



SÍNDROME DA PINÇA MESENTÉRICA SUPERIOR: A propósito de um caso clínico

Instantâneo Endoscópico

IDENTIFICAÇÃO

- **Nome:** A. F. M. G.
- **Sexo:** Feminino
- **Idade:** 73 anos
- **Leucodérmica**
- **Profissão:** Reformada
- **Naturalidade:** Castelo Branco
- **Residente:** Castelo Branco



ANAMNESE

Junho'13

Setembro'13



- **Vômitos** alimentares pós-prandiais
- **Dor abdominal**, localizada a nível dos quadrantes superiores
- **Anorexia** e **perda ponderal** marcada mas não quantificada
- Queixas com vários anos de evolução mas agravamento nos últimos 3 meses
 - Intolerância alimentar completa nos últimos dias
- Nega alterações do transito intestinal
- Nega febre

ANTECEDENTES PESSOAIS

- Dislipidemia
- Apendicectomia há cerca de 30 anos.

Medicação Habitual:

Alprazolam 0.5mg

Sinvastatina 20mg

Pantoprazol 20mg

Paracetamol SOS



EXAME OBJECTIVO

S
E
R
V
I
Ç
O
D
E
U
R
G
Ê
N
C
I
A

Doente consciente, orientada temporo-espacialmente e colaborante.

Emagrecida.

TA 129/75mmHg

FC 68bpm

Temp.: 36.4°C

ACP: sem alterações.

Abdómen: mole e depressível, indolor à palpação, **sem sinais de irritação peritoneal.**

Sem edemas periféricos.



ANÁLISES

Hemoglobina (11.5-16g/dL)	14,8
Leucócitos (4-10x10 ⁹ /L)	11,16
Plaquetas (150-450x10 ⁹ /L)	226
Protrombinémia (%)	80
PCR (<10mg/L)	<5
Ureia (15-36mg/dL)	56
Creatinina (0,7-1,20mg/dL)	0,60
Sódio (136-145mmol/L)	139
Potássio (3,6-5mmol/L)	4
Glicose (74-106mg/dL)	132
AST / TGO (14-36U/L)	14
ALT / TGP (9-52U/L)	25
Fosfatase alcalina (38-126U/L)	53
LDH (313-618U/L)	340

