



CASO CLÍNICO

Hemorragia digestiva obscura complicada de choque em Testemunha de Jeová



Susana Marques*, Joana Carmo, Miguel Bispo, Pedro Barreiro, Cristina Chagas e Leopoldo Matos

Serviço de Gastreterologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Recebido a 18 de dezembro de 2013; aceite a 29 de março de 2014
Disponível na Internet a 2 de junho de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Hemorragia
gastrointestinal;
Testemunha de
Jeová;
Endoscopia;
Gastrointestinal;
Angiografia

KEYWORDS

Gastrointestinal
hemorrhage;
Jehovah's Witness;
Endoscopy;
Gastrointestinal;
Angiography

Resumo A hemorragia digestiva grave em Testemunhas de Jeová constitui um desafio clínico, no qual princípios deontológicos e ético-jurídicos se sobrepõem à necessidade de uma abordagem terapêutica rápida e eficaz. Apresentamos o caso de uma doente Testemunha de Jeová, internada por hemorragia digestiva obscura visível e anemia aguda grave, com recusa em receber hemoderivados, validada através de documentação legal. No período inicial do internamento registou-se hemorragia grave (hemoglobina mínima de 3,5 g/dL), complicada de choque, sem etiologia identificada na endoscopia digestiva alta e na colonoscopia. Foi realizada angiografia mesentérica, que documentou extravasamento de contraste em ramos jejunais da artéria mesentérica superior, tendo-se procedido a embolização arterial seletiva. A evolução clínica foi favorável, com remissão das perdas hemáticas e estabilização da hemoglobina. Em enteroscopia por videocápsula realizada posteriormente, observaram-se angiectasias e raras erosões atoides jejunais. É analisada a ambivalência da decisão clínica nesta situação de difícil abordagem terapêutica, apresentando-se iconografia.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Gastreterologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Obscure overt gastrointestinal bleeding complicated with shock in a Jehovah's Witness

Abstract The severe gastrointestinal bleeding in a Jehovah's Witness poses a clinical challenge in which deontological and legal ethical standards are in conflict with the need of an effective and fast-acting therapeutic approach. We present a case of a Jehovah's Witness, with a written refusal of transfusions, admitted for obscure overt gastrointestinal bleeding and acute severe anemia. The hospitalization was complicated by severe haemorrhage (minimum haemoglobin 3.5 g/dL) and shock, without an identified etiology on upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. An emergent angiography showed a contrast product leak in the jejunal

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: xsusanamarx@gmail.com (S. Marques).

branches of the superior mesenteric artery and a selective arterial embolization was performed. The clinical evolution was favorable, with progressive increase of the haemoglobin level. Jejunal angioectasias and aftoid erosions were observed in a videocapsule enteroscopy performed later. We discuss the ethical dilemma associated with this difficult clinical situation and present demonstrative iconography.

© 2013 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

A confissão religiosa Testemunhas de Jeová opõe-se a que os seus praticantes recebam transfusões de sangue total ou dos seus componentes primários. Segundo esta doutrina, qualquer pessoa que se afirme cristã deverá obedecer à ordem bíblica de «abster-se de sangue», caso contrário, a vida eterna ser-lhe-á retirada.

Para os profissionais de saúde, tal recusa gera um dilema ético, particularmente em situações clínicas em que há risco de vida e onde a transfusão de sangue constituiria uma abordagem terapêutica rápida e eficaz. Este dilema acentua-se quando o doente, ao recusar a transfusão, «exige» tratamentos alternativos, frequentemente onerosos e de benefício duvidoso. Apresentamos um caso controverso relativo a uma doente Testemunha de Jeová com hemorragia digestiva obscura complicada de choque.

