

Hemorragia hepática espontânea após terapia trombolítica: Um relato de caso

Spontaneous hepatic hemorrhage after thrombolytic therapy: A case report

Durval José de Santana Neto

Universidade Tiradentes, E-mail: durvalneto777@gmail.com

Larissa Gonçalves Moreira

Universidade Tiradentes, E-mail: larigoncalvesm@gmail.com

Antônio Alves da Silva Filho

Universidade Tiradentes, E-mail: aasfilho23@gmail.com

Iuri Marcel Alves Prates

Universidade Tiradentes, E-mail: iuriprates@hotmail.com

Paulo Vicente dos Santos Filho

Universidade Tiradentes, E-mail: paulovicentefilho@gmail.com

Resumo: Objetivo: Relatar um raro caso de hemorragia hepática espontânea após terapia trombolítica. Relato do caso: M.D, sexo feminino, 73 anos, branca, tabagista, diagnosticada com infarto agudo do miocárdio com supra ST e prescrito trombólise. No primeiro dia de internação hospitalar (DIH) referiu precordialgia e dor abdominal, abdome doloroso à palpação e Blumberg positivo. Segundo DIH: permanecia a dor abdominal e a irritação peritoneal. Exames: Eritrócitos 2.22, Hemoglobina 6.4. Ultrassonografia abdominal: líquido livre em cavidade abdominal. Condutas: 338 ml de concentrado de hemácias e solicitação da avaliação da Cirurgia Geral. Foi solicitado tomografia computadorizada, revelando hematoma subcapsular hepática direita. Proposta terapêutica: laparotomia exploratória. Realizou-se a laparotomia exploratória sob anestesia geral. Inventário da cavidade abdominal: grande quantidade de sangue, hematoma subcapsular hepático parcialmente rompido em lobo hepático direito e realizada hemostasia. No 1° dia pós-operatório (DPO) encontrava-se sedada, estável hemodinamicamente. Permaneceu em dieta zero, entubada e fez uso de uma bolsa de sangue, fentanil, noradrenalina, dormonid. Abdome distendido. Hemoglobina seriado 7.5/ 8.6/ 9.1/8.6. No 2° DPO: sedada com RASS -5 e apresentou dejeções. Sonda vesical de demora com débito de 2.550 ml/24 horas. A paciente no 3°, 4° e 5° DPO não evoluiu bem indo a óbito no 6° DPO. Comentários: A hemorragia hepática espontânea é rara e altamente letal. Quando sua causa está relacionada à terapêutica trombolítica é incomum e há poucos relatos descritos na literatura. Embora a ressonância magnética tenha melhor acurácia, a tomografia computadorizada é eficaz para o diagnóstico. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico.

Descritores: Doença Hepática Induzida por Substâncias e Drogas. Ruptura espontânea. Terapia trombolítica.

Abstract: Objective: To report a rare case of spontaneous hepatic hemorrhage after thrombolytic therapy. Case report: M.D, female, 73 years old, white, smoker, diagnosed with acute myocardial infarction with ST elevation and prescribed thrombolysis. On the first day of hospitalization (IHL), she reported chest pain and abdominal pain, painful abdomen on palpation and positive Blumberg. According to IHL: abdominal pain and peritoneal irritation remained. Tests: Erythrocytes 2.22, Hemoglobin 6.4. Abdominal ultrasound: free fluid in the abdominal cavity. Ducts: 338 ml of packed red blood cells and request for evaluation of General Surgery. Computed tomography was requested, revealing a right hepatic subcapsular hematoma. Therapeutic proposal: exploratory laparotomy. Exploratory laparotomy was performed under general anesthesia. Abdominal cavity inventory: large amount of blood, subcapsular hepatic hematoma partially ruptured in the right hepatic lobe and hemostasis. On the 1st postoperative day (DPO), she was sedated, hemodynamically stable. He remained on a zero diet, intubated and made use of a blood bag, fentanyl, norepinephrine, dormonid. Distended abdomen. Serial hemoglobin 7.5 / 8.6 / 9.1 / 8.6. On the 2nd DPO: sedated with RASS -5 and presented dejections. Bladder catheter with a flow rate of 2,550 ml / 24 hours. The patient on the 3rd, 4th and 5th DPO did not progress well and died on the 6th DPO. Comments: Spontaneous liver hemorrhage is rare and highly lethal. When its cause is related to thrombolytic therapy, it is uncommon and there are few reports described in the literature. Although MRI is more accurate, computed tomography is effective for diagnosis. Treatment can be conservative or surgical.

