

CASO CLÍNICO/CASE REPORT

Síndrome da Artéria Mesentérica Superior como Complicação da Anorexia Nervosa: A Propósito de um Caso Clínico**Superior Mesenteric Artery Syndrome as a Complication of Anorexia Nervosa: A Case Report**

 Ana Lúcia Ramos ^{1,2,*};  Joana Tavares Coelho ^{1,2};  Sertório Timóteo ^{1,2};  Patrícia Nunes ^{1,2};  Maria João Peixoto ^{1,2};  Henrique Salgado ^{1,2}

1-Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de São João, Porto, Portugal

2-Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

DOI: <https://doi.org/10.46531/sinapse/CC/197/2026>

Resumo

A anorexia nervosa é uma perturbação do comportamento alimentar complexa que, sendo primariamente um diagnóstico psiquiátrico, pode ter complicações médicas relevantes, motivo pelo qual tem a maior taxa de mortalidade entre estas perturbações.

A síndrome da artéria mesentérica superior é uma complicação rara e subdiagnosticada da anorexia nervosa, consequente à atrofia da gordura mesentérica induzida pela perda ponderal. Pode ser potencialmente fatal, tendendo a sintomatologia inespecífica a atrasar o diagnóstico.

Apresentamos o caso de uma doente com anorexia nervosa, sem acompanhamento médico regular (incluindo psiquiátrico), admitida na urgência geral com um quadro gastrointestinal agudo, que se concluiu corresponder a uma síndrome da artéria mesentérica superior, severa, a necessitar de intervenção cirúrgica urgente.

Reflete-se sobre a preponderância do diagnóstico diferencial atento e atempado desta intercorrência médica e cirúrgica, potencialmente fatal, e com incidência considerável em doentes com anorexia nervosa.

Abstract

Anorexia nervosa is a complex eating disorder that, despite being primarily a psychiatric diagnosis, can lead to significant medical complications, which contribute to the highest mortality rate among these disorders.

Superior mesenteric artery syndrome is a rare and underdiagnosed complication of Anorexia Nervosa, resulting from weight loss-induced atrophy of the mesenteric fat pad. It can be potentially fatal and its nonspecific symptomatology often delays the diagnosis.

We present the case of a patient with anorexia nervosa, without regular medical follow-up (including psychiatric), admitted to the emergency department with acute gastrointestinal symptoms, ultimately diagnosed as a severe superior mesenteric artery syndrome, requiring urgent surgical intervention.

This case highlights the importance of the thorough and early differential diagnosis of this potentially life-threatening medical and surgical complication, which occurs with considerable frequency among patients with anorexia nervosa.

Informações/Informations:

Caso Clínico, publicado em Sinapse, Volume 26, Número 1, janeiro-março 2026. Versão eletrónica em www.sinapse.pt; Case Report, published in Sinapse, Volume 26, Number 1, January-March 2026. Electronic version in www.sinapse.pt
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Sinapse 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and Sinapse 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

Palavras-chave:

Anorexia Nervosa;
Síndrome da Artéria Mesentérica Superior.

Keywords:

Anorexia Nervosa;
Superior Mesenteric Artery Syndrome.

***Autor Correspondente / Corresponding Author:**

Ana Lúcia Ramos
Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de São João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal
analuciaramos.psiquiatria@gmail.com

Recebido / Received: 2025-10-30

Aceite / Accepted: 2026-03-22

Publicado / Published: 2026-03-31

Introdução

A anorexia nervosa (AN) é uma perturbação do comportamento alimentar (PCA) caracterizada pela restrição da ingestão de energia em relação às necessidades, levando a um peso corporal inferior ao mínimo saudável; medo intenso de aumentar de peso ou comportamentos persistentes que impedem o aumento de peso; distorção relativamente ao peso e/ou forma corporal e ausência persistente de crítica para a gravidade do baixo peso.^{1,2}

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição, Texto Revisto (DSM-5TR), a gravidade da AN é classificada em quatro níveis com base no Índice de Massa Corporal (IMC): extrema (IMC < 15 kg/m²), grave (IMC entre 15 e 15,99 kg/m²), moderada (IMC entre 16 e 16,99 kg/m²) e ligeira (IMC ≥ 17 kg/m²).²

