

TROMBOSE DE VEIA PORTA EM PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA: UM RELATO DE CASO

GEHLEN, Maria Luiza¹
TANAKA, Tomaz Massayuki²
CARNIEL, Daniela Galon³
CORAZZA, Jerusa Marquardt⁴
JORGE, Mirela Andressa⁵

RESUMO

Hoje, com o aumento crescente do número de obesos na população mundial, houve um acréscimo significativo na realização de cirurgia bariátrica. Esse procedimento tem sido considerado o principal meio para tratamento de obesidade mórbida e controle de fatores que alteram o metabolismo, tais como diabetes e hipertensão. Apesar dos efeitos positivos, todo procedimento cirúrgico tem suas intercorrências. Esse trabalho tem por objetivo relatar o caso de um paciente que apresentou trombose de Veia Porta após ter sido submetido à cirurgia bariátrica videolaparoscópica pelo método de Fobi-Capella, detalhando a evolução diagnóstica, as características clínicas dessa patologia, assim como os métodos diagnósticos e a conduta terapêutica. Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema, comparando os dados do paciente com os relatados na literatura. A metodologia utilizada consiste em um estudo descritivo e relato de caso de trombose de Veia Porta após cirurgia bariátrica, que teve como base a análise de prontuário médico.

PALAVRAS-CHAVE: Trombose. Veia Porta. Cirurgia Bariátrica.

PORTAL VEIN THROMBOSIS IN A PATIENT SUBMITTED TO VIDEOLAPAROSCOPIC BARIATRIC SURGERY: A CASE REPORT

ABSTRACT

Today, with the increasing number of obese people in the world population, there has been a significant increase in the achievement of bariatric surgery. This procedure has been considered the main means for treatment of morbid obesity and control of factors that alter metabolism, such as diabetes and hypertension. Despite the positive effects, every surgical procedure has its interurrences. This paper aims to report the case of a patient who presented Portal Vein thrombosis after having undergone videolaparoscopic bariatric surgery using the Fobi-Capella method, detailing the diagnostic evolution, the clinical characteristics of this pathology, as well as the diagnostic methods and the therapeutic behavior. A review of the literature on the subject was carried out comparing the patient's data with those reported in the literature. The methodology used consists of a descriptive study and a case report of portal vein thrombosis after bariatric surgery, based on medical chart analysis.

KEYWORDS: Thrombosis. Vein Porta. Bariatric surgery.

¹ Acadêmica do 9º período do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: malugehlen@hotmail.com

² Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Jundiaí - FMJ (1979), doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (2002). E-mail: tomaz@gastro.com.br

³ Acadêmica do 9º período do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: danicarniel7@hotmail.com

⁴ Acadêmica do 8º período do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: jerusamcorazza@gmail.com

⁵ Acadêmica do 8º período do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: mirelajorge@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Hoje, com o aumento significativo do número de obesos na população mundial, tem-se realizado cada vez mais cirurgias bariátricas visando à redução de peso. Esse procedimento auxilia na redução de comorbidades e na melhora da qualidade de vida dos pacientes, no entanto, apresenta alguns riscos e complicações significativas, dentre elas a trombose de Veia Porta. A trombose de Veia Porta foi relatada inicialmente por Stewart e Balfour no final da década de 1860 e foi descrita pela primeira vez como uma complicação cirúrgica em 1895 por Delatour, após uma esplenectomia, sendo então descrita após vários outros procedimentos. Trata-se da obstrução total ou parcial do lúmen do vaso por um trombo, podendo acometer também seus vasos tributários. Alguns fatores de risco cirúrgico como aumento da pressão intra-abdominal, hipercapnia e a posição de Trendelenburg, além de fatores de risco locais como infecção, inflamação e doenças malignas favorecem a ocorrência desta patologia. Sua incidência na população em geral é de 1%, sendo considerada uma complicação rara e potencialmente fatal. Grande parte dos pacientes apresenta-se assintomática, contudo, quando presentes, os sintomas são inespecíficos, exigindo alto índice de suspeição para o diagnóstico. Esse, por sua vez, é realizado de maneira incidental através de exames de imagem, sendo a Tomografia Computadorizada com injeção de contraste o melhor método. Quando diagnosticada, a anticoagulação deve ser iniciada prontamente a fim de evitar resultados potencialmente fatais. O tratamento é instituído de acordo com a gravidade da apresentação da patologia, e tem como objetivo final a patência da veia porta e não somente sua embolização.

