

SÍNDROME DE HEYDE – CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MÉDIA

Costa M.¹, Pereira J.², Capela T.¹, Silva M.J.¹, Russo P.¹, Carvalho D.¹, Loureiro R.¹, Bernardes C.¹,
Saiote J.¹, Bilhim T.², Barbosa I.³, Coimbra J.¹, Mateus Dias A.¹

¹Serviço de Gastroenterologia e ²Serviço de Imagiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central

³Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Caso Clínico

Identificação

Sexo feminino

80 anos

Eurocaucasiana

Natural e residente em
Portalegre

Reformada (doméstica)

Católica

Caso Clínico

Internamento por anemia ferropénica grave
(hemoglobina de 5,7g/dL) e melenas
intermitentes

Caso Clínico

Antecedentes Pessoais

Estenose aórtica grave

HTA

DM2 NIT

Dislipidémia

IRC

Medicação Habitual

Lercanidipina, carvedilol,
perindopril, furosemida

Nateglinide

Sinvastatina + Ezetimiba

Clopidogrel

Caso Clínico

Exame Físico

Bom estado geral

Sem sinais de dificuldade respiratória, tolerando o decúbito dorsal; SpO₂(aa): 98%

Mucosas hipocoradas e hidratadas

TA: 113/54mmHg; PP: 60bpm; Tax:36.5°C

AC: rítmica e regular, **sopro sistólico III/VI**, melhor audível no foco aórtico

AP: MVM e simétrico, sem ruídos adventícios

Abdómen globoso, **RHA de timbre e frequência habituais; indolor à palpação superficial e profunda**; à percussão, timpanismo nos quadrantes superiores, macicez nos inferiores

MI sem edemas ou sinais de TVP

Caso Clínico

Estudo Analítico

Hemoglobina (mg/dL)	5,7
Hematócrito (%)	18,3
Glóbulos brancos (cél/μL)	5300
Plaquetas (cél/μL)	217000
Ferro (μg/dL)	48
Ferritina	47
Saturação transferrina (%)	18
Ácido fólico (ng/mL)	7,8
Vit. B12 (pg/mL)	181

TP (%)	105
aPTT (s)	37,1
Creatinina (mg/dL)	1,73
Ureia (mg/dL)	206
Na+ (mEq/L)	137
K+ (mEq/L)	4,9
LDH (U/L)	193
Bilirrubina (mg/dL)	0,21
AST (U/L)	35
ALT (U/L)	15
GGT (U/L)	7

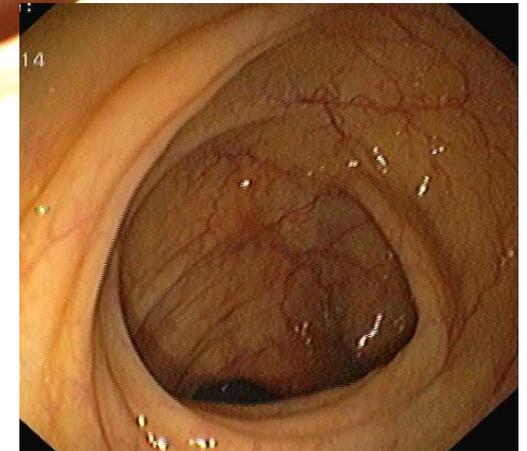
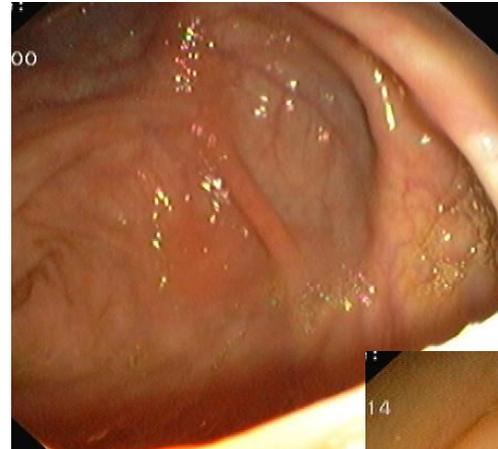
Suspendeu clopidogrel

Caso Clínico

EDA: sem lesões potencialmente sangrantes



CL: sem lesões potencialmente hemorrágicas

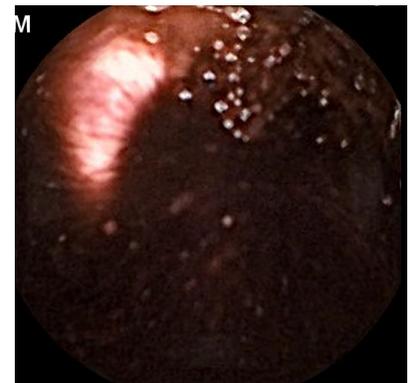
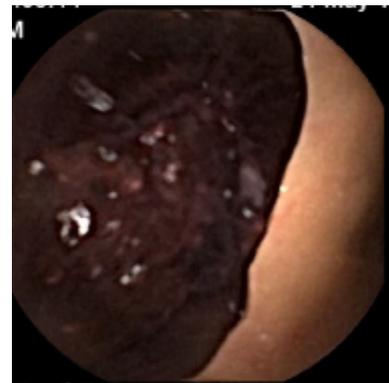
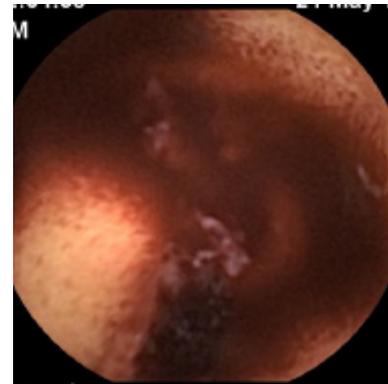


Caso Clínico

Manteve anemia com necessidade de realizar transfusão diária de concentrado de eritrócitos para garantir hemoglobina superior a 7g/dL

Caso Clínico

Enteroscopia por cápsula



Caso Clínico

Arteriografia com micro-embolização supraselectiva de vasos jejunais



- Hipervascularização ramo jejunal proximal
- Hipervascularização c/ opacificação venosa precoce



Formação angiodisplásica provável



Opacificação precoce veia cava inf. c/
drenagem aberrante



Embolização c/ 3 coils

+ Terapêutica hormonal com estrogénios

XXIX Reunião Anual NGHD

Caso Clínico

Controlo angiográfico pós-embolização



obliteração do trajecto vascular
angiodisplásico.



Caso Clínico

Boa resposta clínica e analítica

Sem novas perdas hemáticas

Estabilização da hemoglobina em 10g/dL



Alta medicada com estrogénios

Caso Clínico

Submetida a cirurgia cardíaca com implantação de válvula aórtica trans-catéter por via trans-aórtica (4 meses depois)

Suspendeu a terapêutica hormonal nesse internamento

Actualmente, 12 meses após a cirurgia

- Autónoma nas actividades de vida diárias
- Bom estado geral
- Sem perdas hemáticas objectiváveis
- Hemoglobina estável de 10g/dL

Síndrome de Heyde

Estenose aórtica

Deficiência adquirida de factor de von Willebrand

- Multímeros de elevado peso molecular do FvW → proteólise durante a passagem pela válvula aórtica estenosada

Anemia por hemorragia digestiva por angiectasias

Mais frequente em doentes com idade > 60 anos

Resolução da hemorragia digestiva após a substituição da válvula aórtica em muitos doentes

Hemorragia Digestiva Média

Apresentação como Hemorragia Digestiva **Evidente** de Causa Obscura

