

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Daisy C. Bitencourt Soares
Flávia Moojen Brollo
Carlos Kupski

UNITERMOS

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA; ÚLCERA PÉPTICA.

KEYWORDS

UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING; PEPTIC ULCER.

SUMÁRIO

A hemorragia digestiva é uma das emergências médicas mais comuns e uma complicação séria em pacientes internados gravemente enfermos. A úlcera péptica é uma das suas principais causas. A maioria dos pacientes para espontaneamente de sangrar, mas em cerca de 20% dos casos é necessária uma endoscopia digestiva alta (EDA) de urgência terapêutica após estabilização hemodinâmica.

SUMMARY

Gastrointestinal bleeding is one of the most common medical emergencies and serious complication in hospitalized critically ill patients. A peptic ulcer is one of its main causes. Most patients stop spontaneous bleeding, but about 20% of the cases an upper endoscopy (UE) after the therapeutic urgency hemodynamic stabilization is required.

INTRODUÇÃO

A conduta inicial para um paciente com quadro de sangramento digestivo envolve a caracterização da hemorragia através de uma anamnese e um exame físico minuciosos e concomitantemente de uma avaliação da estabilidade hemodinâmica do paciente com estimativa das perdas volêmicas.

Pacientes com hemorragia digestiva aguda alta normalmente se apresentam com hematêmese (vômitos com sangue vivo, coágulos ou escuro) e/ou melena (fezes pretas, pastosas e com odor fétido). Nos casos de sangramentos profusos pode se apresentar como enterorragia (sangue vivo ou coágulos exteriorizados pelo reto).

Na anamnese, questionar o paciente sobre uso de medicações como AINES, aspirina, anticoagulantes e antiagregantes plaquetários é de grande importância para orientar e excluir possíveis etiologias. Uso de álcool, sangramento digestivo prévio, doença hepática e coagulopatias também devem ser investigados. Da mesma forma, alguns sintomas devem ser questionados como parte da avaliação da severidade do sangramento e para avaliação de fontes em potencial. Sintomas como tontura, confusão, angina e extremidades frias sugerem um quadro severo.

O exame físico tem papel de suma importância para determinação da estabilidade hemodinâmica. O examinador deve estar voltado aos sinais clínicos de hipovolemia que incluem:

- Taquicardia ao repouso – sugere hipovolemia leve a moderada
- Hipotensão ortostática – sugere perda de volume de no mínimo 15- 20%

O exame físico também deve incluir:

- Toque retal – avalia a cor das fezes e possíveis etiologias (melena x enterorragia)
- Palpação abdominal – dor abdominal importante associada a rigidez e sinais de irritação peritoneal sugerem perfuração de víscera oca.

Se o paciente encontra-se instável hemodinamicamente deve-se proceder a ressuscitação volêmica, obtendo-se dois acessos venosos calibrosos – abocath em veia antebraquial anterior e iniciar infusão de solução salina/Ringer Lactato – 1000 a 2000 ml em 30 a 45 min, instalando cateter para medida de pressão venosa central caso haja hipotensão ou choque.

Os exames de laboratório que devem ser solicitados incluem: hemograma com plaquetas, provas de coagulação (TP e KTTT). A tipagem sanguínea (sistema ABO e Rh) e a reserva de hemoderivados, principalmente de concentrado de hemácias, deverão ser feitas de acordo com as condições clínicas do paciente.

Deve-se realizar transfusão sanguínea se a hemoglobina estiver abaixo de 7 g/dL para maioria dos pacientes (incluindo aqueles com doença arterial coronariana estável) ou se estiver abaixo de 9 g/dL para aqueles pacientes com doença arterial coronariana instável. Igualmente deve-se proceder transfusão naqueles com choque persistente após a infusão rápida de soluções salinas.

Se o paciente apresentar sinais de hepatopatia crônica como ascite, encefalopatia portossistêmica ou sinais periféricos de hipertensão portal (telangiectasias, eritema palmoplantar) iniciar imediatamente terlipressina (1-2 mg EV em bolus e após até 2mg de 4/4hs) ou octreotide (50mcg em bolus e 50mcg de hora/hora de manutenção, mantendo por 3 a 5 dias em infusão

continua) – a ruptura de varizes esofágicas é um importante diagnóstico diferencial com o sangramento secundário a doença péptica.