Esse trabalho discorrerá sobre o caso de um paciente que apresentou trombose de Veia Porta após cirurgia bariátrica pelo método de Fobi-Capella, complicação particularmente rara na prática clínica. Serão relatadas características clínicas e etiológicas, o diagnóstico e o tratamento ofertado para referida doença. Apesar de o estado pró-trombótico ser um problema conhecido em pacientes com obesidade mórbida e a trombose venosa ser uma complicação bastante conhecida nesse grupo de pacientes, ainda existem poucas publicações acerca de trombose de veia porta após cirurgia bariátrica, sendo de relevância acadêmica e médica fazer o relato do caso encontrado na cidade de Cascavel – PR.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DESCRIÇÃO DO CASO

B.J.S.J., 53 anos, sexo masculino, portador de Diabetes Mellitus do tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica e Hipercolesterolemia, ex-tabagista e etilista leve. Histórico familiar de obesidade, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Paciente procura atendimento médico com gastroenterologista para tratamento de obesidade de longa data e comorbidades associadas. Refere insucesso na tentativa de perder peso através de medidas de reeducação alimentar e prática de atividades físicas. Ao exame físico: peso 134,15 kg, altura 1,72 m, índice de massa corporal (IMC) 45 kg/m², pressão arterial (PA) 170x90 mmHg. Nesse momento, foi constatada obesidade grau III (IMC > 40 kg/m²) sendo então recomendada cirurgia bariátrica o paciente. Dois meses após consulta inicial paciente retorna com exames laboratoriais, dentro dos padrões de normalidade, e liberação cardiológica para ser submetido à cirurgia. Realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que demonstrou gastrite crônica de antro gástrico, grau leve e epitélio escamoso esofágico sugestivo de esofagite de refluxo, grau leve. Ao exame físico: peso 127,30 kg, IMC 43 kg/m², PA 130x90 mmHg. No mês seguinte paciente foi submetido à cirurgia bariátrica videolaparoscópica, sendo utilizada a técnica de Bypass Gástrico (Fobi-Capella), sem intercorrências durante o procedimento. No décimo dia de pós-operatório retorna em consulta de rotina, com boa aceitação alimentar, regularidade intestinal e sem queixas. Ao exame, nota-se perda de 11 kg e IMC de 39 kg/m², PA 117x80 mmHg. Aproximadamente dois meses após procedimento cirúrgico, paciente retorna com queixa de inapetência, desconforto com o cheiro de alimento, fraqueza e indisposição, acompanhada de cólicas abdominais recorrentes após alimentação. Ao exame físico peso 103,8 kg, IMC 35 kg/m², PA 117x80 mmHg. Realizada EDA com resultado sugestivo de Esôfago de Barret curto e presença de varizes esofágicas de pequeno calibre. Realizada também Ecografia de Abdomen Total, que demonstrou sinais sugestivos de trombose de Veia Porta, posteriormente confirmada por Tomografia Computadorizada com injeção de contraste. Confirmado o quadro, o paciente foi encaminhado para trombectomia e administração de medicação sistêmica (Xarelto 20mg/dia) concomitantemente. Um ano após trombectomia, foi realizada Tomografia Computadorizada de controle, que demonstrou importante melhora do padrão hepático com regeneração cavernamentosa da circulação portal. Hoje, paciente encontra-se assintomático, com boa aceitação alimentar, função intestinal regular e retorno às atividades diárias.

