

.heaa

.fbpn

.fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 22/09/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Marcelo Montebello Lemos

Relatora: R2 Dra Luiza Branco Lopes Côrte Real

Debatedor: R1 Dr. Rúbio Moreira Bastos Neto

CASO CLÍNICO

- **Identificação:** Homem, 70 anos, branco, engenheiro aposentado, casado, natural e residente em Campos.
- **Queixa Principal:** Fraqueza incapacitante (considere essa consulta em Setembro/2022)
- **HDA:** Há pelo menos 1 mês (Julho-Agosto/2022) tem sentido fraqueza progressivamente pior, cansaço quando caminha no plano e dificuldade de equilíbrio (não conseguia caracterizar lateralidade ou fatores-gatilho).

CASO CLÍNICO

HPP: Hipertensão leve de longa data em uso regular de telmisartan 40mg/dia com bom controle. Gota em tratamento com alopurinol 300mg/dia. Dislipidemia mista bem controlada (já usou genfibrozil; atualmente rosuvastatina 10mg). Intolerância à lactose (baixa aderência à dieta e lactase). Insuficiência venosa crônica leve. Acompanha comigo desde 2012; última consulta tinha sido 6 meses antes e estava tudo bem.

História familiar: Pai com histórico de DCV

História social: Tabagista há mais de 30 anos (2 maços/dia). Etilismo (cerveja ~700mL/dia)

CASO CLÍNICO

Exame físico: Regular estado geral, menos comunicativo que o habitual, falando pouco, hidratado, hipocorado 3+/4+, acianótico, anictérico, eupneico. IMC: 32 kg/m²

- AR: MV presente bilateralmente sem RA FR:18 irpm

- ACV: RCR 2T BNF S/S

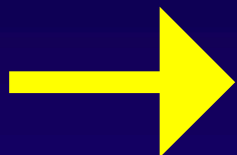
-PA: 125 x 75 mmHg (deitado e em pé) FC 96 bpm

- ABD: flácido e indolor à palpação; peristalse presente.

- MMII: NDN

- Neurológico sumário: lúcido e orientado no tempo e espaço, respondendo com coerência. Força muscular grau 5 nos 4 segmentos. Sensibilidades tátil e dolorosa preservadas. Prova index-nariz normal; calcanhar-jelho normal, caminhou em linha reta sem dificuldades, apenas de forma muito lenta. Romberg negativo.

Set/2022



***Solicitados exames de urgência Setembro/2022:**

Sangue		Valores de referência
Hemoglobina	7,3 g/dL	12 - 16 g/dL
Hematócrito	25,1%	35 - 46%
VCM	69fL	81 - 96fL
Leucócitos	5500/mm ³	3600 - 11000/mm ³
Plaquetas	125.000/mm ³	150000 - 450000/mm ³
Uréia	40 mg/dL	17 - 43 mg/dL
Creatinina	0,86 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
Ferritina	6,8	17,9 - 464ng/mL
Ferro	23	49 - 181mcg/dL
EAS	normal	

Exames prévios mais relevantes (considere consulta atual Set/2022):

Fev/2022 – Ht 38,9%; Hb 12,9; creatinina 1,05; ureia 40; Na 138; K 4,2; glicose 96; PSA 0,34.

Colono Abril/2020 – 2 pólipos 0,5cm. (adenomas tubulares com displasia de baixo grau)

EDA Julho/2018 (motivada por dispepsia): Pangastrite leve; esofagite erosiva.

H. pylori negativo. Tratado na ocasião com IBP/Sucralfato

Ecocardiograma Ago/2021: fração de ejeção 66%; AE: 26mm; Ao 29mm, espessamento leve da valva aórtica; insuficiência Ao leve.

Periódico da próstata: PSA anual sempre entre 0,25-0,31ng/mL; toque retal em 2021 normal.

TC tórax com baixa dose (2021): negativa para lesões suspeitas; áreas esparsas de enfisema

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



DESTAQUES

ID: **Homem, 70 anos, branco**

QP: **Fraqueza incapacitante**

HDA: **Há pelo menos 1 mês tem sentido fraqueza progressivamente pior, cansaço quando caminha no plano e dificuldade de equilíbrio (não conseguia caracterizar lateralidade ou fatores-gatilho).**

HPP: **Hipertensão** leve de longa data em uso regular de telmisartan 40mg/dia com bom controle. **Gota** em tratamento com alopurinol 300mg/dia. **Dislipidemia** mista bem controlada (já usou genfibrozil; atualmente rosuvastatina 10mg). Intolerância à lactose (baixa aderência à dieta e lactase). **Insuficiência venosa crônica leve. última consulta tinha sido 6 meses antes e estava tudo bem.**

História familiar: **Pai com histórico de DCV**

História social: **Tabagista há mais de 30 anos (2 maços/dia). Etilismo (cerveja ~700mL/dia)**

DESTAQUES

Regular estado geral, menos comunicativo que o habitual, falando pouco, hidratado, **hipocorado 3+/4+**, acianótico, anictérico, eupneico. IMC: 32 kg/m²

- AR: MV presente bilateralmente sem RA FR:18 irpm

- ACV: RCR 2T BNF S/S

- PA: 125 x 75 mmHg (deitado e em pé) **FC 96 bpm**

- ABD: flácido e indolor à palpação; peristalse presente.

