

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E ABORDAGEM

Felipe Lied Lunardi
Juliana Ferreira Machado
Carlos Kupski

UNITERMOS

SISTEMA DIGESTIVO; HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA/ diagnóstico diferencial; HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA/ tratamento.

KEYWORDS

DIGESTIVE SYSTEM; UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING/ differential diagnosis; UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING/ treatment.

SUMÁRIO

O objetivo desta publicação é realizar uma breve revisão sobre hemorragia digestiva alta. Além de citar as principais causas desta síndrome, será enfatizada a abordagem na emergência de um paciente nesse contexto: avaliação da estabilidade hemodinâmica e as primeiras medidas a serem realizadas com o intuito de diminuir a morbi-mortalidade. Por fim, serão citadas algumas formas de tratamento “curativo” das principais patologias que podem causar o sangramento digestivo alto.

SUMMARY

The purpose of this publication is to conduct a brief review of upper gastrointestinal bleeding. In addition to citing the major causes of this syndrome is the approach emphasized in the emergence of a patient in this context: assessment of hemodynamic stability and the first approaches to be undertaken in order to decrease the morbidity and mortality. Finally, some will be mentioned treatment modalities “healing” of the main diseases that can cause upper gastrointestinal bleeding.

INTRODUÇÃO

Esta é uma condição comum encontrada em salas de emergência e com elevada morbi-mortalidade. A incidência anual dessa patologia varia em torno de 50 a 150 casos/100.000 pessoas.² Mesmo com o advento da endoscopia, a

taxa de mortalidade não caiu substancialmente, devido ao aumento da média de idade da população, presença de comorbidades e uso de medicações anticoagulantes.

O espectro de sinais e sintomas de HDA é amplo e varia conforme a etiologia, o nível anatômico da lesão e o volume e velocidade do sangramento.³

Triagem

Em pacientes com HDA, avalia-se primeiramente se há obstrução de vias aéreas, repercussão hemodinâmica e sangramento ativo.⁵

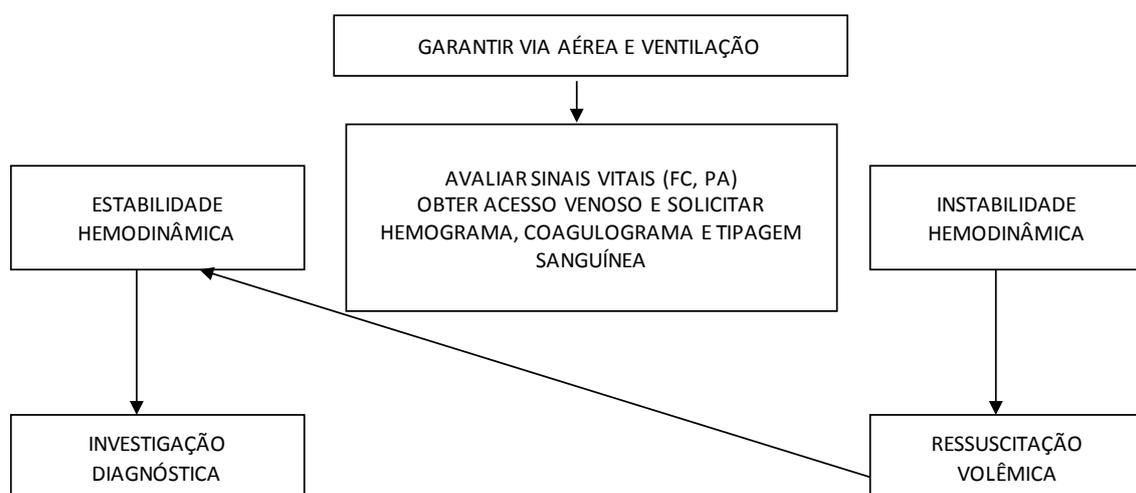


Figura 1 -

Estabilização Hemodinâmica

Para determinar o grau de comprometimento volêmico é necessário avaliar alguns parâmetros. Do ponto de vista neurológico, o paciente pode evoluir para letargia, torpor, confusão mental e até mesmo coma. Além disso, pode-se apresentar hipotensão (PAS < 90mmHg), taquicárdico, taquipnéico, oligúrico (<0,5mL/Kg/h) e lentificação do enchimento capilar. Para investigar a hipotensão postural, coloca-se o paciente em posição ortostática de 2 a 5 minutos continuamente. Será positivo caso apresente queda de **20mmHg ou mais** na pressão arterial sistólica, **10mmHg ou mais** na pressão arterial diastólica ou sinais de hipoperfusão cerebral. Isso corresponde a uma perda estimada de 15% do volume sanguíneo.¹

