

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE HIPERTENSÃO PORTAL DE PROVÁVEL ETIOLOGIA ESQUISTOSSOMÓTICA DESCOMPENSADA APÓS 20 ANOS DE ESPLENECTOMIA

Autor-relator: Daniel Ferreira Silva¹.

Co-autores: Aldillany Maria Rodrigues da Silva¹, Daniel Gonzaga da Silva¹, Victor Mariano Alencar e Silva¹, Moni Chiara Araujo Barbosa².

Resumo:

Introdução: A ruptura de varizes esofágicas e consequente hemorragia digestiva é a causa com maior potencial de letalidade da hipertensão portal esquistossomótica. O tratamento através da esplenectomia com desvascularização da grande curvatura do estômago apresenta taxas de recidiva hemorrágica inferiores a 15%. **Descrição do caso:** Paciente, 71 anos, sexo masculino, encaminhado ao ambulatório de gastroenterologia devido à descompensação de síndrome de hipertensão portal por ascite e hérnia umbilical há 6 meses. História de gastrectomia parcial de corpo e fundo por varizes, com anastomose esofagogástrica e esplenectomia em 2003. Ao exame físico: sarcopênico, icterico (+/4+) e edemaciado em membros inferiores (++/4+). Em uso de furosemida 40mg, 2x/dia e espironolactona 100 mg, 1x/dia. Ultrassonografia de abdome: sinais de doença crônica parenquimatosa do fígado (DCPF) com fibrose periportal, perivesicular e atrofia do lobo direito hepático (esquistossomótica); veias portais de calibre aumentado e ascite moderada. Endoscopia digestiva alta (EDA): veias esofágicas nos dois terços inferiores (3 de médio e 1 de fino calibre); gastrectomia parcial de fundo e corpo com anastomose esofagogástrica; gastropatia hipertensiva portal moderada. Anatomopatológico: gastrite crônica acentuada ativa com áreas de metaplasia intestinal moderada e pesquisa para *Helicobacter pylori* positiva. Ressonância Magnética de abdome superior: sinais de DCPF; esplenectomia prévia, vasos ectasiados no hilo hepático e na região subfrênica esquerda, podendo corresponder a hipertensão portal; volumosa ascite, com discreto espessamento da membrana peritoneal nas regiões subfrênicas de aspectos inespecíficos. Afastadas hepatites virais, marcadores para hepatite autoimune e doença de Wilson. Optada EDA terapêutica com ligadura elástica para colocação de 4 ligas sem intercorrências. Paciente foi encaminhado para biópsia hepática por vídeo para seguimento do caso. **Conclusões:** A avaliação da hemodinâmica portal tem auxiliado no entendimento da patogênese e no prognóstico da síndrome de hipertensão portal. O aparecimento de varizes esofágicas após duas décadas da terapêutica cirúrgica instiga esclarecimentos e explicações acerca de justificativas para as recidivas. A

1: Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – campus Arapiraca;

2: Médica Gastroenterologista do Instituto de Gastroenterologia e Videolaparoscopia – CRM/AL 5162

ausência de estudos a longo prazo em pacientes com varizes esofagogástricas e esquistossomose hepatoesplênica faz com que casos de recidiva após muitos anos de procedimento cirúrgico continuem gerando questionamentos.

Palavras-chave: varizes esofágicas; recidiva; esplenectomia; esquistossomose

Abstract

Introduction: Esophageal variceal rupture and consequent digestive bleeding is the leading cause of potential lethality in schistosomotic portal hypertension. Treatment through splenectomy with devascularization of the greater curvature of the stomach presents recurrence rates of hemorrhage lower than 15%. **Case Report:** A 71-year-old male patient was referred to the gastroenterology outpatient clinic due to decompensation of portal hypertension syndrome with ascites and umbilical hernia for six months. He had a history of partial gastrectomy of the body and fundus for varices, with esophagogastrectomy anastomosis and splenectomy in 2003. On physical examination, he presented with sarcopenia, jaundice (+/4+), and edema in the lower limbs (++/4+). He was taking furosemide 40mg, 2x/day, and spironolactone 100mg, 1x/day. Abdominal ultrasound showed signs of chronic parenchymal liver disease (CPLD) with periportal and perivesicular fibrosis, and atrophy of the right hepatic lobe (schistosomotic); enlarged portal veins, and moderate ascites. Upper digestive endoscopy showed esophageal veins in the lower two-thirds (3 of medium and 1 of fine caliber); partial gastrectomy of the fundus and body with esophagogastrectomy anastomosis; and moderate portal hypertensive gastropathy. Histopathology showed marked active chronic gastritis with areas of moderate intestinal metaplasia and positive *Helicobacter pylori*. Abdominal magnetic resonance imaging showed signs of CPLD; previous splenectomy; ectatic vessels in the hepatic hilum and left subphrenic region, possibly corresponding to portal hypertension; large ascites with slight thickening of the peritoneal membrane in the subphrenic regions with nonspecific aspects. Viral hepatitis, markers for autoimmune hepatitis, and Wilson's disease were ruled out. Therapeutic upper endoscopy with elastic ligation was performed without complications, placing four ligatures. The patient was referred for video liver biopsy for further follow-up. **Conclusions:** The evaluation of portal hemodynamics has helped in understanding the pathogenesis and prognosis of portal hypertension syndrome. The appearance of esophageal varices two decades after surgical therapy raises questions and requires explanations about the reasons for recurrence. The lack of long-term studies in patients with esophagogastric varices and hepato-