- MMII: NDN

- **Neurológico sumário: lúcido e orientado no tempo e espaço, respondendo com coerência. Força muscular grau 5 nos 4 segmentos. Sensibilidades tátil e dolorosa preservadas. Prova index-nariz normal; calcanhar-jelho normal, caminhou em linha reta sem dificuldades, apenas de forma muito lenta. Romberg negativo.**

DESTAQUES

***Solicitados exames de urgência Setembro/2022:**

Sangue		Valores de referência
Hemoglobina	7,3 g/dL	12 - 16 g/dL
Hematócrito	25,1%	35 - 46%
VCM	69fL	81 – 96fL
Leucócitos	5500/mm³	3600 - 11000/mm ³
Plaquetas	125.000/mm³	150000 - 450000/mm ³
Uréia	40 mg/dL	17 - 43 mg/dL
Creatinina	0,86 mg/dL	0,6 - 1,09 mg/dL
Ferritina	6,8	17,9 - 464ng/mL
Ferro	23	49 - 181mcg/dL
EAS	normal	

DESTAQUES

Exames prévios mais relevantes (considere quadro atual Set/2022):

Fev/2022 - Hematócrito 38,9%; Hb 12,9; creatinina 1,05; ureia 40; sódio 138; potássio 4,2; glicose 96; PSA 0,34.

Colonoscopia Abril/2020 – 2 pólipos 0,5cm de diâmetro.

Polipectomia → adenomas tubulares com displasia de baixo grau

EDA Julho/2018 (motivada por dispepsia): Pangastrite leve; esofagite erosiva. H. pylori negativo. Tratado com IBP/Sucralfato

Ecocardiograma Ago/2021: fração de ejeção 66%; AE: 26mm; Ao 29mm, espessamento leve da valva aórtica; insuficiência Ao leve.

Periódico da próstata: PSA anual sempre entre 0,25-0,31ng/mL; toque retal feito em 2021 normal.

TC tórax com baixa dose (2021): negativa para lesões suspeitas; áreas esparsas de enfisema

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- **Anemia ferropriva secundária a sangramento digestivo crônico**
- **Neoplasia colorretal ou gástrica**
- ✓ **Colonoscopia foi feita em 2020, não descarta surgimento de novas lesões**
- ✓ **Homem > 50 anos, tabagismo e etilismo**
- ✓ **Adenoma de baixo grau possui menos risco de evoluir para malignidade, mas não é zero**
- **Plaquetopenia leve ($125.000/\text{mm}^3$) – Distúrbio medular?**
Embora o quadro seja típico de ferropriva, não se deve descartar origem hematológica, sobretudo se não houver sangramento evidente.
- **Seguimento: Endoscopia e colonoscopia**

REFERÊNCIAS

- ✓ UpToDate. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/determining-the-cause-of-iron-deficiency-in-adolescents-and-adults?sectionName=Indications+for+endoscopic+evaluation&topicRef=144555&anchor=H1669988903&source=bqp#H1669988903>>. Acesso em: 22 set. 2025.
- ✓ UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-iron-deficiency-and-iron-deficiency-anemia-in-adults?search=ANEMIA%20FERROPRIVA&source=search_result&selectedTitle=2~150&u_sage_type=default&display_rank=2>.

Discutir hipótesis diagnósticas e condutas



CONDUÇÃO

Síndrome anêmica subaguda

Padrão ferroprivo em homem

Histórico de problemas digestivos prévios

Sem emagrecimento / sem tempo suficiente desde última colono para o ciclo evolutivo de câncer colônico



EDA + COLONOSCOPIA

Carboximaltose férrica 3 aplicações + folato

CONDUÇÃO

EDA Set/2022: erosão esofagiana plana

pangastrite hipertrófica + enantemática + pólipos

gástricos

BX esôfago: processo inflamatório sem metaplasia.

BX pólipos gástricos: pólipo de glândulas fúndicas

gastrite crônica inespecífica

Colonoscopia Out/2022: ileocolonoscopia normal exceto por pólipo

no colon sigmóide 0,5cm (pólipo inflamatório)

