



HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO COMPLICAÇÃO DA TRÍADE DE SAINT

José Cláudio Rodrigues de Lima Júnior¹; Ruan Carlos Gonçalves da Silva¹; João Luiz Brisotti².

1. Acadêmicos do curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP. (jose_claudio_r@yahoo.com.br)
2. Médico cirurgião geral. Mestre e doutor em cirurgia do aparelho digestivo pela Universidade de São Paulo - USP; professor titular e coordenador da disciplina de cirurgia da UNAERP.

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Ribeirão Preto – SP.

Data de recebimento: 02/05/2011 - Data de aprovação: 31/05/2011

RESUMO

A Tríade do Saint foi descrita pela primeira vez em 1948, como a ocorrência concomitante de hérnia de hiato, diverticulose do cólon e litíase biliar, principalmente em mulheres. Desde então, tem sido questionada a associação dessas condições com várias propostas sobre uma etiologia comum. Embora cada componente dessa síndrome seja bastante comum, a Tríade de Saint é relativamente rara. Com base no número reduzido de publicações referente à Síndrome de Saint, principalmente em língua portuguesa, julgamos pertinente a descrição do caso clínico atendido em um serviço de internação hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Hemorragia; hemorragia gastrointestinal; diverticulose colônica; hérnia hiatal; litíase; colecistite

DIGESTIVE HEMORRHAGE AS A COMPLICATION OF SAINT TRIAD

ABSTRACT

The Saint's Triad was first described in 1948 as a concurrent hiatal hernia, diverticulosis of the colon and gallstones, especially in women. Since then he has been questioned the association of these conditions with several proposals on a common etiology. Although each component of this syndrome is quite common, the Triad Saint is relatively rare. Based on the limited number of publications on the Saint's Syndrome, mainly in Portuguese, we consider the relevant description of the case treated at a hospital service.

KEYWORDS: Hemorrhage, gastrointestinal hemorrhage, colonic diverticulosis, hiatal hernia, lithiasis, gallbladder

INTRODUÇÃO

Charles F. M. Saint (1886–1973) nasceu e cresceu na Inglaterra, tendo obtido o seu título de médico em 1912. Posteriormente, em 1919, ele se tornou professor de cirurgia na Universidade de Cape Town, na África do Sul, onde permaneceu trabalhando até 1960. Durante a década de 1940, o professor Saint observou que

vários pacientes apresentavam a ocorrência concomitante de hérnia de hiato, diverticulose do cólon e litíase biliar, principalmente mulheres adultas. Entretanto, Charles Saint nunca publicou as observações que havia feito (SAINT, 1966; LOUW, 1973; HAUER-JENSEN et al., 2009).

C. J. B. Muller, um radiologista do Hospital Geral de Johannesburg na África do Sul, havia sido aluno do professor Saint, e em 1948 publicou um relato de 3 pacientes que apresentavam esta associação de sintomas, que passou a ser denominada de Tríade de Saint, em homenagem ao seu descobridor (MULLER, 1948; PALMER, 1955; BLOUNT, 1963; HAUER-JENSEN et al., 2009).

Desde o momento em que surgiu, vários pesquisadores tem questionado a associação dos sintomas que constituem a Tríade de Saint, existindo várias propostas sobre uma etiologia comum (PALMER, 1962; HAUER-JENSEN et al., 2009).

Herniose, a doença sistêmica do tecido conjuntivo conhecida por causar diverticulose e hernia, pode ser responsável pela Tríade de Saint e antecedentes pessoais de Diabetes e idade avançada reforçam a ocorrência de herniose. Também se observa que as doenças que constituem a síndrome casualmente estão relacionados com o consumo de dietas pobres em fibras (BURKITT, 1981; HAUER-JENSEN et al., 2009).

Embora cada componente dessa síndrome seja bastante comum, a Tríade de Saint é relativamente rara. Normalmente não são todos os componentes da Tríade que provocam sintomas clínicos, o que faz com que o diagnóstico e a terapêutica sejam direcionados aos sintomas dominantes. Portanto, é recomendável verificar ou excluir cada um dos três componentes para estabelecer um diagnóstico preciso (BESZNYÁK et al., 1996).

