Relatos Casos Clinicos

PO - (UM16-109) - "ÚLCERA REFRATÁRIA A TRATAMENTO MÉDICO APÓS SWITCH DE ANTAGONISTA DA VITAMINA K PARA DABIGATRANO EM DOENTE COM SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDIO"

Dra Anne-Marie Ferreira[1]; Dra Patrícia Costa[1]; Dra Rita Nunes[1]; Enf. Gil Albuquerque[1]

1 - USF Terras de Azurara

Enquadramento:

A Síndrome antifosfolipídio (SAF) caracteriza-se pela presença persistente de anticorpo antifosfolipídio no sangue e episódios recorrentes de trombose arterial e/ou venosa recorrentes e trombocitopenia. Pode ser primária ou secundária (principalmente a Lupus Eritematoso Sistémico).

Doentes com história de trombose têm elevado risco de recorrência, sendo a prevenção secundária feita através de terapia hipocoagulante por longos períodos. Considerando os riscos de tal tratamento a decisão de hipocoagulação deve ser individualizada.

Descrição do Caso:

Doente do género masculino, de 40 anos, raça caucasiana, casado e técnico comercial.

O doente tinha antecedentes de síndrome antifosfolipídio e mutação MTHFR 1298C com trombose venosa profunda poplítea em 2009 e celulite da perna direita em 2010. Tinha hábitos etílicos esporádicos e tabagismo moderado. Sem história familiar de coagulopatia ou outros antecedentes de relevo.

Doente habitualmente medicado pentoxifilina 400mg 2id e varfarina, tendo substituído em Agosto de 2014 o antagonista da vitamina K (AVK), por dabigatrano 110mg 2id, por impossibilidade de controlo de INR devido à sua atividade profissional e INR lábil.

O doente recorreu ao Médico de Família (MF) no dia 02/09/2014, a uma consulta agudos, pelo aparecimento de lesões na perna esquerda, que segundo o doente, surgiram após inicio da terapêutica com dabigatrano, com agravamento progressivo. Ao exame objetivo apresentava duas úlceras na região posterior da perna esquerda preenchidas predominantemente por tecido desvitalizado, sem sinais inflamatórios associados. Restante exame sem alterações. Perante o exame objetivo e os antecedentes do doente foi realizada nova referenciação para Consulta de Cirurgia Vascular (CV), que veio a ser recusada. Manteve-se a medicação habitual e foi agendada realização de pensos com hidrogel em dias alternados na Unidade de Saúde.

No dia 13/09/2014, recorreu a nova consulta de agudos, por agravamento das lesões e aparecimento de febre. Ao exame objetivo verificou-se que as úlceras acabaram por convergir e aprofundar formando uma úlcera única com cerca de 25cm, com tecido necrótico, aparentemente sobre-infetada. Restante exame sem alterações. Optou-se por referenciar o doente para o Serviço de Urgência (SU) do Hospital de referencia. O doente ficou internado, cerca de 1 mês e meio, ao cuidado da Cirurgia Geral (CG) e CV, tendo sido realizada limpeza cirúrgica da lesão e auto-enxerto cutâneo. Foi suspenso o dabigatrano e reiniciada varfarina.

Ao longo de um ano manteve seguimento e tratamento da úlcera em Consulta de CV, no entanto e apesar de bom controlo de INR, com resultados pouco satisfatórios.

Em Setembro de 2015 o doente foi internado por nova infeção da úlcera no Serviço de CG. Durante este internamento foi realizada antibioterapia, limpeza cirúrgica e pensos diários. A 23/10/2015 foram realizados novos auto-enxertos cutâneos, pela Cirurgia Plástica, sem complicações até à data.

Discussão:

A SAF é um estado pró-trombótico, sendo indispensável nos doentes sintomáticos a hipocoagulação. Os NOACs têm se apresentado como uma alternativa válida aos AVK em situações específicas. Não obstante, os estudos dos NOACs não abrangeram esta população específica. Adicionalmente alguns estudos recentes têm levantado a suspeita da ineficácia dos NOAC em doentes com SAF.