Discutir hipótesis diagnósticas e condutas

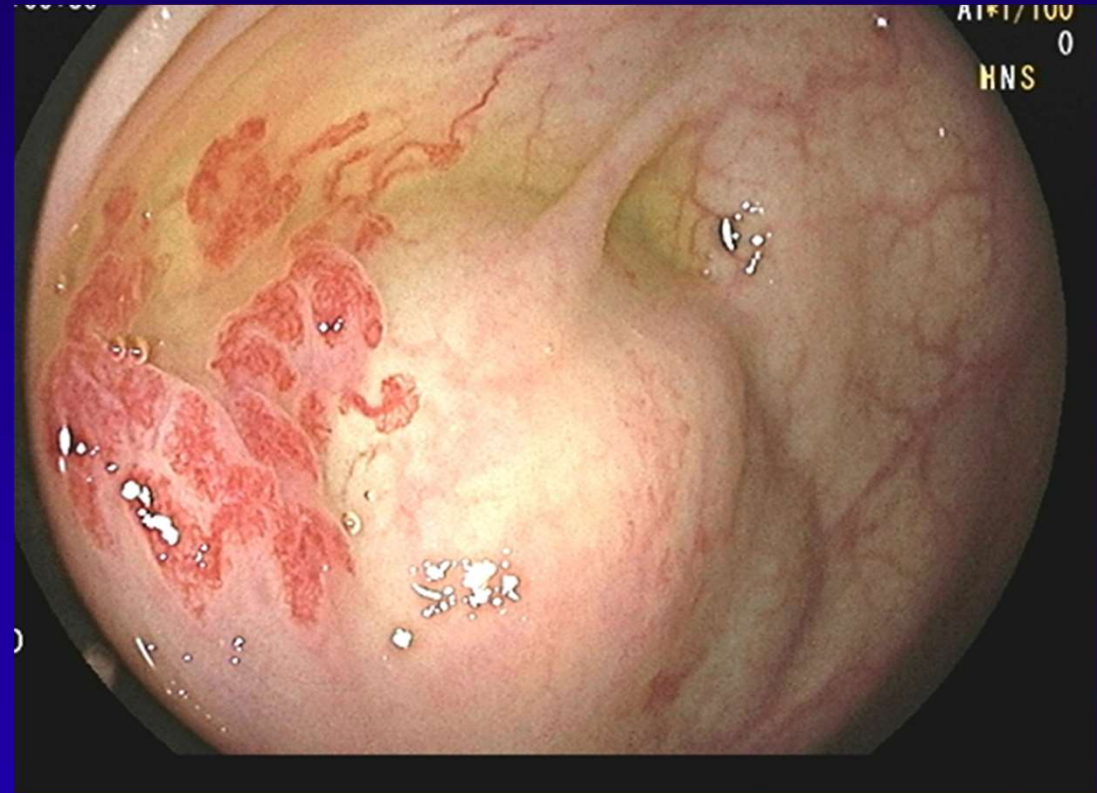
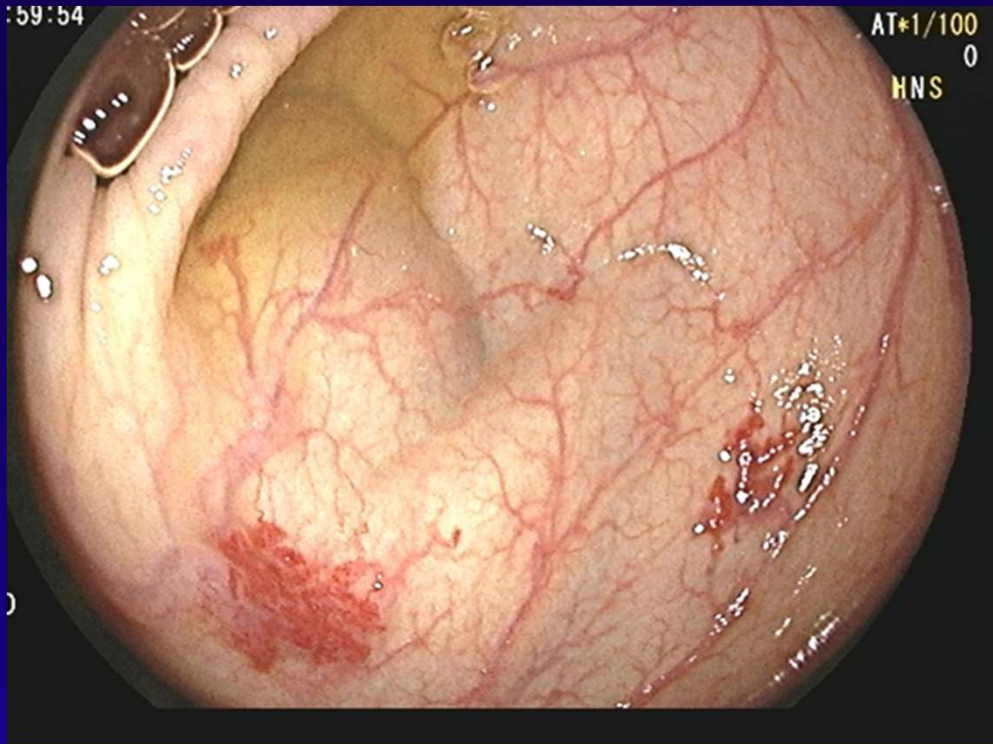


CONDUÇÃO

- Esomeprazol + sucralfato 6 semanas
- Prosseguir investigação TGI
- Repetir exame (EDA/Colono) ? Evoluir para cápsula ?
- Fui conversar com quem fez a EDA e com quem fez a colono