splenic schistosomiasis means that cases of recurrence after many years of surgical procedure continue to generate questions.

Keywords: esophageal varices; recurrence; splenectomy; schistosomiasis

Introdução:

A rotura de varizes esofágicas e consequente hemorragia digestiva é a causa com maior potencial de letalidade da hipertensão portal esquistossomótica¹. A abordagem cirúrgica adequada para interromper a história da doença e evitar as recidivas hemorrágicas, ainda é razão de debates³. O tratamento através da esplenectomia com desvascularização da grande curvatura do estômago apresenta taxas de recidiva hemorrágica inferiores a 15%².

Descrição do caso:

Paciente, 71 anos, sexo masculino, encaminhado ao ambulatório de gastroenterologia devido à descompensação de síndrome de hipertensão portal por ascite e hérnia umbilical há 6 meses. História de gastrectomia parcial de corpo e fundo por varizes, com anastomose esofagogástrica e esplenectomia em 2003. Ao exame físico: sarcopênico, icterico (+/4+) e edemaciado em membros inferiores (++/4+). Paciente faz uso de furosemida 40mg, 2x ao dia e espironolactona 100 mg, 1x ao dia. Foi realizada ultrassonografia de abdome que evidenciou sinais de doença crônica parenquimatosa do fígado (DCPF) com fibrose periportal, perivesicular e atrofia do lobo direito hepático (esquistossomótica); veias portais de calibre aumentado e ascite moderada. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA): veias esofágicas nos dois terços inferiores (3 de médio e 1 de fino calibre); gastrectomia parcial de fundo e corpo com anastomose esofagogástrica; gastropatia hipertensiva portal moderada. Anatomopatológico: gastrite crônica acentuada ativa com áreas de metaplasia intestinal moderada e pesquisa para *Helicobacter pylori* positiva. Realizada Ressonância Magnética de abdome superior que evidenciou sinais de DCPF; esplenectomia prévia, vasos ectasiados no hilo hepático e na região subfrênica esquerda, podendo corresponder a hipertensão portal; volumosa ascite, com discreto espessamento da membrana peritoneal nas regiões subfrênicas de aspectos inespecíficos. Foram afastadas hepatites virais, marcadores para hepatite autoimune e doença de Wilson. Os exames laboratoriais demonstraram: AST: 79,9 U/L; ALT:38,8 U/L; fosfatase alcalina: 136,74 U/L; GGT: 206 U/L; proteína total: 7,83 g/dL; albumina: 2,81g/dL, globulinas: 5,02g/dL; bilirrubina total 1,53 mg/dL; bilirrubina indireta: 1,17mg/dL, bilirrubina direta:0,36mg/dL, tempo de

atividade de protrombina 64,4%. Optada EDA terapêutica com ligadura elástica para colocação de 4 ligas sem intercorrências. Paciente foi encaminhado para biópsia hepática por vídeo para seguimento do caso.

Conclusões:

A avaliação da hemodinâmica portal, embora incomum, tem auxiliado no entendimento da patogênese e no prognóstico da síndrome de hipertensão portal. O aparecimento de varizes esofágicas após duas décadas da terapêutica cirúrgica instiga esclarecimentos e explicações acerca de justificativas para as recidivas. A ausência de estudos a longo prazo em pacientes com varizes esofagogástricas e esquistossomose hepatoesplênica, principalmente no Brasil, país endêmico, faz com que casos de recidiva após muitos anos de procedimento cirúrgico continuem gerando questionamentos.