3. METODOLOGIA

O presente estudo de caso constitui-se em uma pesquisa fenomenológica e descritiva, com abordagem qualitativa e longitudinal retrógrada. Foi realizado através de análise da evolução do quadro clínico de paciente que apresentou trombose de Veia Porta após cirurgia bariátrica videolaparoscópica. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Faculdade Assiss Gurgacz – FAG, com o número 80711217.0.0000.5219. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo participante após os procedimentos envolvidos no estudo terem sido detalhadamente explicados. A pesquisa documental teve por base o prontuário clínico e exames complementares realizados pelo paciente no município de Cascavel-PR. A pesquisa bibliográfica teve como base científica artigos científicos encontrados em banco de dados do PUBMED e MEDLINE, dos últimos anos, bem como revisões atualizadas que descrevem a patologia estudada.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A cirurgia bariátrica tornou-se o principal tratamento para a obesidade mórbida atualmente, com milhares de procedimentos sendo realizados a cada ano. Foi demonstrado que esse procedimento auxilia os pacientes na perda significativa de peso e na melhora das comorbidades associadas e da qualidade de vida. Contudo, apesar desses pontos positivos, a cirurgia bariátrica apresenta complicações inerentes (GOITEN *et al.*, 2012). Uma das complicações mais comuns é o tromboembolismo venoso, especialmente a embolia pulmonar e a trombose venosa profunda. A trombose portal, por sua vez, é muito menos frequente e tem sido relatada após as técnicas de Bypass gástrico (Fobi-Capella), Y de Roux, banda gástrica e Sleeve de cirurgia bariátrica (BRIDGES, GIBBS e HOEHMANN, 2017).

A trombose de Veia Porta foi relatada inicialmente por Stewart e Balfour no final da década de 1860 e foi descrita pela primeira vez como uma complicação cirúrgica em 1895 por Delatour, após uma esplenectomia, sendo então descrita após vários outros procedimentos (GOITEN *et al.* 2012; WANI *et al.*; 2015). Ela é definida como uma obstrução total ou parcial do lúmen do vaso e/ou uma de suas tributárias pela formação de um trombo. Pode ser classificada em aguda ou crônica, completa ou incompleta e infectada ou não infectada. Ainda, em relação à anatomia, pode ser classificada de acordo com a extensão do acometimento dos vasos tributários (BASIT *et al.*, 2014).

Sua ocorrência como uma complicação cirúrgica é incomum e geralmente está ligada a situações que envolvam ligaduras de vasos, manipulação ou lesão do sistema portomesentérico ou transplante hepático (GOITEN *et al.*, 2012; SALINAS *et al.*, 2013).

Sua incidência é de 1% na população em geral, apesar de variar de acordo com a fisiopatologia e a etiologia. Um estudo retrospectivo realizado e publicado pela American Medical Association, entre janeiro de 2007 e junho de 2012, com um total de 5706 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica demonstrou que apenas 17 pacientes desenvolveram trombose portal clinicamente aparente. Destes 17 pacientes, 7 (41,2%) eram mulheres. A idade média foi de 38 anos e o IMC (índice de massa corporal) médio foi de 44,3. O histórico de tromboembolismo venoso estava presente em quase um terço dos pacientes que desenvolveram trombose de Veia Porta posteriormente, tornando-o um fator de risco importante para o desenvolvimento da patologia (GOITEN *et al.*, 2012).

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica estão sujeitos a múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento de trombose portal, dentre eles a obesidade e a imobilização pós-operatória. A obesidade por si própria gera um estado hipercoagulável, aumentando em duas vezes o risco de trombose portal. Um estudo prospectivo de coorte realizado em Viena demonstrou uma relação diretamente proporcional entre ganho de peso e tromboembolismo venoso (BRIDGES, GIBBS e HOEHMANN, 2017; BELNAP *et al.*, 2016).