A AN é uma doença psiquiátrica complexa, de etiologia multifatorial, com complicações somáticas significativas.^{1,2} No curso da doença, todos os sistemas podem ser afetados, seja pela desnutrição prolongada, seja pelos comportamentos compensatórios, se existirem.² Devido às suas diversas complicações, a AN apresenta a taxa de mortalidade mais elevada de todas as PCA e perturbações psiquiátricas no geral.^{1,3}

A prevalência ao longo da vida da AN é estimada em até 4% nas mulheres e 0,3% nos homens, numa razão de, no mínimo, 9:1.² Geralmente, instala-se no início ou meio da adolescência, embora possa surgir em qualquer idade.^{2,3} A AN está associada a uma taxa de mortalidade de 5,1 óbitos por 1000 pessoas-ano, quase seis vezes superior à dos indivíduos da mesma idade, sem AN.³

A síndrome da artéria mesentérica superior (SAMS) consiste numa obstrução do duodeno provocada pela compressão extrínseca entre a artéria mesentérica superior e a aorta, decorrente da diminuição da gordura mesentérica, pela perda ponderal. A incidência mundial varia entre 0,013% e 0,3%, mas pode ser superior à atualmente reportada.^{1,4} Entre os casos descritos, a taxa de mortalidade corresponde a cerca de um em cada três doentes. Atinge mais adolescentes e adultos jovens, com idade média de 23 anos.^{1,4} Até ao momento, não existem estudos suficientes para determinar a prevalência da SAMS como complicação das PCA.¹

O diagnóstico baseia-se na clínica, sendo confirmado por exames de imagem. Não existe qualquer sinal ou achado no exame físico que seja patognomónico. Nos doentes com AN, objetiva-se sobretudo o estado de

desnutrição grave.⁵ O exame de referência é a tomografia computadorizada (TC) com contraste, que permite medir o ângulo entre a artéria mesentérica superior e a aorta, que se encontrará diminuído.^{1,4,6}

Na forma aguda, a SAMS caracteriza-se por vômitos, dor e distensão abdominal. Na crónica, ocorre dor epigástrica pós-prandial, agravada pela ingestão e aliviada pelo vômito.^{1,6} Os doentes com AN e SAMS podem apresentar-se em igual proporção nas formas aguda e crónica.⁶

O tratamento inicial é médico, com taxas de sucesso entre 70% e 80%.⁴ Visa-se restaurar a gordura mesentérica, permitindo que a artéria mesentérica retome uma posição não obstrutiva. Quando não é viável a alimentação oral, recomenda-se nutrição entérica ou parentérica. Os doentes com PCA comórbida devem ser submetidos a avaliação psiquiátrica e acompanhamento especializado.^{1,4}

Se a abordagem conservadora falhar, é indicado o tratamento cirúrgico, cuja taxa de sucesso varia entre 80% e 100%.⁴ Entre as diferentes técnicas cirúrgicas, a duodenojejunostomia laparoscópica é a mais recomendada, pela segurança e eficácia.^{1,4,6,7} A eficácia a longo prazo da cirurgia permanece incerta,¹ para além de não estar claramente definido o momento ideal para avançar para esta intervenção.⁴

O caso descrito exemplifica o diagnóstico tardio da SAMS numa doente com AN, de gravidade tal que a cirurgia foi emergente, e com um procedimento mais complexo do que o *standard*. Pretende-se alertar para a importância de um diagnóstico diferencial precoce, fulcral a um prognóstico mais favorável.

Caso Clínico

Descreve-se o caso de uma doente de 27 anos, com diagnóstico de AN (do tipo purgativo) desde os 15 anos. A doente foi acompanhada por Psiquiatria da Infância e Adolescência entre os 15 e os 18 anos, altura em que teve alta, por estar psicopatologicamente estabilizada e com IMC saudável. Desde aí, manteve-se sem acompanhamento regular por Psiquiatria, que só retomou no contexto do episódio descrito.

A doente deu entrada na urgência geral por um quadro de vômitos persistentes com 10 horas de evolução, acompanhados de dor no flanco abdominal direito com irradiação lombar e suprapúbica. Do exame físico, destacava-se abdómen mole e depressível, com defesa e dor à palpação, intensa no quadrante superior direito.

O estudo analítico não tinha alterações para além de ligeira leucocitose com neutrofilia.

