

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TROMBOSE MESENTÉRICA EM PACIENTE
NONAGENÁRIO**

EARLY DIAGNOSIS OF MESENTERIC THROMBOSIS IN NONAGENARIAN PATIENTS

**DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA TROMBOSIS MESENTÉRICA EN PACIENTES
NONAGENARIOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-118>

Data de submissão: 09/09/2025

Data de publicação: 09/10/2025

Helen Brambila Jorge Pareja
Mestrado em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade do Oeste Paulista

Ana Clara Souza von Ah
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: anavonah@yahoo.com.br

Gustavo Antônio Mazaro Avansini
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: gustavoavansini@gmail.com

Livia Bernardes Bugni
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: liviabbugni1306@gmail.com

Pedro Henrique Machado Galli
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: pedrogallil1@hotmail.com

Isabela Reginato Cunha
Médica
Instituição: Universidade do Oeste Paulista (Unoeste)
E-mail: isabelareginato@gmail.com

Gustavo Vendramini Foss
Mestre em Cirurgia Minimamente Invasiva
Instituição: São Leopoldo Mandic
E-mail: gustavo.foss97@gmail.com

RESUMO

Apresentação do caso: Paciente NRP, 93 anos, sexo masculino, deu entrada no hospital pela sala de emergência em 10 de março de 2024, com quadro de dor abdominal súbita localizada em epigástrico, que evoluiu para dor abdominal difusa, associada a náuseas. Ao exame físico, apresentava abdome globoso, normotenso, com dor à palpação superficial e profunda difusamente, sinal de descompressão brusca positivo e hérnia umbilical irreduzível. Demais sistemas sem alterações. Estado geral regular, hipocorado. Foram solicitados exames de urgência, incluindo tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, que evidenciou trombose da veia porta e dos ramos da veia mesentérica superior, com sinais de edema do intestino delgado, porém sem sinais de sofrimento intestinal. O paciente foi internado e encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva sob cuidados da equipe de cirurgia geral, com monitoramento rigoroso e início de anticoagulação plena. Durante a internação, evoluiu com quadro de constipação. Novos exames de imagem, realizados por tomografia sem contraste, identificaram níveis hidroaéreos e “pilha de moedas” (empilhamento de alças intestinais), sem fator obstrutivo, configurando abdome agudo suboclusivo. Foi iniciada nutrição parenteral total (NPT) e enteroclisma para tratamento da constipação. O quadro evoluiu favoravelmente, com retorno da evacuação, boa aceitação da dieta oral e ausência de novas dores abdominais. O paciente recebeu alta da UTI para o quarto e, posteriormente, alta hospitalar em 20 de março de 2024. Discussão: O abdome agudo caracteriza-se por dor abdominal súbita e progressiva, podendo exigir internação e, em casos urgentes, intervenção cirúrgica nas primeiras 24 horas. A isquemia mesentérica é uma causa relevante de abdome agudo vascular, mais comum em idosos, e resulta da interrupção do fluxo sanguíneo intestinal, geralmente por trombose ou êmbolo. A dor intensa e desproporcional ao exame físico é um sinal de alerta importante. O diagnóstico requer avaliação clínica, exames laboratoriais e de imagem, sendo a angiotomografia o método mais sensível. O tratamento pode ser clínico com monitorização, suporte hemodinâmico, anticoagulação e antibióticos; ou cirúrgico, indicado quando há sinais de peritonite ou necrose intestinal. O prognóstico está diretamente ligado à rapidez do diagnóstico e início do tratamento. Apesar da importância da detecção precoce, faltam diretrizes claras sobre o tempo ideal para intervenção, reforçando a necessidade de alta suspeição clínica e uso precoce de exames sensíveis. Apesar de, na maioria dos casos, ser necessário realizar, por exemplo, uma laparotomia com retirada de parte do intestino, neste caso observou-se que o paciente estava bem estável, sem sinais de sofrimento de alça. Considerando a idade, optou-se por um tratamento conservador com anticoagulante, e o paciente apresentou boa resposta. Comentários finais: O abdome agudo vascular, embora raro, apresenta alta gravidade e exige diagnóstico rápido para evitar necrose e sepse. A angiotomografia é o exame de escolha, permitindo confirmar a isquemia mesentérica venosa e orientar a conduta. O caso apresentado demonstrou que, em pacientes estáveis e sem sinais de peritonite, o tratamento conservador com anticoagulação precoce pode resultar em bom desfecho, mesmo em idosos, reforçando a importância da suspeição clínica e intervenção imediata.