Alguns aspectos cirúrgicos também favorecem a ocorrência de trombose como o aumento da pressão intra-abdominal, hipercapnia e a posição de Trendelenburg. A hipercapnia vem sendo associada ao vasoespasma mesentérico, diminuindo o fluxo sanguíneo que chega à veia porta. Além disso, o aumento da pressão intra-abdominal resulta em diminuição do retorno venoso, levando à estase sanguínea e criação de um estado pró-trombótico (BRIDGES; GIBBS; HOEHMANN, 2017).

Os fatores de risco locais mais comumente encontrados são infecções, inflamações e condições associadas à malignidade. Alguns casos relacionados a procedimentos cirúrgicos também tem sido relatados. Recentemente, as trombofilias e as mutações genéticas no fator V de Leiden e na protrombina têm sido consideradas condições predisponentes à formação de trombos (BABA; FAKHOURY; SYED, 2015; SALINAS *et al.*, 2013; WANI *et al.*; 2015).

A trombose portal apresenta-se de forma assintomática em até de 50% dos casos e também pode mimetizar outras doenças, pois seus sintomas são inespecíficos. Dentre eles destacam-se dor abdominal, náuseas, vômitos, febre e aumento dos glóbulos brancos (BRIDGES, GIBBS e HOEHMANN, 2017; BABA, FAKHOURY e SYED, 2015). Em sua forma aguda, está associada a sintomas como constipação, dor abdominal, febre, diarreia, sangramento retal, entre outros. Já em sua forma crônica está associada com a presença de uma rede de vasos colaterais, risco de

sangramento intestinal, esplenomegalia, pancitopenia, varizes e raramente ascite. (BASIT *et al.*, 2014; WANI *et al.*; 2015).

Existem três complicações importantes associadas à trombose de Veia Porta: hipertensão portal, isquemia do intestino delgado e isquemia hepática. A Veia Porta é responsável por levar 75% do sangue e 40% do oxigênio necessário para o fígado e sua obstrução por um trombo, total ou parcial, pode ocasionar isquemia e consequentemente hepatite ou insuficiência hepática aguda. A hipertensão portal pode causar hemorragia gastrointestinal, enquanto a isquemia de delgado exige a realização de transplante intestinal em muitos casos e apresenta uma mortalidade de até 50% (BASIT *et al.*, 2014).

Em grande parte dos pacientes, o diagnóstico é feito incidentalmente através de exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada de abdômen com injeção de contraste o exame padrão-ouro. Contudo, outros exames como a ultrassonografia, a ressonância magnética abdominal e a angiografia também auxiliam no diagnóstico do quadro (BASIT *et al.*, 2014; ALSINA *et al.*, 2014).

Quando se diagnostica um caso de trombose de Veia Porta, a anticoagulação deve ser iniciada rapidamente a fim de evitar resultados potencialmente fatais. Ela reduz o risco de sangramento e é altamente eficaz nos casos não oclusivos. A patência da Veia Porta deve ser o objetivo da terapia e não apenas a estabilização do trombo. A escolha do tratamento baseia-se na gravidade da doença, na extensão do trombo e nas condições de saúde do paciente. Na maioria dos casos utiliza-se a heparina, contudo seu uso isolado apresenta chance de falha de aproximadamente 65%. Em casos de trombose oclusiva, a laparotomia associada à trombectomia associada à utilização de rTPA (ativador do plasminogênio tecidual recombinante) e heparina é altamente eficaz na restauração da fisiologia e do fluxo portal (BRIDGES *et al.*, 2017; BELNAP *et al.*, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo se propôs a discutir um caso sobre um paciente que apresentou trombose de Veia Porta após ser submetido à cirurgia bariátrica, assim como os métodos diagnósticos e a conduta terapêutica. Diferente da grande maioria dos casos, o paciente apresentou-se sintomático, o diagnóstico, por sua vez, foi realizado através do exame considerado padrão-ouro (Tomografia Computadorizada com injeção de contraste), como descrito na literatura. Já a conduta terapêutica teve como base a trombectomia e deu-se preferência ao uso de Rivaroxabana ao invés de Heparina

como terapia anticoagulante. A relevância do caso se dá pela baixa incidência de tal complicação no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