Realizou ecografia renovesical, que mostrou dilatação de todo o cólon e ascite de pequeno volume nos quadrantes direitos. Na radiografia abdominal de pé, observou-se câmara gasosa à esquerda, e depois, na radiografia de perfil, não se conseguiu excluir perentoriamente a ocorrência de pneumoperitoneu. Foi efetuada TC abdominopélvica, que evidenciou dilatação esofágica, volumosa dilatação da câmara gástrica e do arco duodenal, verificando-se marcado afinamento da terceira porção do duodeno ao nível da pinça aortomesentérica e colapso das ansas a jusante, sugerindo uma SAMS. Observou-se ainda derrame peritoneal de moderado volume no espaço abdominopélvico, havendo bolhas de gás em topografia extradigestiva, no andar superior do abdómen, indiciando um pneumoperitoneu (por perfuração diastásica gástrica), que se estendia para o mediastino posterior em topografia periesofágica.



Figura 1. Angio-TC abdomino-pélvica com contraste endovenoso na fase arterial: Imagem em plano axial com seta a apontar o ponto em que a AMS e a artéria aorta estão a fazer pinça na 3ª porção do duodeno (ponto de transição da obstrução intestinal alta).

O caso foi discutido em equipa e sinalizado para intervenção cirúrgica emergente. Pela gravidade da dilatação e isquemia gástrica, com peritonite secundária, a doente foi nesse dia submetida a gastrectomia total, com anastomose em Y de Roux. A cirurgia decorreu sem intercorrências de relevo, seguindo-se 46 dias de internamento. Dois dias antes da alta, realizou angio-TC toracoabdominal, sem alterações sugestivas de deiscência da anastomose esofagojejunal. À alta, apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética, com dor controlada e a tolerar dieta oral líquida, sem náuseas ou vômitos.



Figura 2. Angio-TC abdomino-pélvica com contraste endovenoso na fase arterial: Imagem em reconstrução coronal a mostrar a imensa distensão gástrica.

Durante a permanência na enfermaria de Cirurgia, foi observada em diversos momentos pela equipa de Psiquiatria da Ligação, que validou os sintomas de AN. A doente mantinha recusa da alimentação no contexto de medo mórbido de engordar e distorção da imagem



Figura 3. Angio-TC abdomino-pélvica com contraste endovenoso na fase arterial: Imagem em reconstrução sagital que mostra o plano da origem da AMS na aorta, a distância aortomesentérica e o ângulo aortomesentérico.

corporal. Aprofundando-se a anamnese, apurou-se que mantinha comportamentos purgativos (vômito e toma de laxantes) há cerca de dois anos. A ausência de crítica para a gravidade da sua condição clínica justificou não ter procurado ajuda e a recusa ativa desta quando a família tentava agir nesse sentido. A Psiquiatria de Ligação articulou com a equipa especializada em PCA, para que a doente fosse rapidamente orientada em ambulatório. Teve a primeira consulta duas semanas após a alta, em que se registava peso de 35,10 kg e IMC 12,89 kg/m². Nessa altura, referia não vomitar desde a alta, mantendo, contudo, restrição alimentar rigorosa; destacava-se a referida distorção da imagem corporal e medo mórbido de engordar. Foi estabelecido um plano alimentar mínimo, verificando-se, longitudinalmente, o incumprimento do mesmo - saltava refeições e excluía a maioria dos alimentos. Após cerca de seis semanas de acompanhamento, registou-se perda ponderal de 900 g, a par de elevação abrupta das transaminases nas análises efetuadas (AST 163 e ALT 539 U/L). Nesta altura, perante a ausência de recuperação ponderal e agravamento do estado geral, propôs-se intervenção de carácter mais intensivo. A doente mostrou-se reticente, mas, na consulta seguinte, passados dez dias, sublinha-se, para além da contínua perda ponderal, agravamento analítico com AST 521, ALT 1036 e GGT 124 U/L, pelo que foi prontamente orientada para o internamento em serviço de agudos. Nesta altura, o peso era de 34,200 kg e o IMC 12,56 kg/m². A doente esteve 44 dias internada, mostrando muitas dificuldades no cumprimento do plano alimentar, o que, em vários momentos, justificou com sintomas como sensação de enfartamento precoce, distensão abdominal e náusea pós-prandial, de difícil valorização pela sobreposição dos quadros clínicos. Apesar de manter IMC muito baixo (12,74 kg/m²), quando se observou estabilidade analítica sustentada, foi orientada para o programa de tratamento residencial do serviço. Neste, são integrados doentes com mais de 18 anos e diagnóstico de PCA, propostos pela equipa especializada. Pressupõe um contrato terapêutico e motivação para o tratamento, providenciado por uma equipa multidisciplinar. A doente aceitou integrar a residência num período mínimo de três meses, ainda a decorrer à data da redação deste artigo.