Bibliografias:

- [1] Biase Silva-Neto WB, Quirese C, De Moura EGH, Coelho FF, Herman P. A queda da pressão portal após desvascularização esofagogástrica e esplenectomia influencia a variação do calibre das varizes e as taxas de ressangramento na esquistossomose no seguimento em longo prazo? ABCD Arq Bras Cir Dig. 2021;34(2):e1581. DOI: /10.1590/0102-672020210001e1581
- [2] FERRAZ, Á. A. B. et al.. Tratamento cirúrgico da hipertensão portal esquistossomótica no hc/ufpe: análise de 131 casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 27, n. Rev. Col. Bras. Cir., 2000 27(5), p. 332–337, set. 2000.
- [3] Raia, S., Mies, S., & Macedo, A. L. (1984). Surgical treatment of portal hypertension in schistosomiasis. World Journal of Surgery, 8(5), 738–752. doi:10.1007/bf01655771

Anexos:

Imagem 1: Endoscopia Digestiva Alta - Veias esofágicas



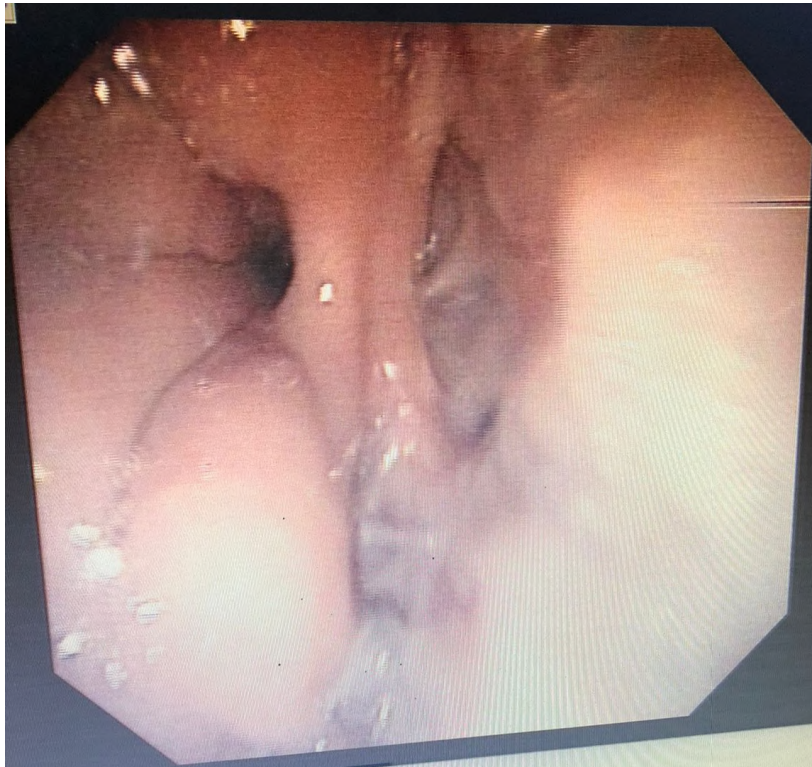
Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

Imagem 2: Endoscopia Digestiva Alta - Veias esofágicas



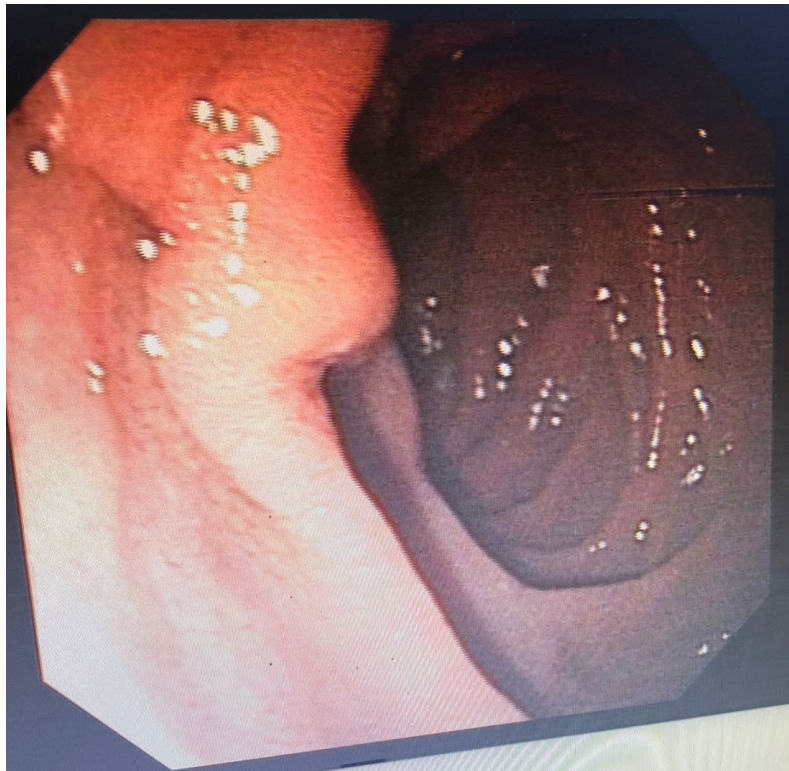
Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