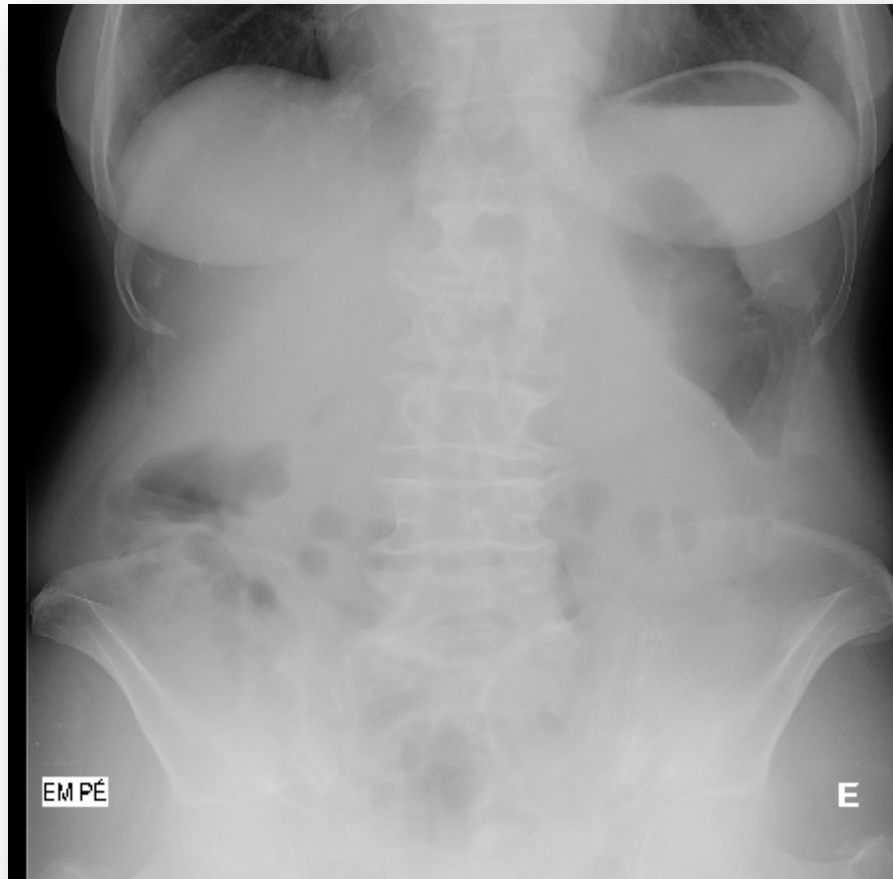


ANÁLISES

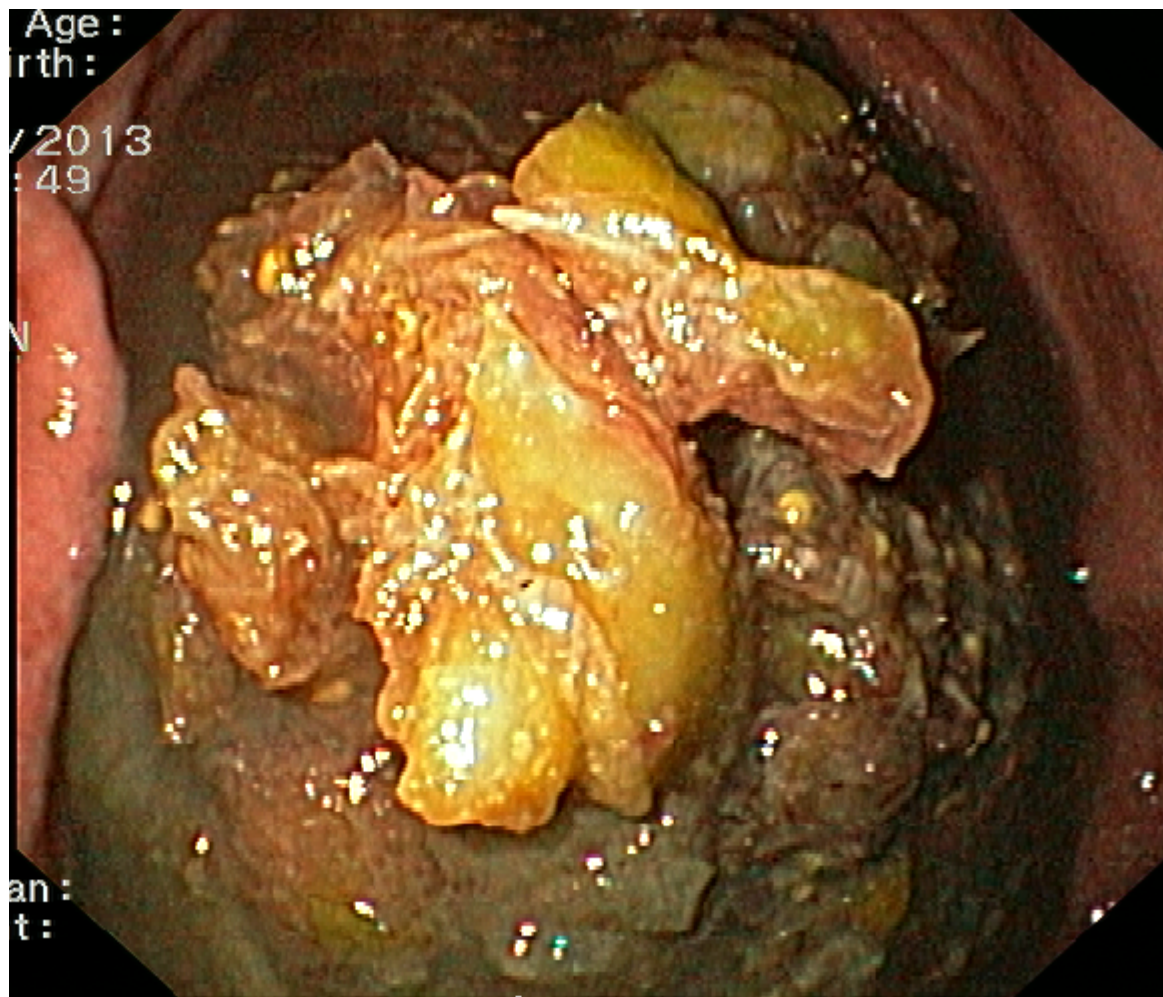
Hemoglobina (11.5-16g/dL)	14,8
Leucócitos (4-10x10 ⁹ /L)	11,16
Plaquetas (150-450x10 ⁹ /L)	226
Protrombinémia (%)	80
PCR (<10mg/L)	<5
Ureia (15-36mg/dL)	56
Creatinina (0,7-1,20mg/dL)	0,60
Sódio (136-145mmol/L)	139
Potássio (3,6-5mmol/L)	4
Glicose (74-106mg/dL)	132
AST / TGO (14-36U/L)	14
ALT / TGP (9-52U/L)	25
Fosfatase alcalina (38-126U/L)	53
LDH (313-618U/L)	340