Na suspeita de doença orificial ou de lesão em TGI baixo é mandatória a realização de retoscopia e/ou colonoscopia para investigação.

A passagem de um cateter nasogastrico é controverso, e pode ser útil na diferenciação da fonte do sangramento (alto x baixo). A presença de sangue vivo, borra de café, ou coágulos no aspirado confirma hemorragia digestiva alta. No entanto a cateterização pode ser negativa se o sangramento já tiver cessado ou tiver origem posterior ao piloro fechado.

Quando há suspeita de HDA não-varicosa a infusão de inibidores de bomba de prótons (IBP) , preferencialmente de forma contínua, deve ser instituída. Altas doses de terapia antissecretora com infusão intravenosa de IBP, no cenário de uma úlcera sangrante, reduz significativamente as taxas de ressangramento. O uso de agentes procinéticos como eritromicina e metoclopramida promovem o esvaziamento gástrico, melhorando a visualização durante a endoscopia e promovendo a limpeza de sangue , coágulos e resíduos alimentares.

A EDA é o principal exame diagnóstico e terapêutico na HDA e é responsável pelo diagnóstico etiológico em 90% dos casos. A úlcera péptica é a principal causa de HDA contribuindo com 35-50% dos casos. A EDA contribui também, significativamente, para avaliar os pacientes com maior risco de ressangramento, por meio da identificação de fatores prognósticos para a recidiva hemorrágica. Diagnosticada uma lesão sangrante a terapia endoscópica promove a hemostasia e previne a recorrência do sangramento na maioria dos pacientes.

Os achados endoscópicos em pacientes com úlcera péptica podem ser descritos de acordo com a classificação de *Forrest*. Essa classificação é utilizada como indicador para risco de sangramento. A aparência endoscópica ajuda o endoscopista a determinar quais lesões necessitarão de terapia endoscópica (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência e ressangramento

Descrição	Forrest	Prevalência(%)	Risco de Ressangramento (%)
Base Limpa	III	42	5
Hematina na base	IIc	20	10
Coagulo aderido	IIc	17	22
Vaso visível vermelho	IIa	17	43
Sangramento tipo porejamento	Ib	20	30
Sangramento ativo em jato	Ia	18	55-90%

Vários tipos de terapia endoscópica são descritos, incluindo injeção endoscópica de soluções esclerosantes e vasoativas – adrenalina, métodos térmicos - eletrocoagulação mono e bipolar e métodos mecânicos - cliques hemostáticos. Há uma tendência em favor da utilização conjunta de um método

injetável e um método térmico. Pode haver ressangramento (15 a 20%) nas primeiras 72 horas após a hemostasia endoscópica das lesões.

Para aqueles pacientes que não respondem a terapia endoscópica e se apresentam com sangramento contínuo, o tratamento cirúrgico deve ser considerado. Este é cada vez menos frequente, atualmente, devido ao sucesso terapêutico dos bloqueadores de bomba de prótons e da terapia endoscópica. A maioria das abordagens terapêuticas tem como objetivo cessar o sangramento e prevenir a sua recorrência.

Em muitas situações de urgência, a melhor opção terapêutica é apenas a gastro ou duodenotomia com localização do sangramento e ulcerorrafia, principalmente quando o paciente encontra-se instável hemodinamicamente. Nestes casos o tratamento medicamentoso deve ser, obrigatoriamente, instituído no pós operatório. Em casos de pacientes com alto risco cirúrgico pode-se tentar abordagem usando radiologia intervencionista através da técnica da embolização.

CONCLUSÃO

A hemorragia digestiva alta é uma situação extremamente prevalente nas emergências hospitalares e o manejo precoce e adequado dessa afecção muda de forma importante o prognóstico desses pacientes. As medidas de ressuscitação volumétrica são prioridade no atendimento inicial de um paciente com quadro de hemorragia digestiva aguda, ficando para um momento posterior a investigação etiológica deste sangramento.