Imagem 3: Endoscopia Digestiva Alta



Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

Imagem 4: Endoscopia Digestiva Alta



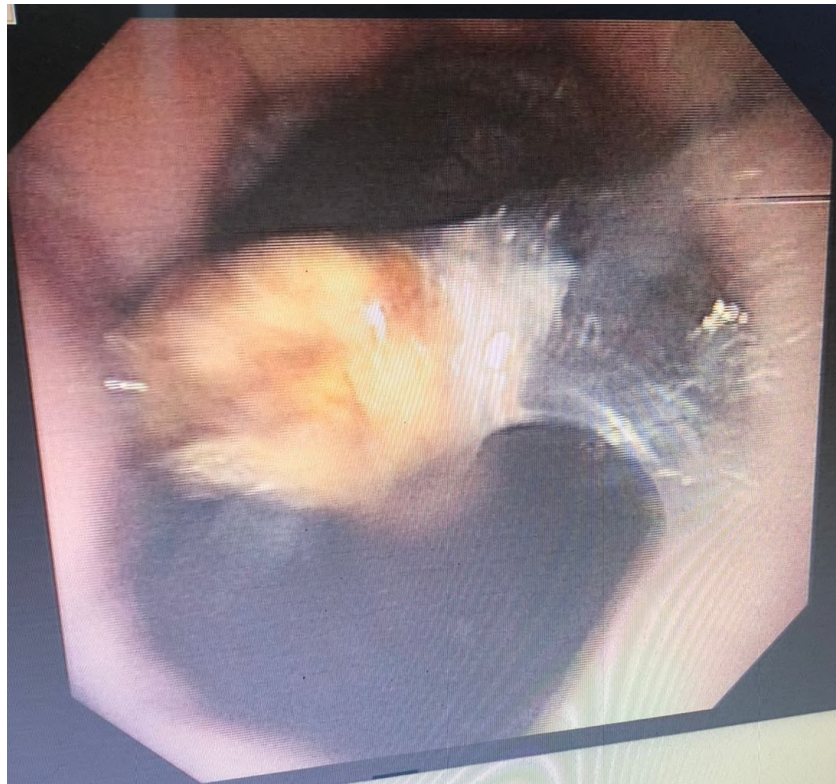
Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

Imagem 5: Endoscopia Digestiva Alta



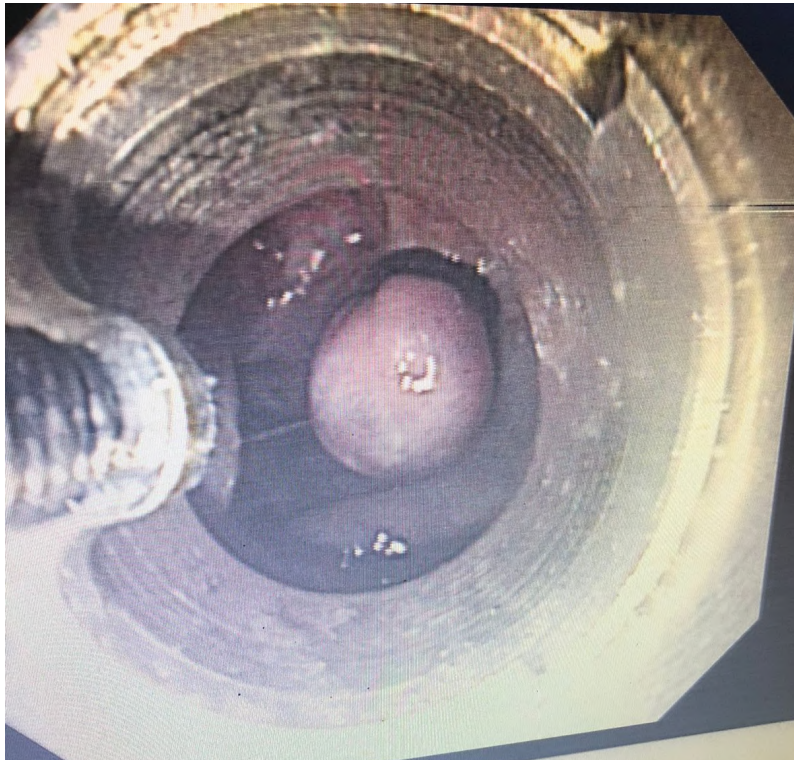
Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