Vários estudos foram realizados na tentativa de identificar os aspectos epidemiológicos da Tríade. Dentre estes, se destaca o trabalho de um grupo de pesquisadores que avaliaram exames radiológicos de 684 pacientes, e verificaram a existência da Tríade de Saint em mais de 1% dos pacientes analisados, uma incidência 4 vezes maior do que a esperada. Isto demonstra que a prevalência desta entidade clínica pode ser muito maior que o número de casos diagnosticados na população geral (SCAGGION et al., 1987).

Com base no número reduzido de publicações referente à Tríade de Saint, principalmente em língua portuguesa, julgamos pertinente a descrição do caso clínico atendido em um serviço de internação hospitalar.

OBJETIVOS

Relatar o quadro clínico, a evolução e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos instituídos a uma paciente que apresentou um quadro de hemorragia digestiva, no qual a investigação diagnóstica possibilitou identificar a presença da Tríade de Saint.

METODOLOGIA

No mês de agosto de 2010, a paciente em questão recebeu acompanhamento clínico e assistência médica no Hospital Imaculada Conceição da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto – SP.

Após a alta hospitalar da paciente, foi realizada uma revisão para coleta de dados em seu prontuário médico, com o levantamento de informações referentes ao

atendimento clínico instituído durante a internação hospitalar. Após esta etapa, foi efetuado um levantamento bibliográfico sobre o tema da Tríade de Saint em publicações médicas nacionais e internacionais.

O estudo não acarretou quaisquer ônus aos participantes, e foi conduzido obedecendo a rígidos princípios condizentes com a Ética Médica.

RESULTADOS

Paciente do sexo feminino, 72 anos, branca, casada, mãe de quatro filhos, com queixa de sangramento ao evacuar há três dias, foi admitida no Hospital Imaculada Conceição da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto – SP, tendo sido referenciada para internação hospitalar.

Refere história prévia de enterorragia há três anos, quando recebeu tratamento para a anemia decorrente do sangramento, porém sem investigação do motivo do sangramento.

Há um ano e meio foi submetida à endoscopia digestiva alta, que evidenciou presença de hérnia de hiato por deslizamento e descartou a existência de lesões que poderiam ter ocasionado o sangramento. Também foi submetida à colonoscopia que diagnosticou a presença de doença diverticular dos cólons. Desde então refere mudança no hábito alimentar e acompanhamento esporádico no ambulatório de cirurgia.

Há três dias iniciou quadro de enterorragia, com seis episódios no primeiro dia, acompanhada de fezes ressecadas, esforço evacuatório e dor do tipo cólica em abdome inferior. Negou quaisquer outras queixas, inclusive de alterações no hábito intestinal ou urinário.

Possui hipertensão arterial sistêmica, rinite alérgica e já se submeteu a cirurgias prévias de apendicectomia há 67 anos e correção de catarata há nove meses.

Foi tabagista durante 60 anos de 1/4 de maço por dia, atualmente está em abstinência.

Seus pais são falecidos, porém não sabe informar as causas. Possui uma filha falecida pelas complicações do câncer de mama. Refere que outros parentes de primeiro grau encontram-se hígidos.

No exame físico a paciente apresentava-se em bom estado geral, descolorada 2+/4+, desidratada 2+/4+, anictérica, acianótica, afebril, contactante e orientada. Abdome globoso, com presença de ruídos hidroaéreos hiperativos e ausência de dor à palpação superficial ou profunda. O exame de toque retal digital demonstrou esfíncter normotônico com presença de sangue em dedo de luva e ausência de massas palpáveis. O restante do exame físico apresentou-se dentro dos padrões de normalidade.

Durante a internação a paciente foi tratada de forma conservadora, com realização de exames de imagem e laboratoriais para diagnosticar a área do sangramento, além de estabilização e monitoramento hemodinâmico e uso de Transamin®, duas ampolas por via endovenosa, a cada seis horas por cinco dias.

A radiografia de abdome (Figura 1) realizada no 1º dia de internação hospitalar mostrou-se compatível com os padrões radiológicos de normalidade. enema opaco (Figura 2) realizado no 2º dia teve resultado terapêutico com tamponamento do sangramento e demonstrou formações diverticulares no sigmóide espástico e afilado, além de sinais sugestivos de colite, sugerindo a etiologia do

sangramento como diverticular. Tomografia computadorizada de abdome (Figura 3) realizada no 5º dia demonstrou vesícula biliar com imagem hiperdensa no seu interior de aproximadamente 1,8 cm no maior diâmetro, além de imagens radiotransparentes de adição no retosigmóide.