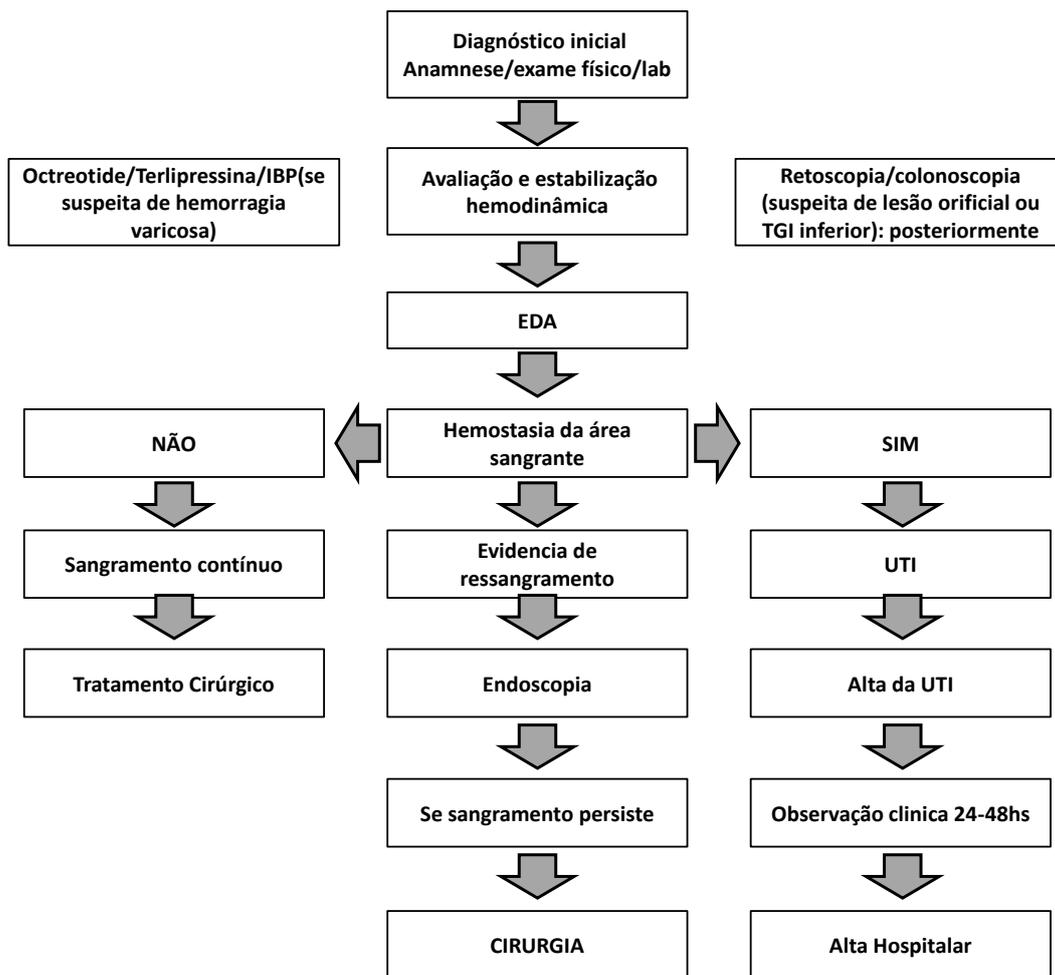


Figura 1 - ROTINA DE ATENDIMENTO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA

REFERÊNCIAS

1. Rohde L, Oswaldt, AB. Rotinas em cirurgia digestiva. Porto Alegre, Artmed, 2005.
2. Rockey, DC. Major causes of upper gastrointestinal bleeding in adults [Database on internet]. 2013 Aug 14 [update 2014 Jul; cited 2014 Jul 31]. In: Uptodate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/major-causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?source=machineLearning&search=hemorragia+digestiva+alta&selectedTitle=2~150§ionRank=2&anchor=H3#H3>. Topic 2644 Version 10.0.
3. Saltzman. JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults [Database on internet]. 2014 May 16 [update 2014 Jul; cited 2014 Jul 31]. In: Uptodate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?source=machineLearning&search=hemorragia+digestiva+alta&selectedTitle=1~150§ionRank=2&anchor=H2#H2>. Topic 2548 Version 39.0.