EXIBIR VÍDEO 1 E 2

Início de 2023



3:00:40

AT*1/100
0
HN C
LCI
+3/



AD

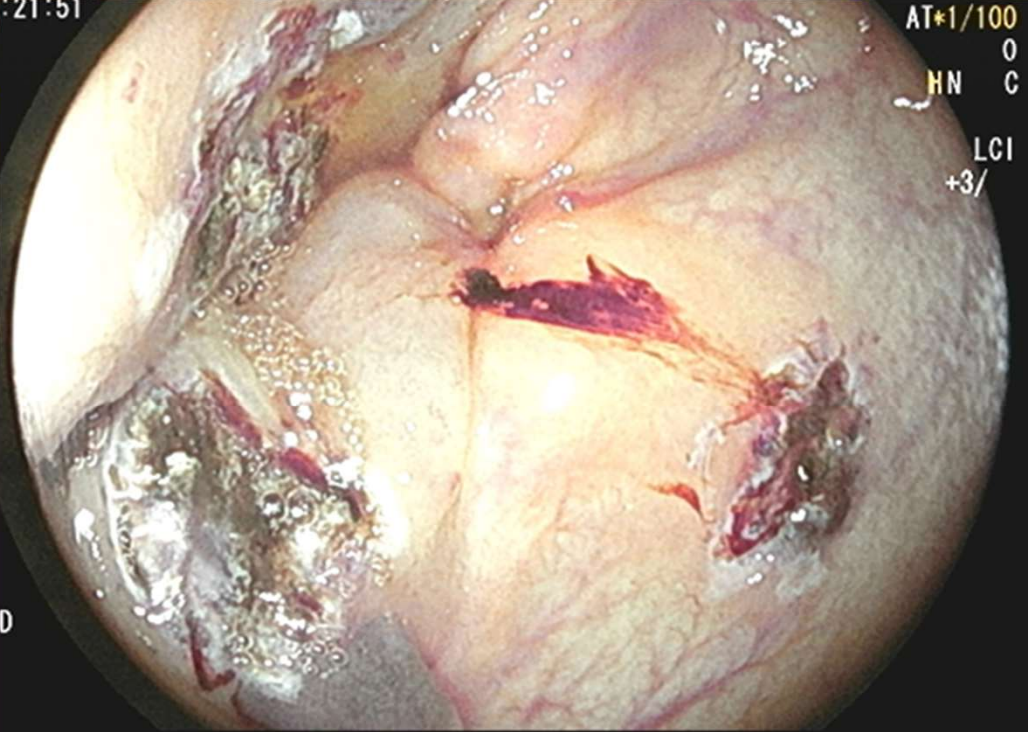
13:00:46

AT*
H

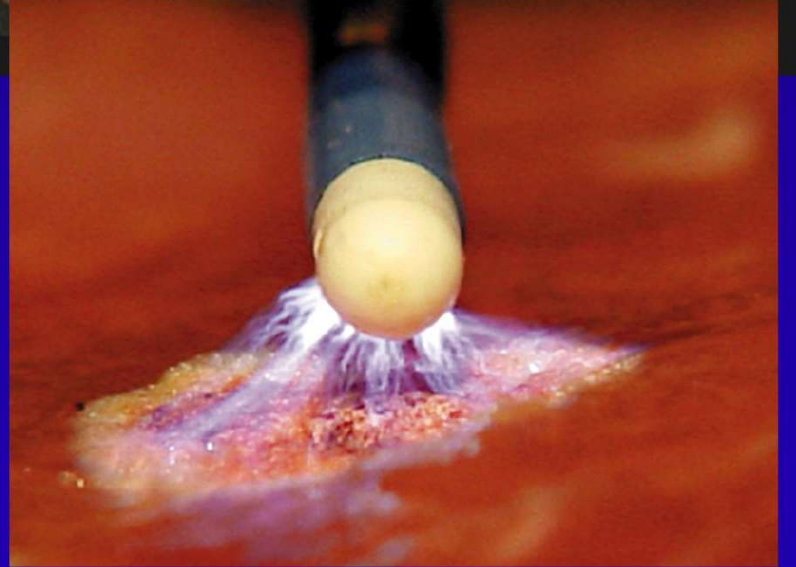