Através dos parâmetros clínicos, laboratoriais e de imagem foi possível estabelecer as hipóteses diagnósticas de hemorragia digestiva alta e síndrome de Saint pela presença concomitante de doença diverticular dos cólons, hérnia de hiato e litíase biliar.

Pela evolução dos parâmetros hematimétricos (Tabela 1), optou-se pela transfusão de hemácias no 5º dia. Paciente recebeu alta hospitalar no 6º dia de internação, em bom estado geral, com quadro hemodinâmico estável e não apresentando novos episódios de sangramento, para posterior acompanhamento clínico.

DISCUSSÃO

Apesar da Tríade de Saint estar descrita há mais de meio século, os estudos realizados até o momento não foram suficientes para explicar de maneira satisfatória o fator etiológico envolvido na apresentação simultânea de hérnia de hiato, diverticulose do cólon e litíase biliar, e também não esclarecem quais as inter-relações entre cada uma destas três patologias.

A Tríade de Saint ainda é subdiagnosticada, o que dificulta o levantamento epidemiológico sobre tal entidade clínica e impossibilita a criação de protocolos para a abordagem terapêutica específica dos pacientes.

Deste modo, ressalta-se que nos pacientes que apresentem uma das 3 patologias constituintes da Tríade, deve ser realizada uma adequada investigação visando diagnosticar a possível existência das outras patologias. A partir do momento em que for confirmado o diagnóstico da Tríade de Saint, podem ser instituídas medidas visando reduzir complicações inerentes a cada uma das patologias que constituem a síndrome.

Também é necessário uma maior divulgação entre os profissionais da área médica em relação à existência da Tríade de Saint e de seus elementos constituintes.

CONCLUSÃO

Este relato de caso vem somar-se a outros já descritos para auxiliar aos profissionais da área médica a reconhecerem a existência da Tríade de Saint. Tal relato de caso poderá estimular a investigação dos pacientes suspeitos, facilitando o diagnóstico e o acompanhamento adequado dos casos identificados.

Foi observado uma paciente portadora da Tríade de Saint que apresentou hemorragia digestiva como complicaçāo da síndrome. Tal diagnóstico só foi realizado porque a paciente recebeu um atendimento médico adequado e uma avaliação clínica acurada, tendo sido submetida a exames subsidiários necessários.

Concluiu-se que a Tríade de Saint é uma entidade clínica relativamente rara, embora suas patologias constituintes sejam encontradas com facilidade em uma parcela significativa da população. Aparentemente esta síndrome tem uma prevalência reduzida na população, pois pode ser pouco diagnosticada e até mesmo negligenciada, visto que algumas das patologias da Tríade podem permanecer clinicamente assintomáticas.

São necessários estudos adicionais no intuito de descobrir um fator etiológico comum às patologias que constituem a Tríade de Saint.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BESZNYÁK, G.; BAK, G.; KOVÁCS, L. The Saint syndrome. Orvosi Hetilap, v. 137, n. 36, p. 1983-1985, 1996.

BLOUNT, L. Jr. Saints' triad with carcinoma of the colon; a case report. **Journal of the National Medical Association**, v. 55, p. 320-321, 1963.

BURKITT, D. P. Hiatus hernia: is it preventable? **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 34, n. 3, p. 428-431, 1981.

HAUER-JENSEN, M.; BURSAC, Z.; READ, R. C. Is herniosis the single etiology of Saint's triad? Hernia, v. 13, n. 1, p. 29-34, 2009.

LOUW, J. H. Charles F. M. Saint [obituary]. **South African Medical Journal**, v. 47, p. 282, 1973.

MULLER, C. J. B. Hiatus hernia, diverticula and gall stones: Saint's triad. **South African Medical Journal**, v. 22, p. 376–382, 1948.

PALMER, E. D. Further experiences with Saint's triad (hiatus hernia, gallstones and diverticulosis coli). **American Journal of the Medical Sciences**, v. 244, p. 70-74, 1962.

PALMER, E. D. Saint's triad (hiatus hernia, gall stones and diverticulosis coli): the problem of properly directing surgical therapy. **American Journal of Digestive Diseases**, v. 22, n. 11, p. 314–315, 1955.

SAINT, C. F. M. Saint's triad. The origin and story of its recognition. **Review of Surgery**, v. 23, p. 1–4, 1966.

SCAGGION, G.; POLETTI, G.; RIGGIO, S. Saint's triad. Statistico-epidemiologic research and case contribution. Minerva Medica, v. 78, n. 15, p. 1183-1187, 1987.