Discussão

Embora seja escassa a investigação sobre a SAMS

na AN, mostra-se a premência de uma maior atenção a esta relação. Como exposto, muitos dos sintomas da SAMS também podem ser atribuídos à AN, pelo que só com elevado grau de suspeição pode ser estabelecido este diagnóstico. I Na SAMS, a perda de peso varia entre 4 e 35 kg, com uma mediana de 16,5 kg.⁶ No caso desta doente, não foi possível monitorizar a perda ponderal recente, uma vez que não mantinha acompanhamento médico prévio. Quanto aos sintomas gastrointestinais, seriam apenas reportados à família e conviventes, que os normalizavam por conhecerem o quadro de AN e os vários subterfúgios usados pela doente para restringir a ingestão.

Importa destacar a relação bidirecional entre a SAMS e a AN. Inicialmente, a perda de peso decorrente da AN pode precipitar a SAMS. Por outro lado, a SAMS pode sobrepor-se à AN, uma vez que os sintomas obstrutivos levam à aversão alimentar.⁶ Vários relatos demonstram que, na população com PCA, os sintomas da SAMS podem ser inadequadamente ignorados ou desvalorizados, sendo atribuídos ao componente psiquiátrico. Além disso, os doentes com AN apresentam efetivamente condições comórbidas, como a gastroparésia, que tornam a dieta regular ainda mais difícil.¹ No entanto, a gastroparésia não inclui dor propriamente dita,⁵ ao passo que, na SAMS, a dor é um sintoma-chave, sendo intermitente ou crónica dependendo da gravidade da obstrução. Em fase aguda, esta obstrução provoca dilatação gástrica, que pode ser potencialmente fatal.¹ Foi nestas circunstâncias que a doente foi admitida na urgência.

Não obstante a SAMS ser uma complicação rara da AN, a mortalidade associada torna-a um diagnóstico diferencial crucial, estando esta diretamente relacionada com a falha ou atraso no diagnóstico.¹ A necessidade de intervenção cirúrgica urgente no caso descrito resulta do diagnóstico ter sido feito num momento em que a progressão da obstrução implicava risco eminente. Deve sublinhar-se que o procedimento realizado - gastrectomia total com anastomose em Y de Roux - não corresponde ao descrito e recomendado na literatura. Contudo, foi a intervenção ajustada à severidade do quadro, pela extrema dilatação gástrica. Não foram encontrados outros *case reports* em doentes com AN com um curso semelhante.

Acerca da evolução da doente após a SAMS e a gastrectomia, a ausência de recuperação ponderal nos quatro meses decorridos até ao seu internamento na

Psiquiatria não colide com relatos existentes sobre a duodenojejunosomia laparoscópica, que revelaram mau prognóstico ou resultados favoráveis apenas a curto prazo. O nosso caso também sugere um desfecho desfavorável a longo prazo desta intervenção, reforçando a literatura acerca da intervenção cirúrgica na SAMS em doentes com AN.⁸

A desnutrição grave é naturalmente prejudicial para o prognóstico de qualquer cirurgia. Os vômitos no pós-operatório podem provocar comorbidades graves, como a deiscência da ferida cirúrgica; sabendo-se que é um comportamento purgativo comum na AN, é significativa a sua contribuição para estas complicações.⁸ No entanto, esta doente não manteve a autoindução do vômito, apenas a restrição severa. Salienta-se, todavia, o impacto potencial das limitações do período pós-operatório, nomeadamente as semanas de dieta líquida antes de transitar para a sólida e a própria diminuição da expectativa de recuperação ponderal, atribuída à cirurgia.