Diagnóstico Etiológico e Sindrômico

Após a estabilização hemodinâmica, inicia-se a busca pelo diagnóstico etiológico. A avaliação inicial inclui **anamnese, exame físico, exames laboratoriais** e, em alguns casos, **lavagem nasogástrica**.

Na **tabela 1** são citadas as principais causas de sangramento digestivo alto.

Tabela 1 - Principais causas de sangramento digestivo alto

Causas	%
Doença Ulcerosa Péptica	55
Varizes gastroesofágicas	14
Malformações arteriovenosas	6
Síndrome de Mallory-Weiss	5
Tumores e erosões	4
Lesão de Dieulafoy	1
Outros	11

*Adaptado de uptodate.com - Major causes of upper gastrointestinal bleeding in adults

Anamnese

Manifestações clínicas

Hematêmese é a manifestação clínica típica de hemorragia digestiva alta (acima do ângulo de Treitz). Aproximadamente 50% dos pacientes com HDA cursam com hematêmese.⁶ Enquanto vômito com sangue vivo sugere um sangramento ativo de média a grave intensidade, vômitos em “borra de café” indica um sangramento limitado. **Melena** é caracterizada por fezes enegrecidas, de odor fétido característico e, da mesma forma, sugere sangramento alto (90% dos casos). Entretanto, também pode ser uma manifestação de sangramento do cólon direito ou intestino delgado. Pode se manifestar a partir de uma perda de **50-60ml de sangue/dia.**⁴

Em contrapartida, **enterorragia** (sangue vivo evacuatório), uma manifestação sugestiva de hemorragia baixa, pode ser proveniente de um sítio alto, caso haja um sangramento rápido e abundante.

Alguns sintomas podem sugerir a etiologia da hemorragia digestiva alta (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Sintomas sugestivos da etiologia da hemorragia digestiva alta.

Patologia	Sintomas sugestivos
Úlcera péptica	Dor epigástrica que piora ao comer e deitar, perda de peso, náuseas e vômitos
Úlcera esofágica	Odinofagia, refluxo gastroesofágico, disfagia
Síndrome de Mallory-Weiss	Êmese, vômitos ou tosse anterior à hematêmese
Hipertensão porta/ varizes hemorrágicas	Icterícia, fraqueza, fadiga, hepatomegalia, anorexia, distensão abdominal
Malignidade	Disfagia, saciedade precoce, perda de peso involuntária, caquexia

Fonte: Current Diagnosis & Treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy.⁶

Após a estabilização hemodinâmica, realizar um exame físico completo, procurando sinais, principalmente, de hepatopatia crônica.

Tratamento

Monitorização

Os pacientes de CTI devem ser acompanhados de perto, através de constantes reavaliações clínicas. Além disso, alguns parâmetros devem ser monitorados continuamente como: **Pressão arterial, avaliação eletrocardiográfica, frequência cardíaca e respiratória, débito urinário e oximetria de pulso.**

Aspiração nasogástrica

Um tubo nasogástrico é inserido para aspirar e avaliar o conteúdo gástrico. Conteúdo em “borra de café” ou sangue vivo indica um sangramento alto. Sangramentos recentes, intermitentes ou provenientes do duodeno podem ocasionar conteúdos não sanguinolentos.