ALSINA, E.; RUIZ-TOVAR, J.; ALPERA, MR. et al. **Incidence of deep vein thrombosis and thrombosis of the portal-mesenteric axis after laparoscopic sleeve gastrectomy**. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, Department Of Radiology, General University Hospital Elche , Alicante, Spain, v. 24, n. 9, p. 601-605, jul. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1089/lap.2014.0125>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

BABA, M.; FAKHOURY, J.; SYED, A. **Portal Vein Thrombosis due to Prothrombin Gene Mutation following Sleeve Gastrectomy**. Case Reports in Gastrointestinal Medicine, Department Of Internal Medicine, Jersey City Medical Center, 355 Grand Street, Jersey City, NJ 07302, USA, v. 2015, n. 816914, p. 1-4, out. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2015/816914>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BASIT, Syed Abdul; STONE, Christian D.; GISH, Robert. **Portal Vein Thrombosis**. Clinics in Liver Disease, Section Of Gastroenterology And Hepatology, University Of Nevada School Of Medicine, 2040 West Charleston Boulevard, Suite 300, Las Vegas, NV 89102, USA, v. 19, n. 1, p. 199-221, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089326114000944?via%3Dihub>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BELNAP, L.; RODGERS, GM.; COTTAM, D. et al. **Portal vein thrombosis after laparoscopic sleeve gastrectomy: presentation and management**. Surgery for Obesity and Related Diseases, Bariatric Medicine Institute, Salt Lake City, Utah, v. 12, n. 10, p. 1787-1794, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27178606>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BELNAP, L.; ZAVERI, H.; SURVE, A. et al. **What is the optimal treatment of superior mesenteric vein/portal vein thrombosis after bariatric surgery? Is SMA-directed t-PA the answer?** Surgery for Obesity and Related Diseases, Bariatric Medicine Institute, Salt Lake City, Utah, v. 13, n. 3, p. 533-537, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159562>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

BRIDGES, F.; GIBBS, J.; HOEHMANN, C. **Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Complicated by Portomesenteric Vein Thrombosis: a Case Series**. Obesity Surgery, Department Of General And Bariatric Surgery, Good Samaritan Hospital Medical Center, West Islip, NY, USA, v. 27, n. 4, p. 1112-1114, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28120146>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

GOITEIN, D; MATTER, I.; RAZIEL, A. et al. **Portomesenteric thrombosis following laparoscopic bariatric surgery: incidence, patterns of clinical presentation, and etiology in a bariatric patient population**. JAMA Surgery, Department Of Surgery C, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, 52621 Israel, v. 148, n. 4, p. 340-346, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715896>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SALINAS, José; BARROS, Diego; SALGADO, Napoléon et al. **Portomesenteric vein thrombosis after laparoscopic sleeve gastrectomy. Surgical Endoscopy.** Surgery Division, Department Of Digestive Surgery, Faculty Of Medicine Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago Chile, 26 fev. 2014. Volume 28, Issue 4, p. 1083–1089. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00464-013-3055-8>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

WANI, Zeeshan A.; BHAT, Riyaz A.; BHADORIA, Ajeet S. et al. **Extrahepatic Portal Vein Obstruction and Portal Vein Thrombosis in Special Situations: Need for a New Classification.** The Saudi Journal of Gastroenterology, Department Of Hepatology, Institute Of Liver And Billiary Sciences, New Dehli, India, 31 dez. 2014. 21(3), p. 129-138. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC445>