Embora inviabilizada neste caso, os estudos mostram que a consulta precoce com especialistas em PCA pode evitar cirurgias desnecessárias, dados os resultados mais promissores da abordagem conservadora. A avaliação do estado mental, incluindo a negação ou ocultação de sintomas, exige experiência clínica específica na área. A constituição de uma equipa multidisciplinar é essencial para o tratamento de qualquer condição relacionada com a AN.⁸

Este caso realça a importância de, num doente com AN que apresente dor abdominal, náuseas e vômitos pós-prandiais, considerar o diagnóstico diferencial com SAMS, não atribuindo os sintomas exclusivamente à PCA sem investigação adequada. A este propósito, alerta-se para o fenómeno de “*diagnostic overshadowing*”, que consiste, sumariamente, na atribuição errónea de sintomas físicos a perturbação mental já conhecida, viés no qual podem incorrer psiquiatras e médicos de outras especialidades. Este fenómeno, muitas vezes assente no estigma, pode levar a atrasos significativos no diagnóstico e início do tratamento, prejudicando o prognóstico. O diagnóstico da SAMS, por sua vez, é desafiante e o reconhecimento da sua apresentação clínica pode melhorar significativamente o curso da doença.

De forma mais global, ressalva-se a imprescindibilidade de aliar os cuidados psiquiátricos aos das restantes especialidades médicas e cirúrgicas, sabendo-se que a doença mental pode protelar ou dificultar os mesmos. ■

Declaração de Contribuição / Contributorship Statement

ALR: Primeira autora, acompanhamento da doente na consulta, internamento e orientação para residência; revisão da literatura; escrita do caso, submissão do artigo.

JTC: Revisão teórica para introdução e discussão; contribuição na redação e revisão do texto.

ST: Orientação clínica da doente no programa PCA; discussões de intervenção clínica; coordenador da equipa de PCA; revisão do texto.

PN: Orientação clínica da doente no internamento e unidade residencial de Psiquiatria; discussões de intervenção clínica; contribuição na entrevista clínica e obtenção de consentimento informado; revisão do texto.

MJP: Orientação clínica da doente na consulta externa de Psiquiatria; discussões de intervenção clínica; psiquiatra assistente da doente; revisão do texto

HS: Revisão teórica para introdução e discussão; aconselhamento técnico-científico; revisão do texto; submissão do artigo.

ALR: First author; patient follow-up during consultation, hospitalization, and referral to a residential facility; literature review; case report writing; article submission.

JTC: Theoretical review for the introduction and discussion; contribution to the drafting and revision of the text.

ST: Clinical supervision of the patient in the PCA program; clinical intervention discussions; coordinator of the PCA team; text review.

PN: Clinical supervision of the patient during hospitalization and in the psychiatric residential unit; clinical intervention discussions; contribution to the clinical interview and obtaining informed consent; text review.

MJP: Clinical supervision of the patient during outpatient Psychiatry consultations; clinical intervention discussions; the patient's attending psychiatrist; text review

HS: Theoretical review for introduction and discussion; technical and scientific consultation; text review; submission of the article.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

References / Referências

1. Singh S, Contrucci AL. (2023). Superior mesenteric artery syndrome and anorexia nervosa: A case report. *J Med Case Rep.* 2023;17:459. doi:10.1186/s13256-023-04168-6
2. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry.* 2015;2:1099–111. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9

3. Attia E, Walsh BT. Eating Disorders: A Review. *JAMA*. 2025; 333:1242–52. doi: 10.1001/jama.2025.0132
4. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N, Yoshida Y, Tobita H, Ishimura N, et al. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. *World J Clin Cases*. 2023;11:3369-84. doi: 10.12998/wjcc.v11.i15.3369.
5. Watters A, Gibson D, Dee E, Mascolo M, Mehler PS. Superior mesenteric artery syndrome in severe anorexia nervosa: A case series. *Clin Case Rep*. 2019 Dec 11;8(1):185-189. doi: 10.1002/ccr3.2577.
6. Bozzola E, Irrera M, Cirillo F, Zanna V, Petrelli I, Diamanti A, et al. Superior Mesenteric Artery Syndrome in Anorexia Nervosa: A Case Report and a Systematic Revision of the Literature. *Nutrients*. 2024;16:541. doi: 10.3390/nu16040541.
7. Bloomberg L, Hoscheit M, Hendler S, Abegunde AT. Superior Mesenteric Artery Syndrome in an Adolescent Female with Anorexia Nervosa. *Clin Med Res*. 2023;21:46-8. doi: 10.3121/cmr.2022.1768.
8. Kurisu K, Yamanaka Y, Yamazaki T, Yoneda R, Otani M, Takimoto Y, et al. A clinical course of a patient with anorexia nervosa receiving surgery for superior mesenteric artery syndrome. *J Eat Disord*. 2021;9:79. doi: 10.1186/s40337-021-00436-2.