

Caso Endoscópico

Fernando Pereira

O menino José, com 10 anos de idade, natural e residente em Viana do Castelo, foi enviado à consulta de Gastroenterologia Pediátrica por apresentar esplenomegalia associada a pancitopenia de etiologia não esclarecida. A história clínica era de uma criança nascida de parto eutócico, após gravidez de termo sem complicações e primeiro filho de pais saudáveis e não consanguíneos. Teve um desenvolvimento estaturo ponderal e psicomotor adequado e pelos 4 anos há a referir um episódio de dor abdominal aguda e vômitos, que motivou internamento hospitalar de urgência e intervenção cirúrgica, tendo sido feito o diagnóstico de apendicite aguda supurada. Não voltou a ter qualquer queixa até que em exame de rotina pelos 6 anos de idade lhe foi

diagnosticado, ao exame objectivo, o aumento de tamanho do baço. Efectuou então diversos estudos analíticos que evidenciaram pancitopenia, com hemoglobina de 11gr/dl, 70.000 plaquetas e 4100 leucócitos com fórmula própria da idade; VSG de 3mm na 1ª hora e PCR negativa; ionograma, ureia, e glicose, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicéridos, ferro, ferritina, CPK, LDH, bilirrubina total e directa, TGO e TGP, jGT, imunoglobulinas e complemento, todos com valores normais. O estudo da coagulação revelou tempo de protrombina de 16,4" (N:13), taxa de protrombina de 62,3% e TTPA 39,5" (N 33).

Fez ecografia abdominal na qual o fígado apresentava dimensões e estrutura normais e o baço tinha grandes dimensões, ocupando o hipocôndrio e

flanco esquerdos e sem alterações estruturais significativas.

Na observação efectuada na consulta de Gastroenterologia confirmamos a volumosa esplenomegalia, a normalidade da função e ausência de evidência de lesão do fígado e decidimos efectuar ecodoppler abdominal para estudo do eixo esplenoportal. Este mostrou trombose da veia porta próximo do hilo hepático, com sinais de transformação cavernomatosa e inversão do fluxo.

Em face deste resultado o doente fez endoscopia digestiva alta que permitiu observar as alterações que se mostram na figura anexa.

Qual lhe parece o diagnóstico mais provável para as alterações endoscópicas observadas?



Fig. 1

- 1 – Esofagite hipertensiva
- 2 – Tumor do estômago
- 3 – Varizes esofágicas
- 4 – Compressão duodenal pela trombose da veia porta

Comentários

O aspecto que mostramos corresponde a uma imagem do esófago distal onde se podem ver quatro cordões de varizes do esófago que ocupam praticamente todo o lumen do órgão (grau III) e com alguns pontos vermelhos na sua superfície (red spots) e vasos de neoformação pelas 13 horas. No 1/3 médio havia igualmente 3 cordões de grau II e um deles estendia-se até ao 1/3 superior do esófago.

O nosso doente apresentava um quadro de hipertensão portal de causa extra-hepática ou melhor pré-hepática, provocado por trombose da veia porta, com alguns anos de evolução, com varizes de grau III e sem história de qualquer episódio hemorrágico.

Na tentativa de encontrar uma explicação para a trombose vascular fizemos um estudo do doente e verificamos que apresentava um déficit de factor X (50,8%), factor de Leiden positivo e anticorpos anticardiolipina positivos. Estas alterações que estavam também presentes no pai, facilitam a trombose vascular, e associados ao episódio de apendicite supurada poderão ser responsáveis pelo desenvolvimento da trombose da veia porta.

Desde que foram descobertas as varizes o doente iniciou tratamento profilático da hemorragia digestiva alta com propranolol oral e tendo em conta a dimensão actual das varizes aguarda entrada em programa de ligadura elástica para profilaxia primária de acidentes hemorrágicos.

Conclusão: Hipertensão portal secundária a trombose da veia porta, provavelmente causada por quadro infeccioso abdominal em doente com factores predisponentes de trombose.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Mckiernan PJ, Beath SV, Davison SM "A prospective study of endoscopic esophageal variceal ligation using a multi-band ligator" J. Pediatr. Gastroent. Nutr. 2002; 34: 207-11.
- 2 - Shashidhatt, Langhans N, Grand RJ; "Propranolol on prevention of portal hypertensive hemorrhage in children: a pilot study" J. Pediatr. Gastroent. Nutr. 1999; 29:12-7.
- 3 - Jean Pappas Molleston; "Variceal Bleeding in Children – invited review" J. Pediatr. Gastroent. Nutr. 2004; 37: 538-545.