Palavras-chave: Trombose Mesentérica. Tratamento Conservador. Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT

Case presentation: Patient NRP, a 93-year-old male, was admitted to the hospital through the emergency room on March 10, 2024, with sudden abdominal pain localized to the epigastrium, which progressed to diffuse abdominal pain associated with nausea. Physical examination revealed a globular, normotensive abdomen, with diffuse tenderness on superficial and deep palpation, a positive abrupt

decompression sign, and an irreducible umbilical hernia. Other system findings were unchanged. His general condition was fair and pale. Urgent tests were requested, including a contrast-enhanced computed tomography scan of the abdomen and pelvis, which revealed thrombosis of the portal vein and branches of the superior mesenteric vein, with signs of small bowel edema, but no signs of intestinal distress. The patient was admitted to the intensive care unit under the care of the general surgery team, with strict monitoring and initiation of full anticoagulation. During hospitalization, he developed constipation. New imaging studies, performed using non-contrast CT, identified air-fluid levels and a "stack of coins" (stacking of bowel loops), without obstructive factors, indicating a subocclusive acute abdomen. Total parenteral nutrition (TPN) and enteroclysis were initiated to treat constipation. The condition progressed favorably, with return of bowel movements, good oral intake, and no new abdominal pain. The patient was discharged from the ICU to his room and subsequently discharged on March 20, 2024. Discussion: Acute abdomen is characterized by sudden and progressive abdominal pain, which may require hospitalization and, in urgent cases, surgical intervention within the first 24 hours. Mesenteric ischemia is a relevant cause of vascular acute abdomen, more common in the elderly, and results from the interruption of intestinal blood flow, usually due to thrombosis or embolus. Severe pain disproportionate to the physical examination is a significant warning sign. Diagnosis requires clinical evaluation, laboratory tests, and imaging, with CT angiography being the most sensitive method. Treatment may be clinical with monitoring, hemodynamic support, anticoagulation, and antibiotics; or surgical, indicated when there are signs of peritonitis or intestinal necrosis. Prognosis is directly linked to the speed of diagnosis and initiation of treatment. Despite the importance of early detection, clear guidelines regarding the ideal time for intervention are lacking, reinforcing the need for high clinical suspicion and early use of sensitive tests. Although in most cases, a laparotomy with removal of part of the intestine is necessary, for example, in this case, the patient was found to be quite stable, with no signs of bowel distress. Considering his age, conservative treatment with anticoagulants was chosen, and the patient responded well. Final comments: Vascular acute abdomen, although rare, is highly serious and requires rapid diagnosis to avoid necrosis and sepsis. CT angiography is the examination of choice, confirming mesenteric venous ischemia and guiding management. The case presented demonstrated that, in stable patients without signs of peritonitis, conservative treatment with early anticoagulation can result in a good outcome, even in elderly patients, reinforcing the importance of clinical suspicion and immediate intervention.

Keywords: Mesenteric Thrombosis. Conservative Treatment. Early Diagnosis.

RESUMEN

Presentación del caso: El paciente NRP, varón de 93 años, ingresó al hospital a través del servicio de urgencias el 10 de marzo de 2024 con dolor abdominal repentino localizado en el epigastrio, que progresó a dolor abdominal difuso asociado con náuseas. La exploración física reveló un abdomen globular, normotensio, con dolor difuso a la palpación superficial y profunda, un signo positivo de descompresión abrupta y una hernia umbilical irreducible. Los demás hallazgos sistémicos no presentaron cambios. Su estado general era regular y pálido. Se solicitaron pruebas urgentes, incluyendo una tomografía computarizada con contraste de abdomen y pelvis, que reveló trombosis de la vena porta y ramas de la vena mesentérica superior, con signos de edema de intestino delgado, pero sin signos de malestar intestinal. El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos bajo el cuidado del equipo de cirugía general, con estricta monitorización e inicio de anticoagulación completa. Durante la hospitalización, desarrolló estreñimiento. Nuevos estudios de imagen, realizados mediante TC sin contraste, identificaron niveles hidroaéreos y una acumulación de asas intestinales, sin factores obstructivos, lo que indica un abdomen agudo subocclusivo. Se inició nutrición parenteral total (NPT) y enteroclysis para tratar el estreñimiento. La afección evolucionó favorablemente, con retorno a la deposición, buena ingesta oral y ausencia de dolor abdominal. El paciente fue dado de alta