Keywords: Chemical and Drug Induced Liver Injury. Spontaneous Rupture. Thrombolytic Therapy.

Recebido em: 08/06/2020

Aprovado em: 07/07/2020



INTRODUÇÃO

A hemorragia hepática espontânea, condição rara e com alta taxa de mortalidade, é caracterizada como um abdômen agudo hemorrágico não traumático (MELANDRO et al, 2018). O sangramento espontâneo pode ocorrer em ruptura livre para cavidade abdominal ou ficar contido, como um hematoma, pela cápsula de Glisson. A hemorragia não traumática hepática normalmente é causada por hemangioma hepático, e sua prevalência ocorre principalmente em mulheres jovens em uso de contraceptivos orais de longa data, carcinoma hepatocelular, cirrose e período puerpério imediato, sobretudo em complicações como a síndrome HELLP (FURLAN; FAKHRAN; FEDERLE, 2009).

O risco hemorrágico é considerado uma das principais complicações da terapêutica trombolítica, sendo a hemorragia intracraniana a mais comumente descrita após tentativa farmacológica de reperfusão no infarto agudo do miocárdio (BARUZZI; STEFANINI; MANZO, 2018). Entretanto, a hemorragia hepática espontânea devido à terapêutica trombolítica é incomum e há poucos relatos descritos na literatura (LYNCH; ETKIND, 2010; JIMENEZ et al, 2010). Este artigo tem o objetivo de relatar um raro caso de uma paciente idosa, sem conhecimento prévio de doenças hepáticas, que cursou com hemorragia hepática espontânea após terapia trombolítica.

RELATO DO CASO

M.D, sexo feminino, 73 anos, branca, tabagista, procedente do interior do nordeste brasileiro. Paciente diagnosticada, em hospital regional, com infarto agudo do miocárdio com supra ST (IAMSST) e procedido trombólise com tenecteplase. Após isso, foi encaminhada ao hospital de referência levemente letárgica e com desconforto respiratório. Em uso de máscara de venturi a 50%, apresentou ao exame físico pressão arterial (PA) de 90x50 mmHg, frequência cardíaca (FC) de 72 bpm, frequência respiratória (FR) de 18 irpm, com saturação de oxigênio (SatO2) de 99% e extremidades frias e hipoperfundidas. Obteve-se como conduta final o protocolo para síndrome coronariana aguda.

Os exames laboratoriais evidenciaram Hemoglobina (Hb) 7.9, Hematócrito (Ht) 24.4%, Plaquetas 250000, Leucócitos 7500, Uréia (Ur) 36, Creatinina (Cr) 0.4, Sódio (Na) 130, Potássio (K) 3.0, TTPa 22.1, INR 1.05, TGO 294, TGP 70, Troponina positiva; CPK Total 1901; CPK MB 218. Eletrocardiograma: IAMSST ântero-septal. Ecocardiograma: cardiopatia isquêmica com disfunção sistólica moderada. Foi prescrito dieta zero, Soro Fisiológico (SF) 0,9% ml + KCL 19,1% 02 ampolas, Antak, Clexane 60 mg, AAS 100 mg, Clopidogrel 75 mg e 02 unidades de concentrado de hemácias.

No primeiro dia de internação hospitalar (DIH) apresentou precordialgia, dorsalgia e dor abdominal. Ao exame físico PA 78x48 mmHg, FC 80 bpm, FR 15 irpm, SatO2 99%, abdome doloroso à palpação profunda com Blumberg positivo. Conduta:

Suporte intensivo, mantido máscara de venturi a 50%, noradrenalina 5 ml/h e morfina.

Ao segundo DIH apresentou dor abdominal, dorsalgia e leve desconforto respiratório. Ao exame físico PA 90x64 mmHg, FC 81 bpm, FR 33 irpm, SatO2 97%, abdome doloroso à palpação e Blumberg positivo. Os exames laboratoriais apresentaram eritrócito 2.22, Hb 6.4, Ht 19.8, leucócitos 11500, plaquetas 169000, Na 1.36, Cr 1.4, Ur 125. A USG (ultrassonografia) abdominal apresentou moderada quantidade de líquido livre subfrênica direita, nas goteiras parietocólicas, inframesocólica e na pelve. A sonda vesical de demora (SVD) teve um débito de 0,5 ml/kg em 6 horas, tendendo a hipotensão. Condutas: Realização de 338 ml de concentrado de hemácias e solicitação da avaliação da Cirurgia Geral.

