

19/10/2015

20/10/2015

21-26/10/2015

27/10/2015

28/10/2015

- ✓ 87 anos
- ✓ Antecedentes:
 - DM2
 - Cardiopatia isquémica e valvular
 - IC
 - IRC
 - FA
- ✓ Medicação: dabigatrano e possivelmente varfarina

SU:

Adinamia e mal estado geral
EO: Hipotensão, pelidez e dor epigástrica, sem irritação peritoneal

Análises:

- Hb: 5,2 g/dL
- INR: 2,79
- Creatinina: 2,5 mg/dL
- Ureia: 239 mg/dL



MEDICINA:

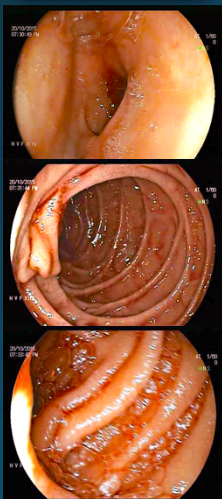
Anemia e IRC agudizada

Hb: 6,1 g/dL e episódio de melenas

EDA:

Esófago e estômago sem lesões. Bulbo duodenal e segmentos D2 e D3 com sangue que reflui de jusante, sem lesões da mucosa.

Conclusão: Hemorragia digestiva de causa não esclarecida com fonte provável no intestino delgado



Início ocreótidio, PFC e vitamina K



Hipotenso e taquicárdico
Hb: 7 g/dL

UCI: choque hemorrágico

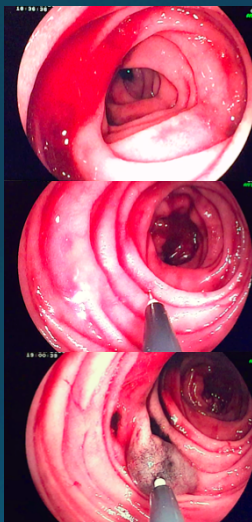


- Ácido aminocaprílico
- Fibrinogénio
- Técnica de substituição renal contínua para eliminação do dabigatrano

UCIP: normalização da função renal, estabilidade HD mas com necessidade de transfusões diárias



Hb: 6,9 g/dL e hemoqueúzias



Enteroscopia com colonoscópio pediátrico:

Escassos resíduos hemáticos em D4 mas sem lesões. Progressão de 30-40 cm de jejuno com sangue vivo no trajeto.

No limite distal identificou-se hemorragia persistente após lavagem, sem hemostase após injeção de adrenalina. Marcação com tinta-da-china a 10 cm a montante da hemorragia.

Hemorragia activa persistente
Hb: 6,1 g/dL



BLOCO OPERATORIO:

1. Laparotomia mediana supraumbilical
2. Identificação da ansa marcada com tinta-da-china a 30 cm do ângulo de Treitz
3. Ressecção segmentar de 20 cm distalmente à marcação
4. Anastomose L-L com GIA 100
5. Encerramento da parede por planos



CIRURGIA:

Hb: 7,6 g/dL
Estabilidade HD
Sem novas perdas hemáticas

ALTA:

Total: 21 UGEs
Hb: 8,1 g/dL

Medicado com AAS apenas, referenciado à consulta de Cirurgia e Cardiologia para eventual reinício de anticoagulação

CONSULTA: Sem novas perdas hemáticas
Hb: 8,6 g/dL

Anatomia patológica:

Focalmente vasos tortuosos de parede espessa localizados na submucosa – aspectos compatíveis com angiodisplasia

1/11/2015

4/11/2015

13/11/2015

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Angiodisplasia é a patologia vascular mais comum do tracto gastrointestinal sendo, a seguir à diverticulose, a segunda causa mais frequente de hemorragia digestiva baixa em doentes acima dos 60 anos. As lesões afectam principalmente o cego ou cólon ascendente (>70%) e seguidamente intestino delgado (15%). Em caso de hemorragia maciça ou que necessitem de múltiplas transfusões, após intervenções medicamentosas, percutâneas e/ou endoscópicas, pode ser necessária uma abordagem cirúrgica para haver hemostase. Neste caso clínico, para além do desafio da eventual dupla anticoagulação, um dos pontos-chave da abordagem diagnóstico-terapêutica foi a localização e marcação do ponto de hemorragia, que permitiu uma intervenção cirúrgica direccionada.