de la UCI a su habitación el 20 de marzo de 2024. Discusión: El abdomen agudo se caracteriza por dolor abdominal repentino y progresivo, que puede requerir hospitalización y, en casos urgentes, intervención quirúrgica en las primeras 24 horas. La isquemia mesentérica es una causa relevante de abdomen agudo vascular, más común en ancianos, y se debe a la interrupción del flujo sanguíneo intestinal, generalmente debido a trombosis o émbolo. El dolor intenso, desproporcionado a la exploración física, es un signo de alarma importante. El diagnóstico requiere evaluación clínica, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen, siendo la angio-TC el método más sensible. El tratamiento puede ser clínico con monitorización, soporte hemodinámico, anticoagulación y antibióticos; o quirúrgico, indicado cuando hay signos de peritonitis o necrosis intestinal. El pronóstico está directamente relacionado con la rapidez del diagnóstico y el inicio del tratamiento. A pesar de la importancia de la detección temprana, faltan directrices claras sobre el momento ideal para la intervención, lo que refuerza la necesidad de una alta sospecha clínica y el uso temprano de pruebas sensibles. Si bien en la mayoría de los casos, es necesaria una laparotomía con extirpación de parte del intestino, por ejemplo, en este caso, el paciente se encontró bastante estable, sin signos de malestar intestinal. Considerando su edad, se optó por un tratamiento conservador con anticoagulantes y el paciente respondió bien. Comentarios finales: El abdomen agudo vascular, aunque poco frecuente, es muy grave y requiere un diagnóstico rápido para evitar la necrosis y la sepsis. La angiografía por TC es el examen de elección, que confirma la isquemia venosa mesentérica y guía el tratamiento. El caso presentado demostró que, en pacientes estables sin signos de peritonitis, el tratamiento conservador con anticoagulación temprana puede tener un buen pronóstico, incluso en pacientes de edad avanzada, lo que refuerza la importancia de la sospecha clínica y la intervención inmediata.

Palabras clave: Trombosis Mesentérica. Tratamiento Conservador. Diagnóstico Precoz.

1 INTRODUÇÃO

A trombose da veia mesentérica (TVM) é uma condição rara, mas grave, representando aproximadamente 5 % a 15 % dos casos de eventos tromboembólicos agudo da mesentérica, e correspondendo a cerca de 1 em cada 5 000 a 15 000 internações hospitalares ou 1 em cada 1 000 atendimentos em pronto-socorro (2; 3). O segmento superior da veia mesentérica é afetado em mais de 90 % dos casos, enquanto o segmento inferior contribui com até 11 % (3). Entre os fatores de risco, destacam-se os estados de hipercoagulabilidade, presentes em 60 % a 75 % dos casos, incluindo trombofilias hereditárias ou adquiridas, uso de anticoncepcionais e gravidez (3); neoplasias malignas ocorrem em 4 % a 16 % dos casos agudos (1); até 37 % são idiopáticos (1); e processos inflamatórios intra-abdominais, cirurgias (por exemplo, esplenectomia), traumatismos, pancreatite ou doença inflamatória intestinal também são predisponentes (3). O sintoma mais comum é dor abdominal, frequentemente intensa e desproporcional ao exame físico, acompanhada de náuseas, vômitos, febre baixa ou ausência de febre, sintomas que pioram com a alimentação e tem perfil claudicante. Com instabilidade hemodinâmica em 6 % a 29 % dos casos (3;5). O diagnóstico tardio agrava o prognóstico: a mortalidade em 30 dias pode chegar a 32 %, podendo ser inferior a 10 % se o tratamento for rápido, mas alcançar 60 % quando há atraso no atendimento; atrasos superiores a 24 horas podem elevar a mortalidade a entre 80 % e 100 % (5).