Imagem 6: Endoscopia Digestiva Alta



Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

Imagem 7: ligadura elástica varizes esofágicas



Fonte: Centro de Diagnóstico de Arapiraca

CDA

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ARAPIRACA

Exame: VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
Data: 01/03/2023

Idade: 71 anos
Médico: DRA. MONI CHIARA A. BARBOSA
Convênio: PARTICULAR

ESÔFAGO: *Peristalse, dinâmica e calibre sem alterações. Ausência de refluxo gastroesofágico durante o procedimento. Mucosa no terço superior sem alteração. Nos dois terços inferiores, observam-se 04 cordões varicosos, sendo 03 de médio e 01 de fino calibre, tortuosos, sem sinais da cor vermelha. Na junção esofagogástrica, observa-se, anastomose esofagogástrica ampla e pérvia, com bom aspecto e localizada ao nível do pinçamento diafragmático.*

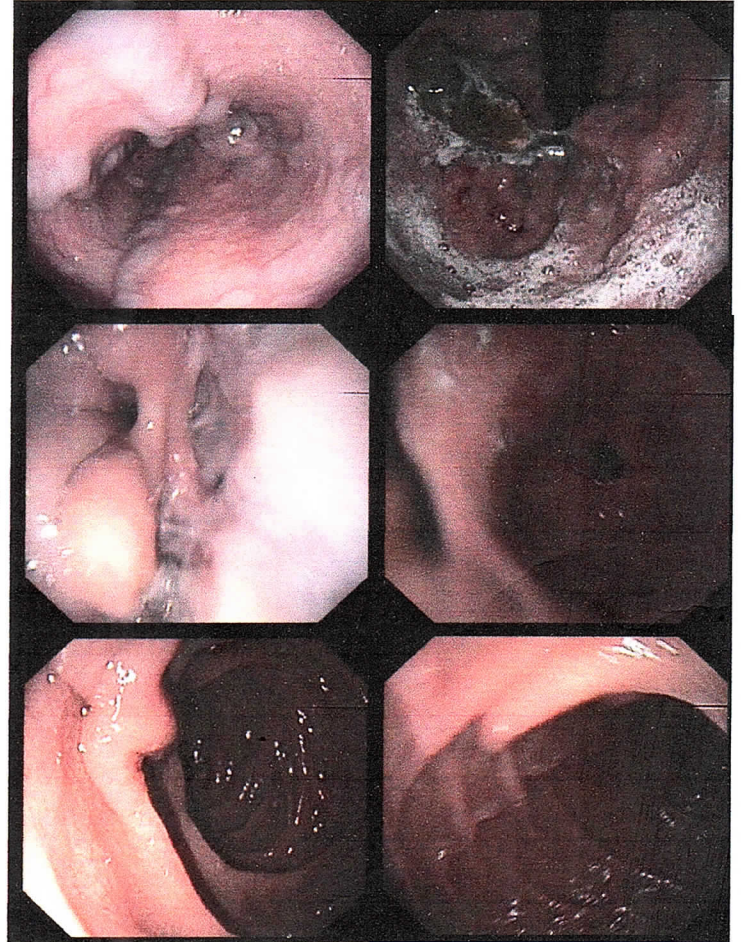
ESTÔMAGO: *Modificado a anatomia à custa de gastrectomia parcial de fundo e corpo com anastomose esofagogástrica. Boa distensibilidade à insuflação. Lago mucoso bilioso de fácil aspiração. À manobra da retrovisão, nota-se cárdia ajustada ao endoscópio. Incisura angular simétrica. Corpo e antro exibindo moderado enantema, edema, padrão em mosaico. Píloro centrado e permeável.*

DUODENO: *Bulbo e segunda porção sem alteração.*

CONCLUSÃO:

- VARIZES DE ESÔFAGO
- GASTRECTOMIA PARCIAL DE FUNDO E CORPO COM ANASTOMOSE ESOFAGOGASTRICA
- GASTROPATIA HIPERTENSIVA PORTAL MODERADA

NOTA: *Realizadas ligadura elástica com colocação de 04 ligas sem intercorrências. .*



Nº REGISTRO 398

Nº EXAME 61328884

DRA. MONI CHIARA ARAÚJO BARBOSA
CRM 5162

JA ESTAMOS REALIZANDO MANOMETRIA E PH METRIA

Rua São Francisco, 97 - Arapiraca -AL fone (82) 3482-7427

cedusarapiraca@yharoo.com.br