Ressuscitação volêmica

Estabelecer dois acessos venosos periféricos de grande calibre (cateter número 14 ou maior) ou um acesso venoso central para infusão agressiva de cristalóides (soro fisiológico 0.9% ou Ringer Lactato). Iniciar reposição volêmica rápida com 500-1000ml para restaurar a perfusão tecidual. A taxa de infusão deve ser aumentada caso a PA diminua e deve ser mantida até a estabilidade hemodinâmica. Em crianças o volume a ser infundido é **20ml/kg de peso.**⁶

Transfusão de hemácias

A necessidade de transfundir eritrócitos é individualizada. Opta-se por essa medida com o objetivo de melhorar a oxigenação tecidual e evitar a falência de órgãos. Dessa forma, pacientes com sangramento ativo (apesar de medidas endoscópicas), comprometimento hemodinâmico e com novo episódio de sangramento podem necessitar transfusão de hemácias. Aqueles com pobre reserva cardiovascular devem manter um hematócrito em torno de 30%; já em pacientes jovens sem comorbidades um nível de 25-27% é o suficiente para manter uma boa oxigenação.³ Alguns autores sugerem que pacientes de baixo risco devem ser transfundidos caso hemoglobina seja menor que **7mg/dL**. Já em pacientes com comorbidades (idosos, doença renal, coronariopatia,...) devem ser transfundidos caso hemoglobina seja menor que **10mg/dL**. Em termos gerais, 1 concentrado de hemácias (CHAD) eleva o hematócrito em 3.5 unidades e a hemoglobina em 1mg/dL.⁵

Endoscopia⁵

Após a estabilização clínica, utiliza-se o método endoscópico para investigar a etiologia do sangramento e, em alguns casos, é terapêutico.

HDA não varicosa

Farmacológico: Inibidor da bomba de prótons (omeprazol 40mg EV de 12/12 horas) ou inibidor dos receptores da de histamina H2 (ranitidina 50mg EV de 8/8 horas)

Endoscópico: Aplicação submucosa de **epinefrina** (1:10.000), álcool absoluto ou até em último caso, soro fisiológico. Essas substâncias provocam tamponamento dos vasos e estimulam vasoconstrição e agregação plaquetária. O eletrocautério bipolar e laser são métodos endoscópicos que causam destruição tecidual e coagulação posterior.

Cirúrgico: Em casos refratários, principalmente nas úlceras do corpo gástrico proximal (território artéria gástrica esquerda) e na parede posterior do bulbo duodenal (território artéria gastroduodenal).

HDA varicosa

Farmacológico: Tratamento de primeira linha. É útil no sangramento agudo e no controle de ressangramentos. Pode-se usar **vasopressina + nitroglicerina, terlipressina, somatostatina ou octreotídeo**. Em geral, essas drogas diminuem o fluxo sanguíneo esplâncnico e a pressão portal. Em pacientes cirróticos, utiliza-se uma cefalosporina de 3ª geração para diminuir os riscos de infecção e mortalidade hospitalar. Além disso, os β -bloqueadores são as drogas de escolha para profilaxia primária e secundária.

Endoscópico: A escleroterapia pode ser feita com injeções de etanolamina ou cianoacrilato. A ligadura elástica para varizes esofágicas é uma opção com menos complicações.

Tamponamento: Utiliza-se o balão de Sengstaken-Blakemore em sangramentos refratários. Entretanto, há o risco de ressangramento após a descompressão.

Shunt porto-sistêmico: Colocação de endoprótese intra-hepática via transjugular (TIPS), com o objetivo de diminuir a hipertensão porta.

Cirúrgico: Shunt porto-sistêmico.

REFERÊNCIAS

1. Yizhak K, Mitchell SC, Sidney T. Acute gastrointestinal bleeding in the intensive care unit: The intensivist's perspective. *Gastroenterol Clin North Am.* 2000;29:275-307.

2. Timothy D. McQuirk, Walter J. Coyle. Upper gastrointestinal bleeding. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14:523-46.
3. Gogel HK, Tandberg D. Emergency management of upper gastrointestinal hemorrhage. *Am J Emerg Med.* 1986;4:150-62.
4. David J. Peter, James M. Dougherty . Evaluation of the patient with gastrointestinal bleeding: An evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17:239-61.
5. Fritscher CC, Chatkin JM, Wainstein R et al. organizadores. *Manual de emergências médicas.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002.
6. Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R. *Current Diagnosis & treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy.* New York: Lange Medical; 2009.