:21:51

AT*1/100
0
HN C
LCI
+3/

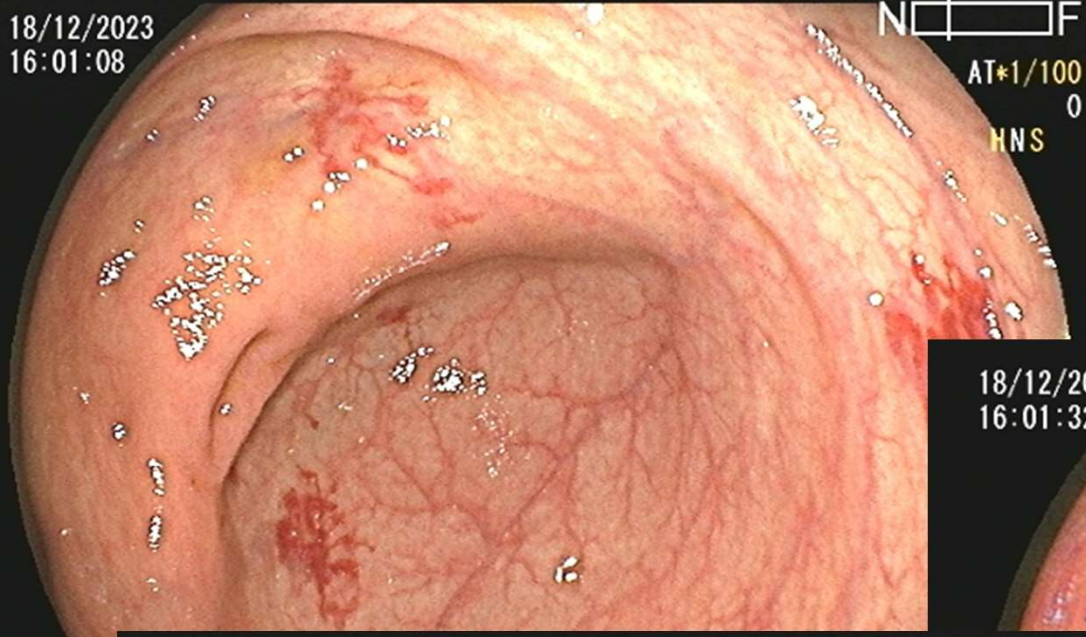


D

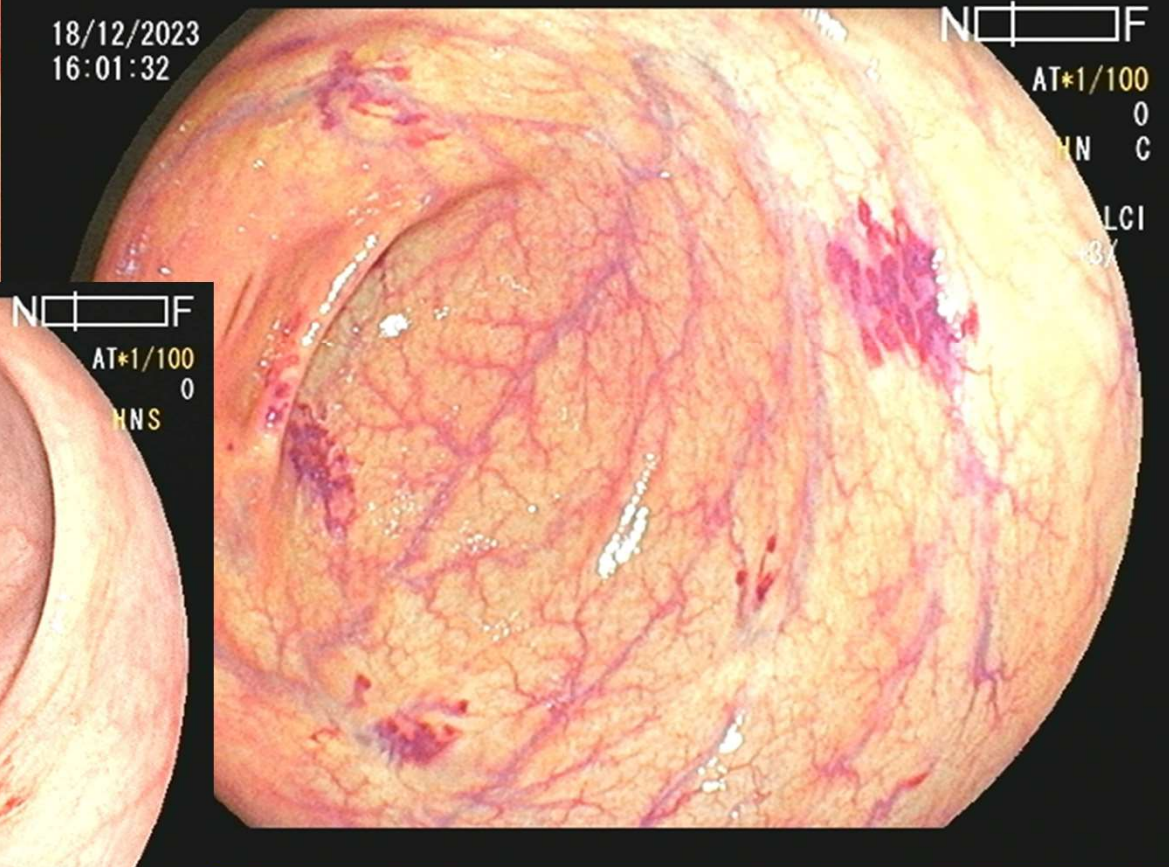


Dezembro/2023

18/12/2023