À avaliação da cirurgia geral foi relatado queixa de dor abdominal, e apresentava ao exame físico abdome flácido, depressível e hipertimpânico. Foi solicitada tomografia computadorizada sem contraste, em virtude da paciente apresentar insuficiência renal, que demonstrou formação heterogênea subcapsular hepática, com suspeita para hematoma (Figura 1), associado à moderada quantidade de líquido levemente hipodenso intra-abdominal (Figura 2) e lesões ovaladas heterogêneas no parênquima hepático inespecíficas ao método sem contraste (Figura 3). Proposta terapêutica: laparotomia exploratória.



Figura 1. Tomografia Computadorizada sem contraste evidenciando extensão da lesão hipodensa subcapsular hepática em lobo direito do fígado.

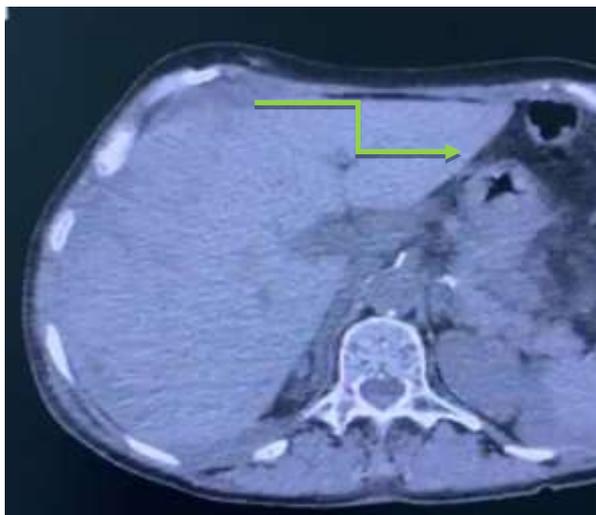


Figura 2. Tomografia Computadorizada sem contraste evidenciando moderada quantidade de líquido levemente hipodenso intra-abdominal.

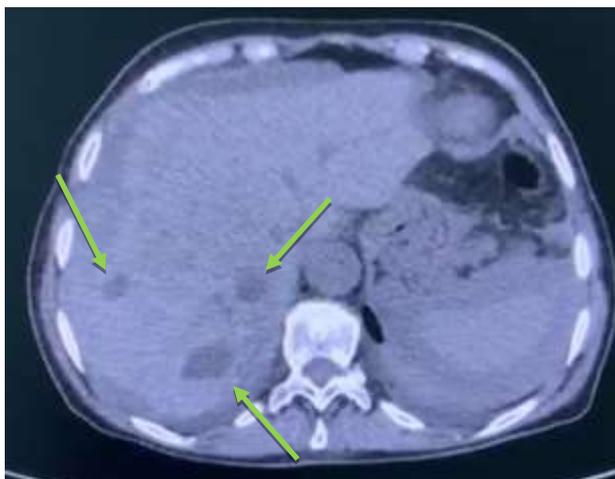


Figura 3. Tomografia Computadorizada sem contraste evidenciando lesões ovaladas heterogêneas no parênquima hepático inespecíficas ao método sem contraste.

A paciente foi submetida à laparotomia exploratória sob anestesia geral. Foi utilizado cefazolina profilática e noradrenalina 12 ml/h. Manteve-se hemodinamicamente estável com pressão arterial média de 75 mmHg, FC 64 bpm, FR 24 irpm e Sat O₂ 100%. Houve reposição com 2 bolsas de concentrados de hemácias e 2 bolsas de plasma fresco no intraoperatório. Ao inventário da cavidade abdominal observou-se grande quantidade de sangue (1,5 litros), hematoma subcapsular hepático parcialmente rompido em lobo hepático direito e ausência de sangramento ativo no intra-operatório (Figura 4). Foi realizada hemostasia superficial da área com aspecto de sangramento recente por meio de bisturi elétrico, cobertura local com agente hemostático absorvível, inventário da cavidade e fechamento da parede abdominal. A paciente foi encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva em uso de noradrenalina e midazolam.