Dentro do espectro das causas vasculares do abdome agudo, destaca-se a trombose venosa mesentérica, gera uma forma de isquemia intestinal causada por obstrução venosa, geralmente decorrente da trombose da veia mesentérica superior, embora possa afetar também as veias mesentéricas inferior e o sistema porta. Essa condição é rara, representando entre 5% e 15% dos casos de isquemia mesentérica aguda (12). Apesar de menos comum que a isquemia arterial, sua gravidade não deve ser subestimada, pois, sem diagnóstico e tratamento precoces, pode evoluir para necrose intestinal e sepse. Afeta com maior frequência adultos entre 50 e 70 anos, sendo ligeiramente mais prevalente em homens. O aumento na detecção nos últimos anos está associado ao uso crescente de métodos de imagem avançados, como a angiotomografia computadorizada (11). Diversos fatores de risco estão ligados à trombose venosa mesentérica, sobretudo condições que promovem hipercoagulabilidade, como trombofilias hereditárias (mutação do fator V de Leiden, deficiência de proteínas C e S), além de fatores adquiridos, como neoplasias malignas, uso de anticoncepcionais orais, cirurgia abdominal recente, insuficiência cardíaca congestiva, sepse, cirrose hepática e doenças inflamatórias intestinais (13).

Clinicamente, a trombose venosa mesentérica apresenta-se de forma insidiosa e inespecífica, com dor abdominal difusa ou localizada, cuja intensidade pode variar e geralmente não se correlaciona

diretamente com os achados do exame físico. Sintomas associados incluem distensão abdominal, náuseas, vômitos, febre e diarreia; em casos com lesão mucosa ou necrose, pode haver sangue nas fezes (14). A inespecificidade dos sintomas frequentemente retarda o diagnóstico, piorando o prognóstico. O diagnóstico exige alto grau de suspeição clínica e é confirmado por exames de imagem, com a angiotomografia computadorizada com contraste sendo o método de escolha, por permitir a visualização direta do trombo nas veias mesentéricas, além de alterações na parede intestinal, sinais de edema, gás na parede ou veias portais e líquido livre na cavidade abdominal (12). Exames laboratoriais, como a dosagem de D-dímero, podem auxiliar, embora não sejam específicos; a gasometria arterial pode mostrar acidose metabólica em casos avançados.

O tratamento depende da gravidade clínica e da presença de complicações. O manejo conservador, cada vez mais valorizado, pode ser eficaz em casos selecionados, principalmente quando o diagnóstico é precoce e não há sinais de peritonite ou necrose intestinal (6). Seus objetivos são a recanalização do vaso trombosado, prevenção de novas tromboses e preservação da viabilidade intestinal (11). A anticoagulação plena é o pilar do tratamento, devendo ser iniciada precocemente, com heparina não fracionada em infusão contínua (3; 6). Que oferece maior controle e reversibilidade, ou heparina de baixo peso molecular. Após a fase aguda, desde que o paciente esteja clinicamente estável e não haja contra-indicação gastrointestinal, realiza-se transição para anticoagulantes orais (3; 14). Como varfarina ou anticoagulantes diretos (rivaroxabana, apixabana), com duração mínima de três a seis meses, podendo ser estendida em casos de trombofilia ou neoplasias (14).

Além da anticoagulação, o tratamento conservador inclui suporte clínico rigoroso, com jejum nas primeiras horas, hidratação venosa vigorosa para restaurar o volume circulante e evitar congestão intestinal agravada, analgesia adequada e controle de náuseas e vômitos. Em casos mais graves, pode ser necessária nutrição parenteral devido ao prolongamento do jejum. A monitorização clínica e laboratorial constante é fundamental, com repetição da angiotomografia após 48 a 72 horas para avaliar evolução do trombo e perfusão intestinal. O tratamento cirúrgico é reservado para casos com sinais de peritonite, perfuração ou necrose intestinal, exigindo ressecção dos segmentos afetados. Em centros especializados, terapias endovasculares, como trombólise por cateter ou trombectomia mecânica, têm sido exploradas, embora ainda não amplamente disponíveis colocando anticoagulação direta mesentérica, por meio cath (12).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente sexo masculino, 93 anos, admitido na Santa Casa, com quadro de dor abdominal súbita localizada em epigástrico, há 3h, de forma intermitente, que piorava com alimentação e melhorava com