RX ABDÓMEN



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

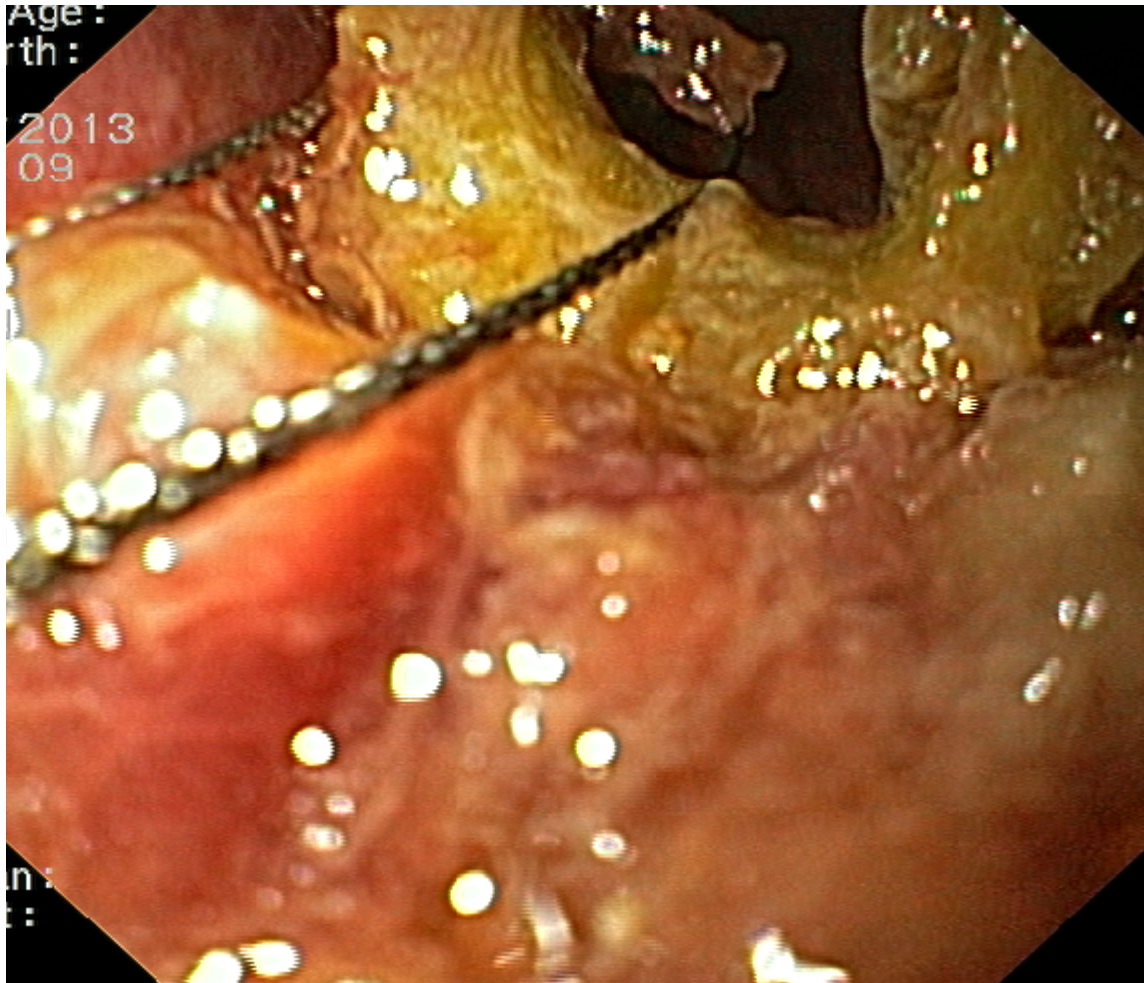


Conglomerado de fibras