16:01:08

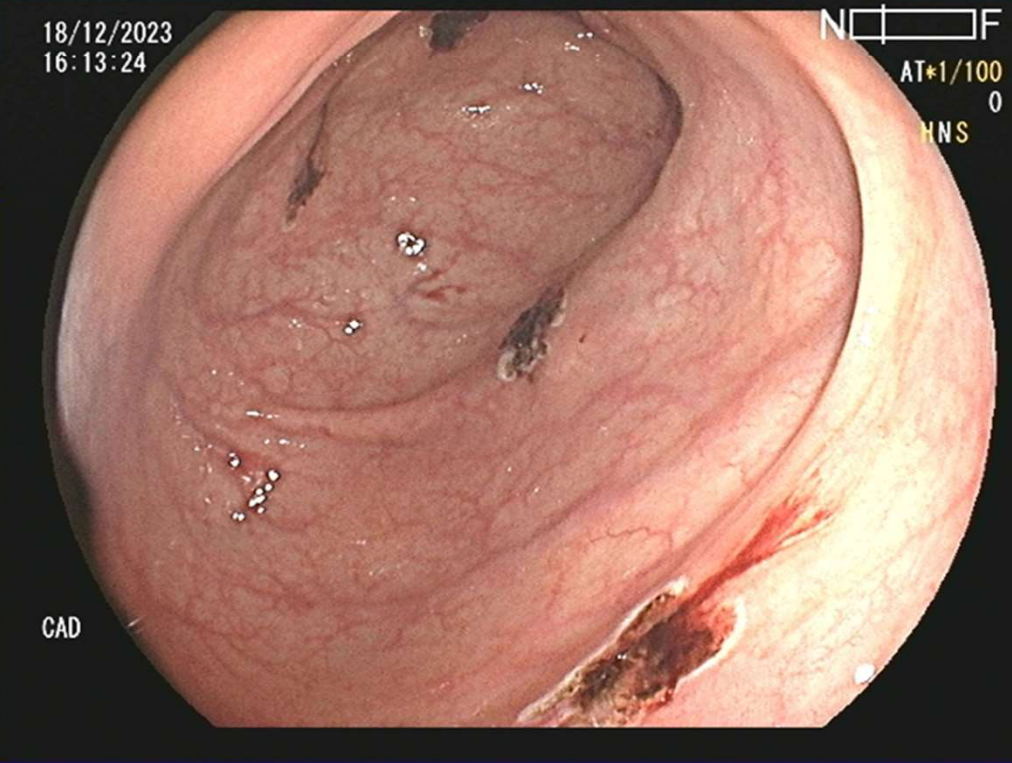


18/12/2023
16:01:32



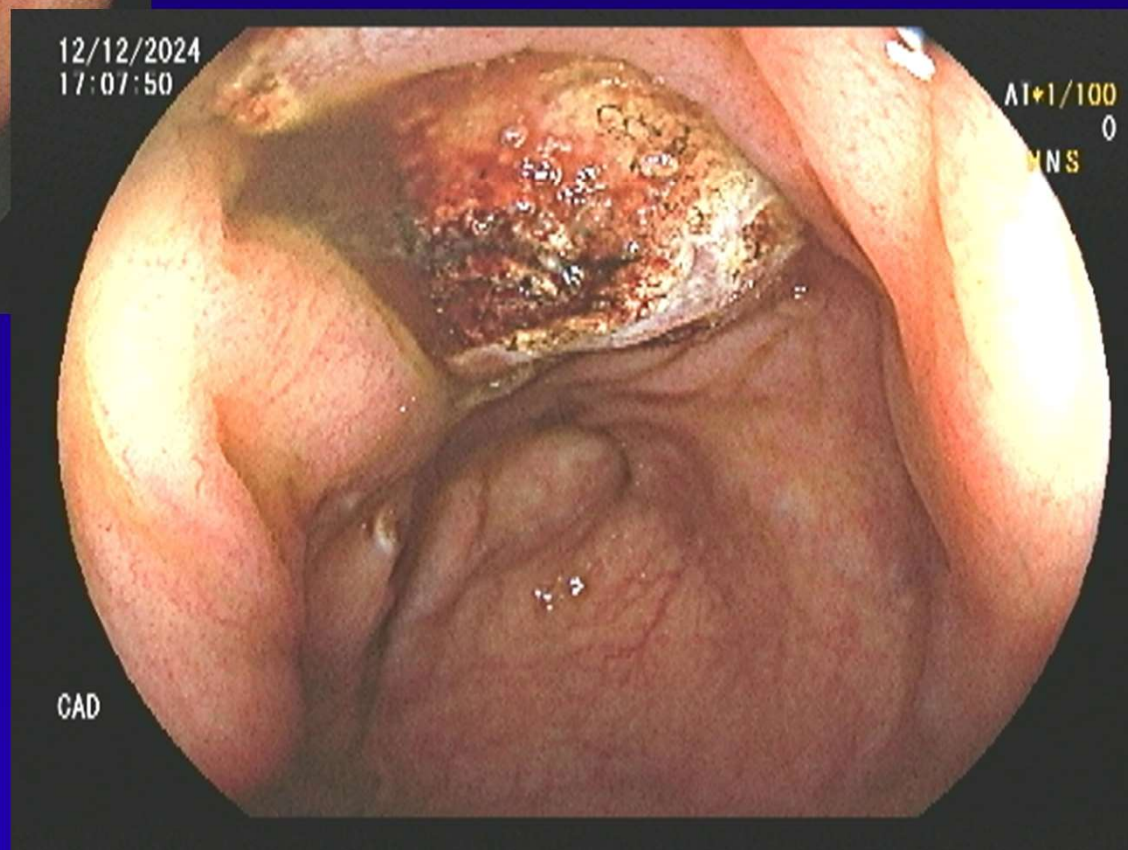
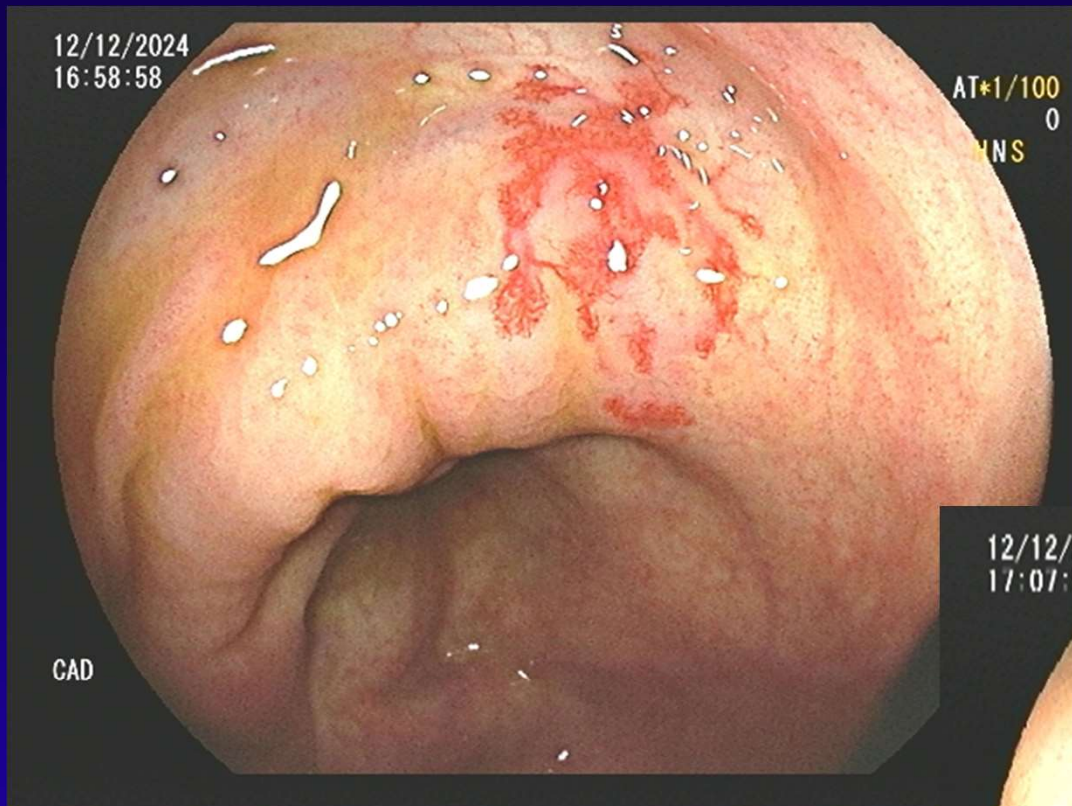
CAD

