar ligeiro aumento do volume abdominal e exuberância da circulação venosa superficial do abdómen foi-lhe efectuado estudo analítico que evidenciou a presença de trombocitopenia (100.000/mm³) e ligeira leucopenia, sendo os restantes exames normais (função renal e hepática, coagulação, estudo imunológico). Realizou também na mesma altura ecografia abdominal que mostrou esplenomegalia volumosa, com o fígado de dimensões normais e não estando presentes gânglios ou outras alterações abdominais.

O doente foi observado na consulta de Hematologia onde não foi diagnosticada qualquer patologia hematológica primária.

Desde então o doente foi seguido na consulta de Gastroenterologia Pediátrica até à data do presente episódio hemorrágico que motivou a realização de endoscopia alta (Fig.1) e baixa (Fig.2 e 3), que permitiram obter as imagens que apresentamos.

Qual lhe parece ser o diagnóstico mais provável para cada uma delas?

- 1- Polipose familiar
- 2- Varizes do estômago e cólon
- 3- Pneumatose gastro-cólica
- 4- Adenopatias múltiplas

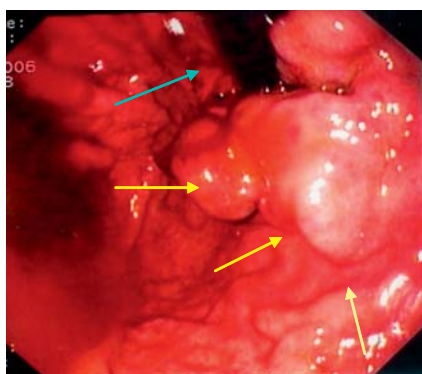


Figura 1

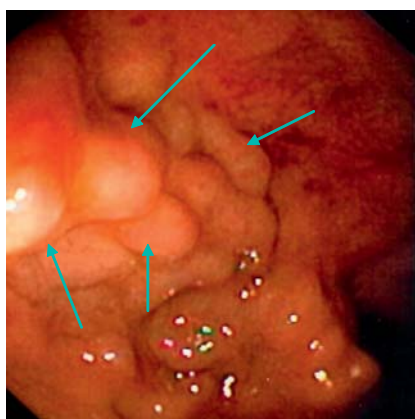


Figura 2

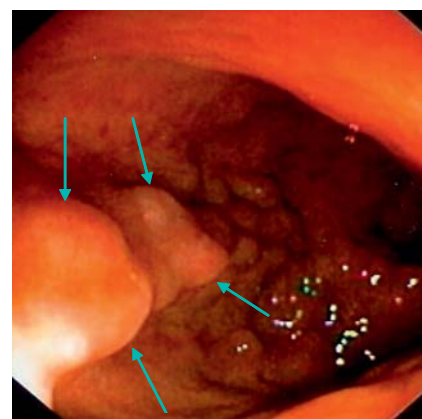


Figura 3

¹ Serviço de Gastroenterologia
Hospital Maria Pia / CHPorto

COMENTÁRIOS

A figura 1 mostra-nos uma estrutura nodular, recoberta de mucosa gástrica ligeiramente congestionada, com pontos vermelhos na sua superfície e envolvendo quase todo o perímetro da vertente gástrica do cárdia como se pode ver nesta imagem em inversão (a seta a azul indica o endoscópio a passar através do cárdia). Ao toque estas estruturas são moles e de facto correspondem a varizes justa cárdicas.

As figuras 2 e 3 obtidas durante a realização da colonoscopia esquerda mostram também formações nodulares submucosas que na figura 3 assumem aspecto evidente em cordão; são também varizes, agora situadas ao nível rectosigmoide.

O nosso doente tinha efectivamente um quadro de hipertensão portal, já nosso conhecido, uma vez que quando foi observado na consulta de Gastroen-

terologia era essa uma das hipóteses de diagnóstico colocadas, que foi confirmada pela realização de um ecodoppler abdominal que mostrou existir uma trombose da veia porta junto ao hilo e acentuada diminuição do fluxo da veia porta. Naturalmente que o doente apresentava também varizes de grau II do esófago sem estigmas hemorrágicos e tinha iniciado tratamento para prevenção de hemorragia digestiva com beta bloqueador.

A única explicação que encontramos para a trombose da veia porta é o episódio de gastroenterite infecciosa grave que o doente teve no primeiro ano de vida, uma vez que toda a sua história clínica é negativa e o estudo hematológico efectuado no sentido de encontrar factores favorecedores de trombose (anticorpos anti-fosfolípideo, anticardiolipina, proteína C e S e antitrombina III) não evidenciou alterações.

Conclusão: estamos perante um caso de trombose da veia porta, complicado por hemorragia digestiva alta causada por rotura de varizes gástricas, em doente que tinha também varizes do território da mesentérica inferior. O doente foi orientado para tratamento cirúrgico.

Nascer e Crescer 2008; 17(3): 148-149

BIBLIOGRAFIA

1. Flores J, Yanez P, Ramirez R; "Portal vein thrombosis in children. Presentation, treatment and outcome". JPN 25(4):481, 1997.
2. Fagundes, EDT; Ferreira, AR, et al; "Clinical and Laboratory Predictors of Esophageal Varices in Children and Adolescents with Portal Hypertension" JPN; 96(2):178-183, 2008