vegetais e restos
alimentares

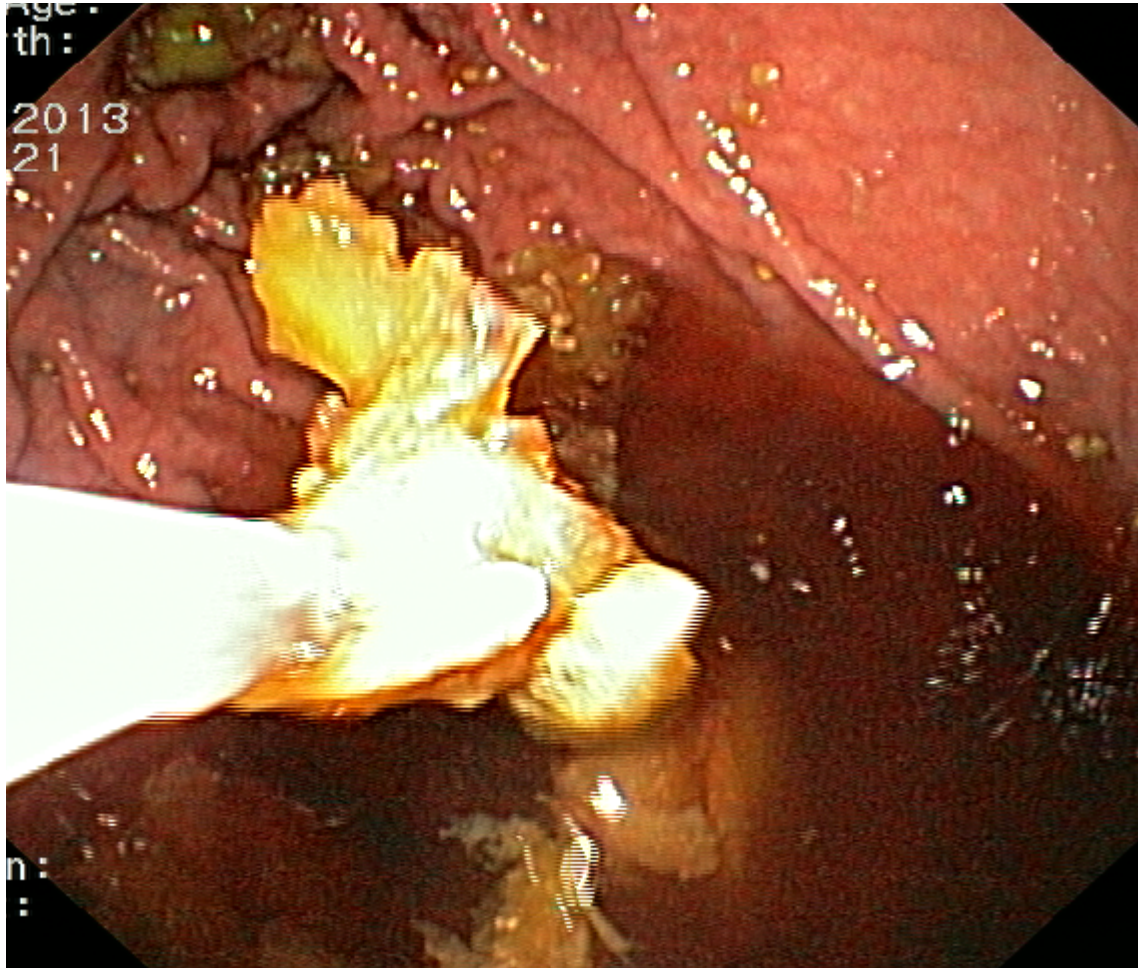
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



