

FALSA HÉRNIA INCISIONAL NO DECURSO DE ANTICOAGULAÇÃO CUMARÍNICA

H. MESQUITA GABRIEL, L. MENEZES FALCÃO, A. OLIVEIRA SOARES

Serviço de Medicina I. Hospital de St.^a Maria. Faculdade de Medicina. Lisboa

RESUMO

Esta curta descrição clínica apresenta um caso de hematoma pélvico gigante, com infiltração da parede abdominal, de início confundida com hérnia incisional através de antiga laparotomia de Mc Burney. A doente, uma mulher de 56 anos, estava sob anticoagulação cumarínica crónica, a título preventivo de recorrência de embolias sistémicas (polivalvulopatia reumática, fibrilhação auricular e antiga embolia cerebral). À entrada, o I. N. R. era 6,6. Comenta-se brevemente o dilema dos riscos e benefícios da anticoagulação.

SUMMARY

False Incisional Hernia under Coumarin Anticoagulation

This short clinical report presents a case of giant pelvic hematoma with infiltration of the abdominal wall, initially misdiagnosed as incisional hernia by means of the old Mc Burney laparotomy. The patient, a 56 year old female, was under chronic coumarin anticoagulation to prevent systemic embolism recurrence (rheumatic polivalvular disease, atrial fibrillation, and previous brain embolism). On admission, the I.N.R. was 6.6. The risks versus benefits dilemma of chronic oral anticoagulation is briefly commented.

CASO CLÍNICO

Uma mulher de 56 anos foi internada por descompensação de insuficiência ventricular esquerda, sequencialmente a uma infecção das vias respiratórias inferiores. Tinha história de polivalvulopatia reumática, tendo sido submetida, 7 anos antes, a valvuloplastias mitral e aórtica, e implantação de prótese biológica tricúspide. Sofrera embolia cerebral, havia 2 anos, verificando-se então que estava em fibrilhação auricular, sendo medicada, até à actualidade, com varfarina sódica. Falhara o último controlo de tempo de protrombina e, no Serviço de Urgência, tinha International Normalized Ratio (INR) de 6,6 (margem terapêutica mais referenciada: 2,0 a 4,0).

No 3º dia de internamento, sofreu dor viva e contínua na fossa ilíaca direita, apresentando uma massa, sob cicatriz de antiga apendicectomia. Foi observada por cirurgião, que opinou tratar-se de hérnia incisional e prescreveu gelo.

A doente não melhorou, estabeleceu-se oligúria e surgiu uma grande massa hipogástrica, que não reduziu sensivelmente por algaliação. Submetida a cistoscopia,

verificou-se grande desvio da bexiga para o lado esquerdo da bacia, por compressão extrínseca.

Tomografia axial computadorizada (TAC) abdominopélvica, mostrou hematoma da parede abdominal ao nível da fossa ilíaca direita, em continuidade aparente com enorme hematoma pélvico, que desviava a bexiga para a esquerda (*Fig. 1*) e comprimia ambos os ureteres. Tomogramas efectuados a níveis superiores demonstraram ainda hematoma subcapsular do lobo direito do fígado (*Fig. 2*).

A doente foi tratada com repouso e cateterização permanente da bexiga, havendo regressão dos hematomas abdominal e pélvico a metade da dimensão inicial, pelo 12º dia, e restabelecendo-se diurese normal.

Teve alta, subjectivamente assintomática e medicada com antiagregante plaquetário, ao 15º dia.

COMENTÁRIOS

A anticoagulação oral crónica¹ em doentes ambulatorios tem, nas suas boas indicações, benefícios indesmentíveis, um dos quais é a prevenção de tromboembolismo em



Fig. 1 – Plano de TAC abdomino-pélvica mostrando hematoma parietal a nível da fossa ilíaca direita (seta) em possível continuidade com grande hematoma pélvico (seta) que empurra a bexiga para a fossa ilíaca esquerda.

doentes portadores de próteses valvulares cardíacas do tipo mecânico. Não era o caso desta doente, mas os factos de estar em fibrilhação auricular² e já ter sofrido uma embolia cerebral tornam a terapêutica cumarínica aceitável. Contudo, a dificuldade de manter a anticoagulação dentro da margem terapêutica (por múltiplas razões, como: variabilidade individual do efeito anticoagulante; erros posológicos dos doentes; omissão dos controlos periódicos do INR; interações medicamentosas) transformam este tratamento num dos de mais difícil controlo. As manifesta-

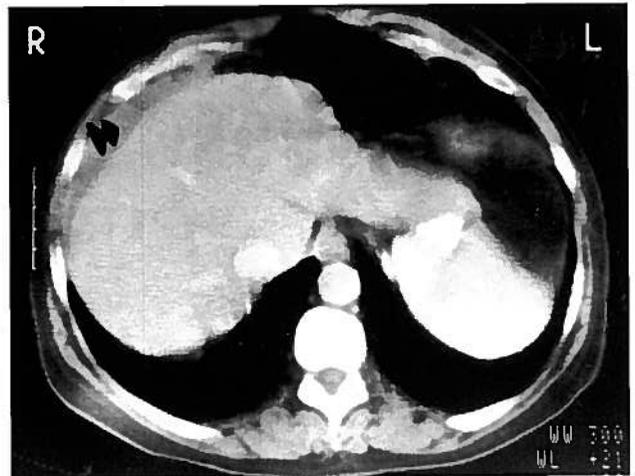


Fig. 2 – Plano de TAC abdominal que revela hematoma subcapsular do lobo direito do figado (seta).

ções hemorrágicas da hipocoagulabilidade iatrogénica são multiformes e, neste caso, o primeiro diagnóstico foi de hérnia incisional do abdomen.

BIBLIOGRAFIA

1. HANDIN RI, LOSCALZO J: Hemostasis, Thrombosis, fibrinosis and cardiovascular disease. In Braunwald E, ed. Heart Disease, a Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, WB Saunders Co, 1992: 1767-89
2. Zipes D: Specific arrhythmias, diagnosis and treatment. In Braunwald E, ed. Heart Disease, a Textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia, WB Saunders Co, 1992: 667-725