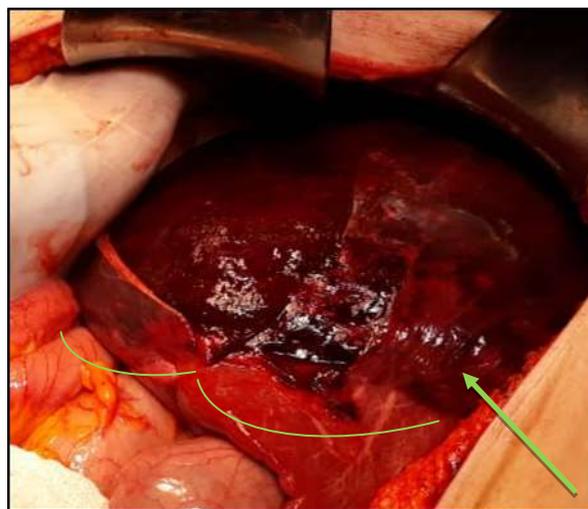


Figura 4. Extensa lesão heterogênea subcapsular hepática em lobo hepático direito foco da hemorragia intra-abdominal.

Paciente em pós-operatório evoluiu sedada com RASS – 5, sem conseguir reagir ao estado comatoso. Permaneceu em ventilação mecânica com uso de tubo orotraqueal (PEEP 10, FiO₂ 80, Modo Assistido Controlado). Hemodinamicamente estável devido a prescrição de drogas vasoativas (fentanil 25 ml/h, noradrenalina 30 ml/h, dormonid 25 ml/h). Em dieta zero e com sonda nasogástrica aberta. Diurese e dejeções em pouca quantidade. Foi administrada 1 bolsa de sangue em pós-operatório imediato, obtendo como resultado um Hb seriado de 7,5/ 8,6/ 9,1/8,6.

Ao exame físico apresentava PA 99x52 mmHg, FC: 93 bpm, FR 20 irpm, temperatura 37,2 °C, Saturação de oxigênio de 92%, tempo de enchimento capilar 4 segundos; abdômen flácido, distendido, hipertimpânico, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas palpáveis, extremidades; extremidades hipocoradas, edemaciadas e frias; ferida operatória com expressão positiva de pequena quantidade de líquido serosanguinolento, com bordas bem coaptadas e sem sinais de flogose. A paciente não obteve melhora no quadro clínico e evoluiu para óbito no sexto dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

A hemorragia hepática espontânea após terapêutica trombolítica é uma condição rara e sua descrição em literatura é escassa (LYNCH; ETKIND, 2010; JIMENEZ et al, 2010). Isso resulta em pouca experiência com esses casos e se torna um desafio, tanto em relação ao diagnóstico como a terapêutica e a condução clínica dos pacientes.

O quadro clínico pode ser caracterizado por intensa dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, com irradiação ou não para o ombro direito, náuseas, vômitos, anorexia e apresentar sinais de choque hipovolêmico em casos mais avançados (POGGIALI, 2010). A sintomatologia clínica é inespecífica, ela pode mimetizar quadros de abdome agudo hemorrágico. Apenas com a anamnese e o exame físico pode ser considerado complicado para o diagnóstico

(MOREIRA et al, 2020; MELANDRO, 2018). No caso estudado, a paciente apresentava dor abdominal difusa, abdome hipertimpânico, normotenso e com sinais de irritação peritoneal.

O diagnóstico pode ter os exames de imagem como ferramentas auxiliares de grande importância. O método complementar de melhor acurácia diagnóstica para detectar sangramento abdominal agudo é a ressonância magnética. Porém, a tomografia computadorizada é um recurso eficaz e que oferece a vantagem de ter maior disponibilidade, baixo custo e menor tempo de realização do exame (NETO; KOIFMAN; MARTINS, 2009). Com isso, em pacientes com quadro súbito sugestivo de hemorragia intra-abdominal e que tenham fatores de riscos para sangramento hepático espontâneo, como hemangiomas, carcinoma hepatocelular, cirrose, período puerpério e tratamento trombolítico, beneficiam-se da realização da tomografia computadorizada com a finalidade de afastar mais rapidamente essa hipótese diagnóstica (VILLASECA et al, 2018). Em nosso serviço recorremos inicialmente a USG, por ser um método mais acessível. Posteriormente foi realizada tomografia sem contraste, já que eram os únicos recursos disponíveis no serviço.