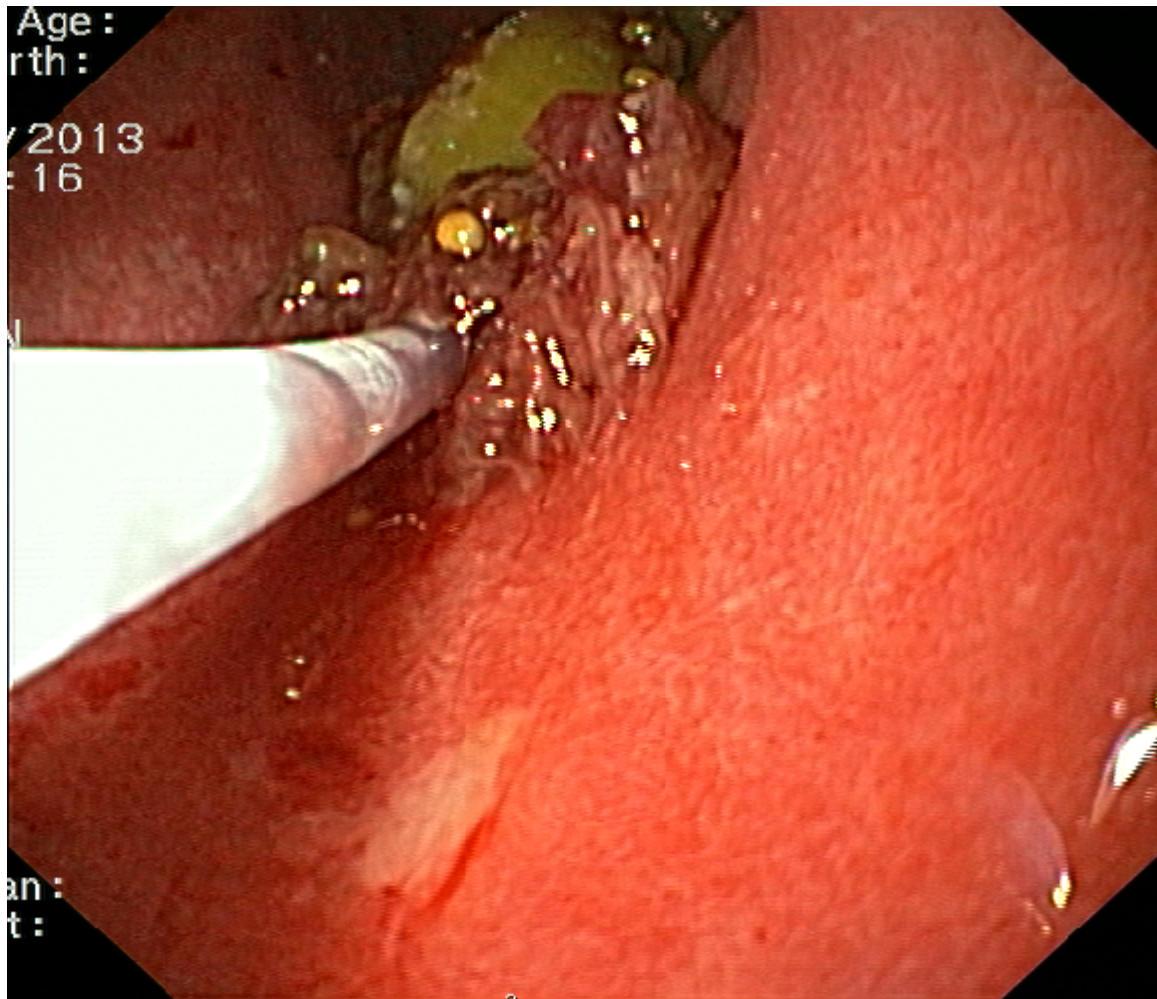
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