Caso clínico

Trata-se de uma mulher de 74 anos, Testemunha de Jeová, com recusa em receber hemoderivados, validada através de documentação legal (Declaração Médica Antecipada). Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial e doença degenerativa osteoarticular. Estava medicada com ácido acetilsalicílico 100 mg/dia, losartan 50 mg/dia e, nas 2 semanas anteriores, tomou diclofenac, 100-150 mg/dia, por gonalgia. Recorreu ao serviço de urgência por quadro de melenas e astenia com 5 dias de evolução e lipotimia no próprio dia. À observação, encontrava-se normotensa (PA 110/80 mmHg), taquicárdica (FC 100 bpm) e com palidez mucocutânea. O exame abdominal era normal e no toque retal apresentava melenas. Foi colocada sonda nasogástrica, com drenagem de conteúdo bilioso. Analiticamente, verificou-se agravamento de anemia microcítica e hipocrômica já conhecida (Hemoglobina [Hb] 6,3 g/dL [normal: 13,0-17,0], VGM 79 fl [normal: 80,0-96,1], RDW 20,4% [normal: 11,5-14,5]; 2 meses antes, Hb 10,0 g/dL) e ureia elevada (81 mg/dL [normal: 19-43]). Foi realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que não documentou alterações. Ao iniciar a preparação para a colonoscopia, a doente desenvolveu quadro de hematoquezias com repercussão hemodinâmica (PA 80/40 mmHg, FC 130 bpm) e analítica (Hb 5,9 g/dL). Dada a recusa em receber sangue, foram realizadas medidas terapêuticas alternativas ao suporte transfusional. Aumentou-se o aporte de oxigénio

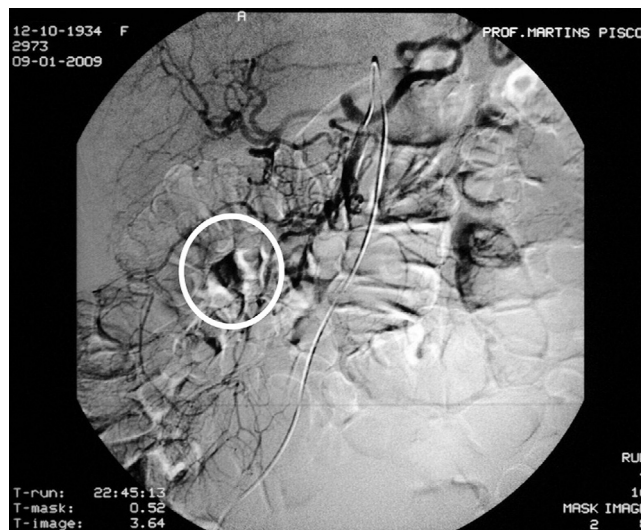


Figura 1 Angiografia da artéria mesentérica superior pré-embolização, com extravasamento de contraste em ramo jejunal.

para 4 L/min, iniciou-se reposição da volemia com cristaloides e coloides, administrou-se eritropoietina 5.000 UI/dia, óxido de ferro 500 mg/dia e ácido fólico 10 mg/dia. No dia seguinte foi submetida a colonoscopia total com ileoscopia que documentou abundante sangue digerido em todo o cólon e no íleo terminal, sem qualquer potencial causa de hemorragia identificada. A doente foi observada pela cirurgia geral, que recusou a hipótese de intervenção cirúrgica na ausência de suporte transfusional, dada a instabilidade clínica. Ao 3.º dia, mantinha perdas hemáticas significativas, com agravamento da anemia (Hb 3,5 g/dL). Foi realizada angiografia de urgência que revelou extravasamento de contraste em ramos jejunais da artéria mesentérica superior (fig. 1), tendo-se procedido a embolização arterial seletiva com partículas de gelfoam (Astellas Pharma Inc., Tóquio, Japão), sem intercorrências. (fig. 2) A evolução pós-embolização foi favorável, com estabilização clínica e elevação progressiva dos valores de hemoglobina (no 5.º dia pós-embolização, Hb 5,0 g/dL). Ao 6.º dia foi realizada enteroscopia por videocápsula (PillCam SB2, Given Imaging, Yoqneam, Israel), que documentou várias angiectasias dispersas ao longo do jejuno (fig. 3A), incluindo uma maior de aspeto esbatido com mucosa circundante pálida

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311030>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311030>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)