ANEXOS

Tabela 1. Resultados dos exames laboratoriais, separados de acordo com o dia de internação em que foi feita a coleta.

Parâmetro	1º Dia	2º Dia Manhã	2º Dia Tarde	3º Dia	5º Dia
Hemoglobina	9,9	7,9	10,7	8,4	7,3
% Hematócrito	29,1	24	30	24,2	20,9
Leucócitos	10000	7700	14400	11100	
% Bastonetes	1	1	1	0	
% Segmentados	65	57	82	80	
Plaquetas	263000	207000	137000	135000	
Uréia	34			17	
Creatinina	0,8				
Sódio	142			136	
Potássio	3,9			4,6	
INR	1,14			1,75	
TTPA				34	

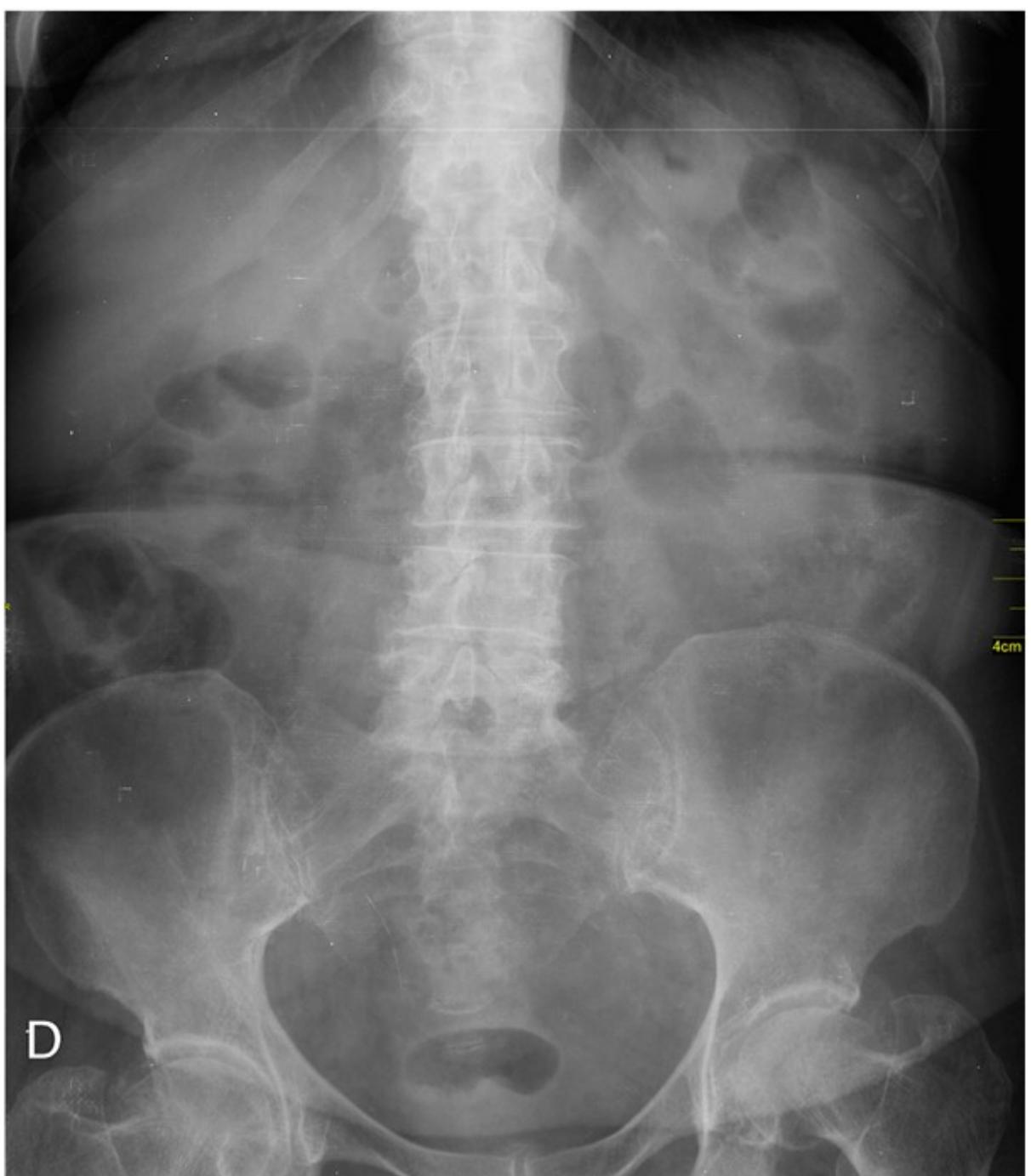


Figura 1. Radiografia simples de abdome realizada no 1º dia de internação hospitalar.