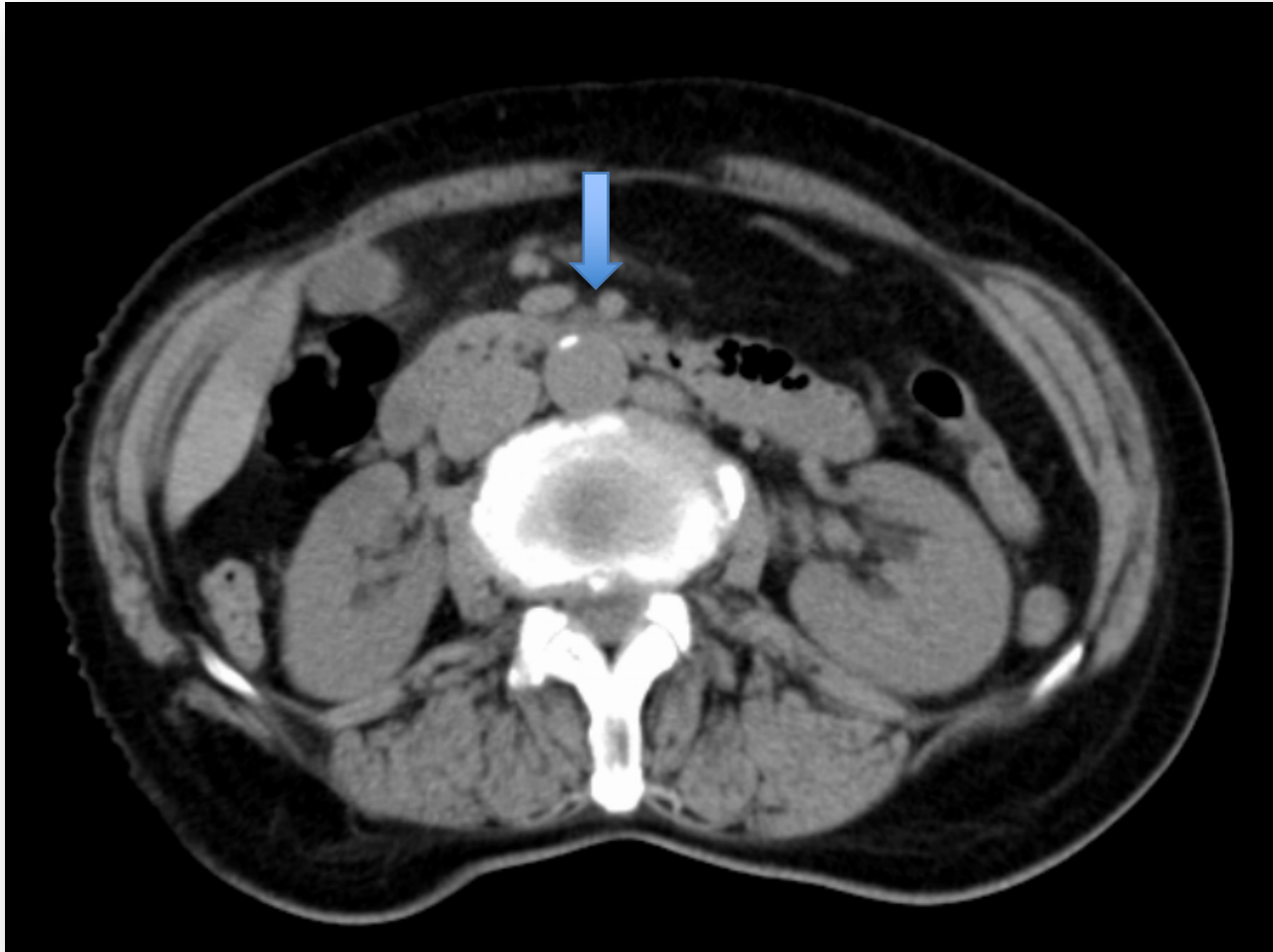
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