18/12/2023
16:13:24



CAD

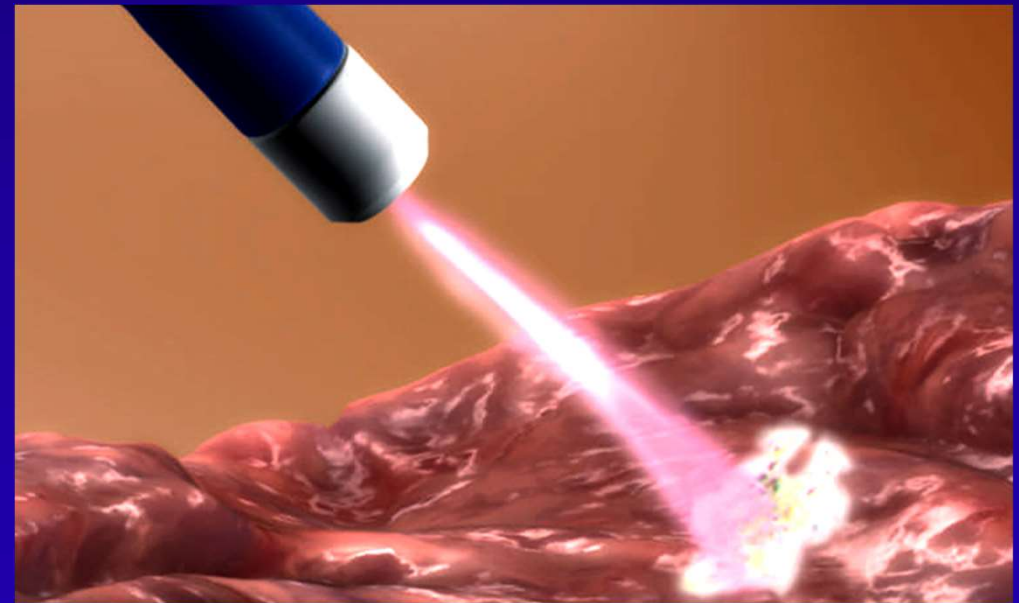
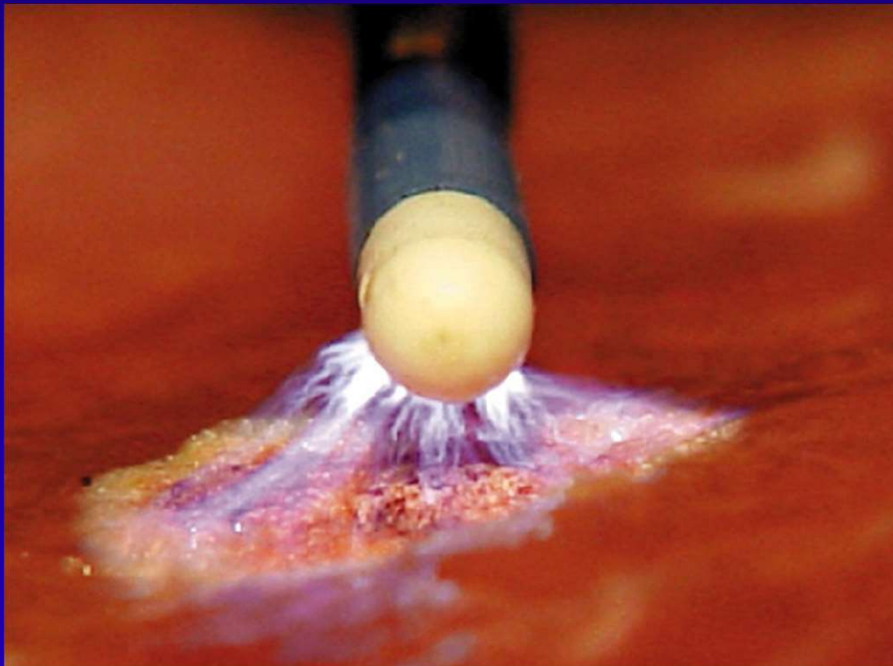
Dezembro/2024