Figura 2. Enema opaco realizado no 2º dia de internação hospitalar.

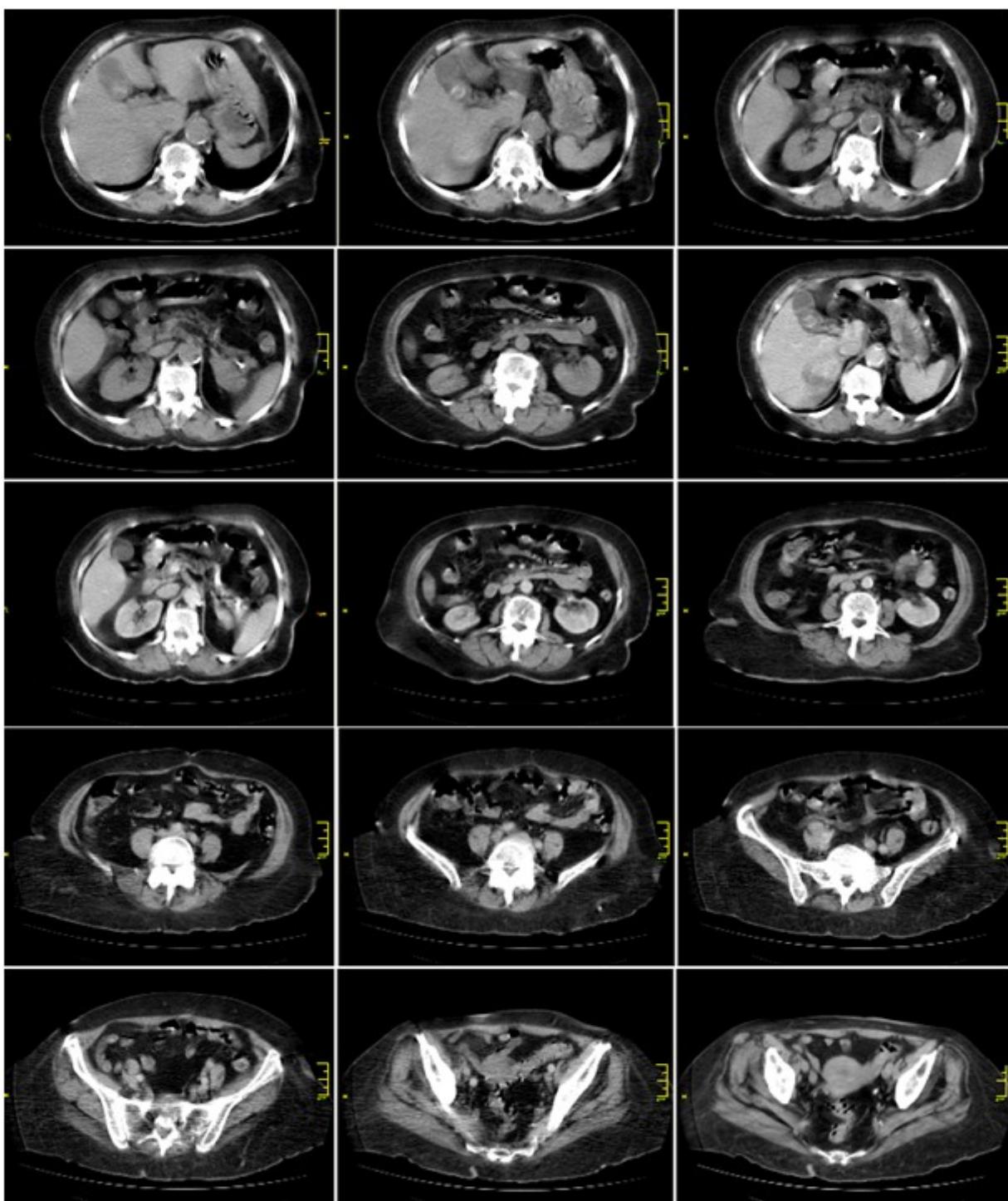


Figura 3. Tomografia computadorizada de abdome realizada no 5º dia de internação hospitalar.