TAC ABDOMINAL



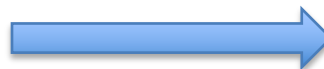
TAC ABDOMINAL



Pinça aorto-
mesentérica

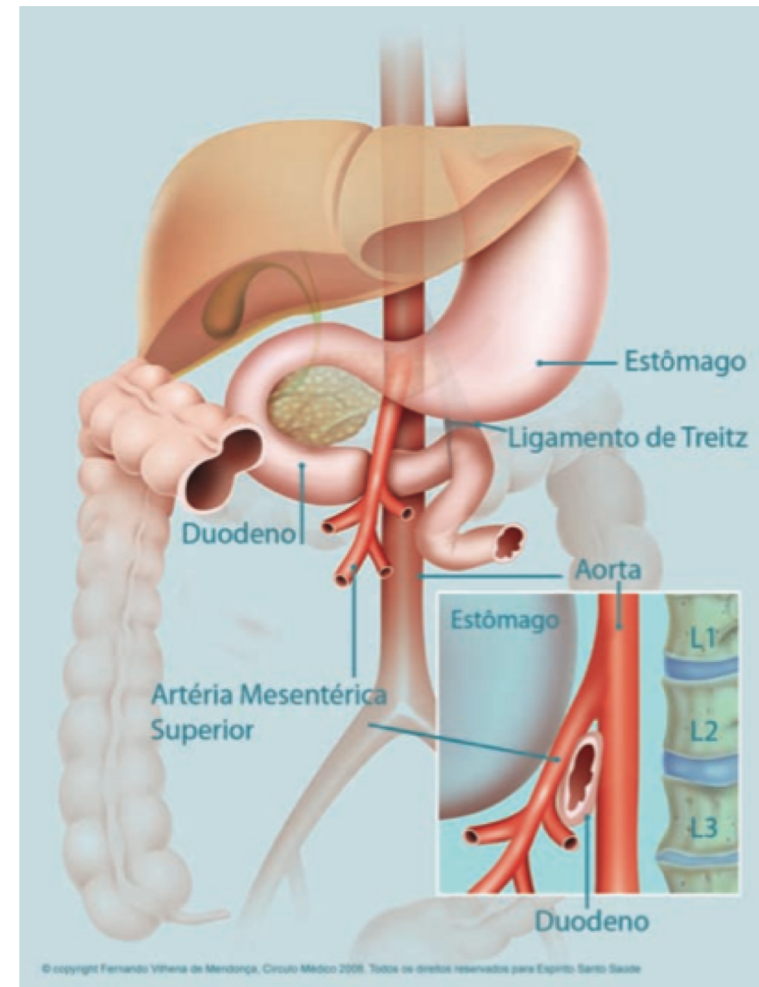
Orientação

Terapêutica médica / endoscópica.



CONCLUSÃO

- A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS), resulta de uma compressão extrínseca, de origem vascular, do **terceiro segmento duodenal**, pelo **ângulo aorto-mesentérico**, com uma obstrução parcial ou completa



CONCLUSÃO

- A SAMS tem em regra um **início insidioso** e uma **evolução crónica**, muitas vezes com vários anos de duração antes do diagnóstico.
- O **diagnóstico** é em regra **moroso e difícil**, pela necessidade de exclusão de outras causas mais comuns de obstrução intestinal.
- As informações dos **exames imagiológicos** permitem frequentemente a sua confirmação.
- O tratamento deve ser iniciado com uma **abordagem conservadora**. O tratamento **cirúrgico** é a opção consequente ao insucesso do tratamento conservador ou à recorrência dos sintomas.

CONCLUSÃO

- A SAMS tem em regra um **início insidioso** e uma **evolução crónica**, muitas vezes com vários anos de duração antes do diagnóstico.
- O **diagnóstico** é em regra **moroso e difícil**, pela necessidade de exclusão de outras causas mais comuns de obstrução intestinal.
- As informações dos **exames imagiológicos** permitem frequentemente a sua confirmação.
- O tratamento deve ser iniciado com uma **abordagem conservadora**. O tratamento **cirúrgico** é a opção consequente ao insucesso do tratamento conservador ou à recorrência dos sintomas.

Entidade rara
Deve ser lembrada no diagnóstico
diferencial de dor abdominal alta / vômitos

Associação
Bezoar / SAMS

Obrigada