jejum, associada a náuseas. Apresenta de comorbidades, hipertensão arterial sistêmica, hepatopatia crônica, diabetes mellitus tipo II, arritmia, dislipidemia e obesidade mórbida (IMC 53). Ao exame físico, apresentava abdome globoso, distendido, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, sinal de descompressão brusca positivo, timpânico a percussão e hérnia umbilical irreduzível. Demais sistemas sem alterações. Pressão arterial 130/80, FC 59 bpm, fr 35 irpm, sat O₂: 92% em ar ambiente. Estado geral regular, hipocorado (2+/4+), desidratado (2+/4+), afebril, anictérico. Foram exames laboratoriais (HB:14,3; HT:53; PL: 159; I: 9.920 4%; CR: 0,7; DHL: 203; LACTATO: 1,4; PCR: 17), tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste, que evidenciou trombose da veia porta e dos ramos da veia mesentérica superior, com sinais de edema do intestino delgado, porém sem sinais de sofrimento intestinal (figura 1-2).

O paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva sob cuidados da equipe de cirurgia geral, com monitoramento rigoroso e início de anticoagulação plena (1 mg/kg) em bomba de infusão de heparina não fracionada, jejum e sintomaticos. No 3º dia ao reintroduzir a dieta evoluindo com quadro de distensão abdominal e vômitos, realizado TC abdome total que identificaram níveis hidroaéreos e “pilha de moedas” (empilhamento de alças intestinais), sem fator obstrutivo, configurando abdome agudo suboclusivo (figura 3). Foi iniciada nutrição parenteral total (NPT), jejum e eneroclisma para tratamento da constipação. O quadro evoluiu favoravelmente, reintroduzido a dieta no 8º dia, boa aceitação da dieta oral e ausência de novas dores abdominais. O paciente recebeu alta.

Figura 1- Tomografia computadorizada de abdome total com contraste, corte sagital, demonstrando falha de enchimento na veia mesentérica superior (seta), achado compatível com trombose venosa mesentérica.



Fonte: acervo pessoal do autor, 2024

Figura 2- Tomografia computadorizada de abdome total com contraste, corte axial, evidenciando a veia mesentérica superior (estrutura hiperdensa, em formato arredondado). A seta aponta para uma área de hipodensidade dentro do vaso, correspondente ao trombo venoso mesentérico.



Fonte: acervo pessoal do autor, 2024.

Figura 3 Tomografias computadorizadas de abdome total sem contraste, realizadas em dias distintos durante a internação. A primeira (Figura Z) mostra presença de nível hidroáereo e alças delgadas, indicando abdome agudo suboclusivo sem fator obstrutivo, correlacionado com quadro de constipação. A segunda (Figura W), exame de controle realizado dias depois, evidencia resolução do quadro, com ausência de níveis hidroáreos e normalização das alças intestinais, demonstrando melhora clínica com enteroclisma, jejum e suporte nutricional.



Fonte: acervo pessoal do autor, 2024

3 DISCUSSÃO

O abdome agudo é caracterizado por dor abdominal súbita, progressiva, não traumática e com duração inferior a cinco dias. Sua avaliação exige triagem para internação, exames complementares e, em alguns casos, intervenção cirúrgica imediata. Pode ser classificado como urgente, quando há risco iminente e necessidade de tratamento nas primeiras 24 horas, ou não urgente, em que a observação ambulatorial pode ser suficiente (9).

A isquemia mesentérica, tanto em suas formas aguda quanto crônica, é uma das principais causas de abdome agudo vascular, caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para o intestino, o que pode resultar em necrose e comprometimento grave da função intestinal. Na isquemia mesentérica aguda, as causas mais comuns incluem a oclusão da artéria mesentérica superior por

êmbolo ou trombose, a trombose da veia mesentérica superior e a isquemia não-oclusiva. O reconhecimento rápido dessa condição é fundamental, pois o atraso no diagnóstico pode levar a complicações severas e alta mortalidade (7).