CONCLUSÃO

Angiodisplasias colônicas múltiplas

Colonoscopia com coagulação com plasma de Argônio



Seguimento 3 anos:

- ✓ Corrigiu completamente a anemia
- ✓ Recidivou de forma mais leve anemia/ferropenia no final de 2023
- ✓ Tratamos da mesma forma com ferro injetável
- ✓ Colonoscopia evidenciou mais 2 lesões com sinais de sangramento
 - Argônio
- ✓ Recidivou no final de 2024
- ✓ Colonoscopia evidenciou mais 2 lesões com indicação de tratamento
 - Argônio
- ✓ Repetimos EDA → normal

Seguimento 3 anos:

- ✓ Definimos em comum acordo sobre vigilância (Colono) semestral.
- ✓ Proposta de aumentar gradativamente o intervalo na medida que as colonoscopias não evidenciarem mais lesões relevantes.
- ✓ Esteve comigo em Julho/2025, estável, sem anemia. Demorou de agendar a colono solicitada. Reforcei a importância de obedecermos os prazos para minimizarmos o risco de nova recidiva clínica.
- ✓ Voltei a abordar a necessidade de interromper o tabagismo.



REVISÃO SOBRE O ASSUNTO



ANGIODISPLASIA COLÔNICA

- Anomalia vascular mais comum no trato gastrointestinal
- Mais frequente em > 60 anos
- Adquirida com o avançar da idade ou como parte de síndromes hereditárias
- A prevalência é maior em pacientes com doença renal crônica, doença de von Willebrand e possivelmente estenose aórtica
 - > DRC: Desconhecida (Uremia → disfunção plaquetária → Aumento de sangramentos → EDA / colonoscopia → Achado de angiodisplasia)
 - > Doença de von Willebrand — provavelmente devido a coagulopatia subjacente
 - > Estenose aórtica - EA pode levar ao desenvolvimento de uma forma adquirida de VW + Melhora do sangramento após troca valvar

FISIOPATOLOGIA

Obstrução venosa — obstrução intermitente e recorrente de baixo grau das veias submucosas ao nível da muscular própria, resultando em dilatação e tortuosidade das áreas de drenagem

Fatores angiogênicos — possível papel da angiopoietina 1 e 2, e TNF

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Ausente
- Sangramento gastrointestinal

DIAGNÓSTICO

- Endoscópico (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, endoscopia por cápsula de vídeo sem fio e enteroscopia profunda do intestino delgado)
- Angiografia por tomografia computadorizada ou por ressonância magnética
- Enteroscopia intraoperatória

TRATAMENTO

- Lesões encontradas incidentalmente — Não deve ser tratada (exceto histórico de sangramento gastrointestinal ou anemia ferropriva inexplicada).
- Angiodisplasias não hemorrágicas em pacientes com sangramento gastrointestinal — Não há consenso. Se encontrada durante a avaliação do sangramento evidente, trata-la. A menos que seja identificado sangramento definitivo de um divertículo.

> Métodos:

- Cauterização
- Coagulação por plasma de argônio (CPA)
- Eletrocoagulação
- Ablação por radiofrequência
- Hemostasia mecânica
- Ressecção cirúrgica