A terapêutica do sangramento hepático espontâneo pode ser conservadora ou cirúrgica. O tratamento conservador é mantido com suporte intensivo e tem a opção de realizar embolização arterial guiada por arteriografia para tentar coibir o sangramento de modo menos invasivo (SOBRINHO, 2002). Estudos apontam que pacientes com hemorragia hepática têm se beneficiado com o tratamento clínico como primeira opção, sobretudo em pacientes com poucas perdas volêmicas (LYNCH; ETKIND, 2010; SOBRINHO, 2002).

O tratamento cirúrgico é reservado aos pacientes refratários ao tratamento clínico e que evoluem com instabilidade hemodinâmica (LEONARDI; ATAÍDE; BOIN, 2008). A cirurgia tem como objetivo coibir o sangramento hepático. A hemostasia pode ser efetuada por compressão hepática com compressas ou ligadura de artérias. Pode ser indicada a ligadura do parênquima hepático com homentoplastia, usos de produtos hemostáticos e ressecções hepáticas parciais (POGGIALI, 2010; KELLY, 2009). Essas técnicas vão ser utilizadas conforme a gravidade do quadro, habilidade do cirurgião, disponibilidade de recursos e, a depender dos obstáculos intra-operatório.

No presente relato, a laparotomia exploratória foi indicada devido ao comprometimento hemodinâmico e rebaixamento do nível de consciência. Além disso, a paciente apresentou sinais clínicos de abdome agudo hemorrágico e à tomografia computadorizada foi evidenciado extenso hematoma subcapsular no fígado.

A hemorragia hepática espontânea após terapia trombolítica é uma condição rara e com alto potencial de letalidade letal. Seu diagnóstico é desafiador devido à falta de sinais e sintomas específicos e necessita do auxílio dos exames de

imagem para melhorar a acurácia diagnóstica. O tratamento cirúrgico pode ser indicado quando há franca perda volêmica a fim de tentar coibir o sangramento.

REFERÊNCIAS

BARUZZI, A.C.A.; STEFANINI, E.; MANZO, G. Fibrinolíticos: Indicações e tratamento das complicações hemorrágicas. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.**, 28(4):421-7, 2018.

FURLAN, A.; FAKHRAN, S.; FEDERLE, M.P. Spontaneous Abdominal Hemorrhage: Causes, CT Findings, and Clinical Implications. **AJR**:193, 2009.

JIMENEZ, A.G. et al. Hepatic Bleeding and Hemorrhagic Shock Following Thrombolytic Therapy in Patients With Acute Myocardial Infarction. **CHEST I.**, 111 I 6 I JUNE, 1997.

KELLY, J. et al. Second trimester hepatic rupture in a 35 year old nulliparous woman with HELLP syndrome: a case report. **World J Emerg Surg.**, Jun 15;4:23, 2009.

LEONARDI, M.I.; ATAÍDE, E.C.; BOIN, I.F.S.F. Indicações e resultados da ressecção cirúrgica do hemangioma hepático. **Rev Col Bras Cir.**, 35(3): 177-81, 2008.

LYNCH, J.; ETKIND, S. Spontaneous liver haematoma as a result of thrombolytic therapy. **Grand Rounds.**, Vol 10 pages 38–41, 2010.

MELANDRO, P.M.F. et al. Spontaneous hepatic rupture in a bodybuilder: a case report and review of the literature. **REV ESP ENFERM DIG.**,110(4):254-256, 2018.

MOREIRA, L.G.; ALVES I.E.S.; NETO, D.J.S.; LIMA, S.O. Obstrução intestinal por ascariíase associada a Linfoma não-Hodgkin: Um relato de caso. **Rev. Bra. Edu. Saúde.**, v.10, n.3, p.100-103, jul-set, 2020.

NETO, W.T.P.; KOIFMAN, A.C.B.; MARTINS, C.A.S. Hemangioma cavernoso hepático roto: relato de caso e revisão da literatura. **Radiol Bras.**, 42(4):271–273, 2009.

POGGIALI, P.V.B. Rotura hepática espontânea na gestação. **Rev Med Minas Gerais.**, 20(4 Supl 2): S7-S10, 2010.

SOBRINHO, F.M. Rotura Hepática na Gravidez – Relato de caso. **RBGO.**, v. 24, nº 2, 2002.

VILLASECA, M.P.H. et al. Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. **Rev Med Chile.**, 146:753-761, 2018.