A dor abdominal intensa e desproporcional aos achados do exame físico é uma das manifestações clínicas mais relevantes da isquemia mesentérica, especialmente em pacientes idosos com múltiplas comorbidades. Quando associada a alterações nos sinais vitais, essa dor deve elevar o grau de suspeita diagnóstica durante o atendimento de urgência. Outros sintomas, como náuseas, vômitos, diarreia, mal-estar e prostração, embora inespecíficos, também integram o quadro clínico e reforçam a necessidade de avaliação cuidadosa (7).

Observa-se que essa condição tende a ocorrer com maior frequência na população idosa, o que pode estar relacionado às alterações fisiológicas do envelhecimento e à maior prevalência de fatores de risco nesse grupo. Esse perfil etário sugere a importância de uma abordagem clínica atenta em indivíduos mais velhos, principalmente diante de sintomas abdominais agudos que não apresentam correlação evidente com os achados físicos iniciais (8; 10).

O diagnóstico não se baseia apenas na clínica, sendo necessário apoio laboratorial e por imagem. A dor é o principal sintoma, com localização variável conforme a etiologia. Radiografia simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) e, eventualmente, endoscopia pode ser utilizados conforme a suspeita clínica (8; 10).

Entre as causas, destaca-se o abdome agudo vascular, cuja detecção precoce é desafiadora devido à ausência de marcadores específicos. A apresentação pode ser inespecífica ou mascarada por comorbidades. A Angiotomografia abdominal (AngioTC) é o exame mais sensível para o diagnóstico, permitindo a identificação de trombose e avaliação da perfusão intestinal. Quando indisponível, a TC com contraste pode auxiliar, embora com menor precisão diagnóstica (8).

O tratamento do abdome agudo vascular pode ser dividido em abordagem clínica ou cirúrgica, conforme a estabilidade do paciente e os achados clínico-radiológicos. A conduta clínica é indicada nos casos sem sinais de peritonite ou necrose intestinal, e inclui monitorização rigorosa dos sinais vitais, reposição volêmica individualizada, correção de distúrbios hidroeletrolíticos, analgesia eficaz, administração de antibióticos de amplo espectro por via venosa, anticoagulação plena e suspensão de medicamentos vasoconstritores que possam agravar a isquemia. Já o tratamento cirúrgico é reservado para situações em que há sinais clínicos de irritação peritoneal, achados tomográficos compatíveis com infarto intestinal ou quando há incerteza diagnóstica que impeça a definição de conduta segura (7; 10).

Estudos clínicos indicam que o tempo decorrido entre o início dos sintomas, o diagnóstico definitivo e o início do tratamento estão diretamente associados ao prognóstico e à sobrevida dos

pacientes com abdome agudo vascular. A identificação precoce da condição e a instituição imediata da conduta terapêutica, seja clínica ou cirúrgica, aumentam significativamente as chances de preservar a viabilidade intestinal e de prevenir complicações graves, como necrose e sepse (8; 9).

Apesar dessa associação ser amplamente reconhecida na prática médica, a literatura carece de dados consolidados e diretrizes específicas que definam, com base em evidências robustas, quais seriam os limites temporais ideais para diagnóstico e intervenção no abdome agudo vascular. Essa ausência reforça a necessidade de alto grau de suspeição clínica e da utilização precoce de métodos diagnósticos sensíveis, como a angiotomografia computadorizada, diante de qualquer suspeita compatível com o quadro (8).

4 CONCLUSÃO

O abdome agudo vascular representa uma condição de elevada gravidade, sendo a isquemia mesentérica uma de suas principais etiologias. A forma venosa, embora menos frequente que a arterial, está geralmente associada à trombose mesentérica. Apesar de rara, sua relevância clínica é elevada, visto que o atraso diagnóstico pode culminar em necrose intestinal e sepse.

A apresentação clínica costuma ser inespecífica, destacando-se a dor abdominal intensa e desproporcional aos achados físicos. O diagnóstico requer alto índice de suspeição e deve ser confirmado por exames de imagem. A angiotomografia computadorizada com contraste é considerada o método de escolha. Esse exame permite identificar trombos venosos, alterações parietais intestinais e sinais indiretos de complicações.

A detecção precoce é determinante para o prognóstico e sobrevida dos pacientes. Entretanto, a literatura ainda carece de diretrizes objetivas quanto ao tempo ideal para intervenção. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, conforme a estabilidade clínica e os achados radiológicos. A anticoagulação precoce constitui o pilar da abordagem em casos sem necrose ou peritonite.

O caso clínico apresentado ilustra a eficácia do manejo conservador em paciente idoso. A confirmação de trombose venosa mesentérica sem sofrimento intestinal possibilitou conduta não cirúrgica. O suporte clínico intensivo contribuiu para evolução favorável e alta hospitalar. Dessa forma, o diagnóstico e tratamento precoces mostram-se essenciais para a preservação da viabilidade intestinal.

REFERÊNCIAS

1. Acosta, S., Alhadad, A., Svensson, P. J., & Ekberg, O. (2008). Epidemiology, risk and prognostic factors in mesenteric venous thrombosis. *British Journal of Surgery*, 95(10), 1245–1251. <https://doi.org/10.1002/bjs.6297>
2. Singal, A. K., Kamath, P. S., & Tefferi, A. (2013). Mesenteric venous thrombosis. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(3), 285–294. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.01.012>
3. Sulger, E., Ramesh, S., Al Samaraee, A., & Singh, A. (2024). Mesenteric venous thrombosis. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459184/>
4. Johnson, J. O., Gayer, G., Heller, M. T., & Tublin, M. E. (2019). Interventional radiology in gastrointestinal emergencies. *Radiologic Clinics of North America*, 57(6), 1105–1121. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2019.07.003>
5. Circulation. (2015). Mesenteric venous thrombosis. *Circulation: Journal of the American Heart Association*. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.114.012871>
6. Brito, P. R. da S., Veras, M. A. de L., Gomes, F. A. C., Nascimento, A. D. S. J., Alves , D. H. S., Algarves , I. E. A., Santana , M. E. de A., Silva, R. M. da, & Brito, N. C. da S. (2024). Abordagem diagnóstica e terapêutica do abdome agudo vascular com ênfase na isquemia mesentérica aguda: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 2269–2277. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p2269-2277>. (BRITO et al.; 2024)
7. Cardoso F. V.; Silva A. R. C. da; Bucharles A. C. F.; Silva M. B. da; Ferraz M. G.; Piccoli M. V. F.; Marques M. A. A.; David N. C. G.; Padilha N. de Q.; Lopes B. A. Manejo e conduta do abdome agudo: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 5, p. e10226, 24 maio 2022. (CARDOSO et al.; 2022)
8. De Andrade Garcia, Diego Ferreira et al. Análise epidemiológica de pacientes diagnosticados com abdômen agudo vascular em hospital de cuidados complementares na cidade de São Paulo/SP, Brasil: Estudo retrospectivo. *Brazilian Journal of Global Health*, v. 2, p. n7, 2022. (DE ANDRADE GARCIA et al.; 2022)
9. De Souza, Nicollia Bellotti; Do Carmo Amorim, Gelbert Luiz Chamon. Abdome agudo no departamento de emergência: uma revisão. *Brasília Med*, v. 59, p. 00-00, 2022. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v59a60.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2025. (DE SOUZA; DO CARMO AMORIM, 2022)
10. Moreira, Dielly Chaves et al. Abdome agudo vascular por trombose de veia mesentérica superior, porta e esplênica. *Revista Científica do Instituto Dr. José Frota*, n. 1, p. 25-31, 2022. Disponível em: <https://revistaijf.emnuvens.com.br/ijf/article/view/7>. Acesso em: 07 ago. 2025. (MOREIRA et al.;2022)
11. Abdelrazek, H. M. et al. Mesenteric venous thrombosis: pathophysiology, diagnosis and management. *Vascular Health and Risk Management*, Auckland, v. 16, p. 321–329, 2020.

12. Bjorck, M. et al. Management of the diseases of mesenteric arteries and veins: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, Amsterdam, v. 53, n. 4, p. 460–510, 2017.
13. Ludwig, k. A.; vogel, S. B. Mesenteric venous thrombosis: a changing clinical entity. American Journal of Surgery, New York, v. 176, n. 6, p. 535–538, 2018.
14. Malik, S. et al. Conservative management of acute mesenteric venous thrombosis: A retrospective study. Journal of Gastrointestinal Surgery, New York, v. 23, p. 1411–1417, 2019.