

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

**Luana Adamy Lenhardt
Karina Meneguzzi
Julia Souto Meneghetti
Lúcio Sarubbi Fillmann**

UNITERMOS

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL; COLONOSCOPIA.

KEYWORDS

GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE; COLONOSCOPY.

SUMÁRIO

A hemorragia digestiva baixa (HDB) é uma emergência médica, podendo causar repercussões hemodinâmicas no paciente¹. Este capítulo visa orientar a identificação destes casos, bem como seu manejo inicial, a fim de estabilizá-los clinicamente, e então localizar a fonte de sangramento.

SUMMARY

The lower gastrointestinal bleeding (LGB) is a medical emergency and can cause hemodynamic instability in patient¹. This section aims to identify these patients and their initial management in order to stabilize it clinically, and then locate the source of bleeding.

INTRODUÇÃO

A HDB é definida como todo sangramento originado abaixo do ângulo de Treitz (flexura duodenojejunal)². Frente ao paciente com clínica compatível, o atendimento inicial deve ser executado, na seguinte ordem: manejo geral com medidas de suporte, ressuscitação volêmica em paralelo com a avaliação diagnóstica e verificação da fonte do sangramento do TGI inferior³.

ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

A HDB corresponde a aproximadamente 15% dos casos de hemorragia digestiva, sendo menos comum e menos grave que a hemorragia digestiva alta,

pois em 80 a 85% dos casos o sangramento é autolimitado, com taxa de mortalidade que varia entre 2 a 4%³.

Consequentemente ao fato de ser autolimitado, em 25% dos casos o foco da hemorragia não é localizado. Cerca de 95% se originam de patologias colônicas. Os 5% restantes resultam de doenças do intestino delgado³.

A causa da hemorragia está associada à idade do paciente. Com média de idade de aproximadamente 65 anos, a doença diverticular, angiodisplasias e neoplasia são responsáveis pelas hemorragias mais severas. Nos adultos jovens, o divertículo de Meckel, a doença inflamatória intestinal, a má formação arteriovenosa e os pólipos juvenis são as principais causas¹. Em crianças, a HDB se dá mais comumente associada à intussuscepção intestinal e pelo divertículo de Meckel¹.

Abaixo, apresentamos um sumário das principais causas de sangramento digestivo baixo¹:

1. Anatômicas: doença diverticular (responsável por 30-50% das HDB em adultos) e doenças anorretais (doença hemorroidária e fissura)
2. Vasculares: isquemia, angiodisplasias, telangectasias.
3. Neoplásicas: carcinoma e pólipos.
4. Inflamatórias: DII e infecções.
5. Iatrogênicas: pós polipectomia e biópsia.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O paciente se apresenta com enterorragia (passagem de sangue vivo, ou ainda de coágulos, pelo reto), embora esta também possa ocorrer em pacientes com sangramentos do TGI superior maciço. O sangue proveniente do cólon esquerdo tende a ser vermelho brilhante, enquanto o sangramento do lado direito do cólon geralmente aparece escuro ou marrom e pode ser misturado às fezes². Raramente, o sangramento do lado direito do cólon pode apresentar-se com melena².

A hemoglobina inicial em doentes com HDB aguda será tipicamente na linha de base, devido ao sangramento, e com 24 ou mais horas de evolução tenderá a diminuir (à medida que o sangue é diluído pelo afluxo de fluido extravascular e pelo fluido administrado durante a reanimação). Hemácias microcíticas ou anemia por deficiência de ferro sugerem sangramento crônico³.

TRATAMENTO

A prioridade no atendimento é avaliar repercussões hemodinâmicas e estabilizar clinicamente o paciente^{1,3}. Devemos atentar para os sinais de hipovolemia: taquicardia de repouso (moderada), hipotensão ortostática (Diminuição da pressão arterial de mais de 20 mmHg, aumento na frequência

cardíaca de 20 batimentos por minuto do decúbito ao ortostatismo que representa perda de 15% do volume sanguíneo) e hipotensão supina (perda de 40% do volume sanguíneo). A presença de dor abdominal sugere uma fonte de sangramento inflamatória, infecciosa ou perfuração¹.

Paciente Instável

Esta situação requer a seguinte sequência de atendimento^{3,4}:

- Protocolo de atendimento emergencial ABCDE (checar via aérea, respiração e circulação)
- Punção de 2 acessos venosos periféricos de grosso calibre, com cateter tamanho 14-16.
- Coletar amostra de sangue para tipo sanguíneo e laboratoriais (hemograma, plaquetas, eletrólitos, glicemia, TP e KTTTP). O nível inicial de hemoglobina deve ser monitorado a cada duas a oito horas.
- Iniciar infusão de cristalóide (Ringer lactato), 1500-2000ml para adulto e 20ml/kg para criança. Se após 2000ml de cristalóide ainda seja necessária reposição de volume, deve se considerar transfusão sanguínea (concentrado de hemácia) com sangue O-, caso o TS não esteja disponível. Pode ser indicada hemotransfusão se perda sanguínea maior que 30%; hematócrito de 20% em jovens e 30% em idosos, principalmente aqueles com doença cardiovascular. Pacientes com sangramento ativo e plaquetopenia (<50.000) ou coagulopatia (RNI>1,5), devem receber concentrado de plaquetas ou plasma fresco, respectivamente.
- Monitorização: monitor cardíaco; pressão arterial; oxímetro; cateter vesical de demora para controle de diurese. A diurese ideal é 0,5ml/kg/h em adulto e 1 ml/kg/h em criança.
- NPO
- Nas situações de gravidade, realizar endoscopia digestiva alta frente a suspeita de HDA por úlcera péptica duodenal. Podemos então iniciar drogas como inibidores da bomba de prótons e medidas endoscópicas de controle da hemorragia.

Após estabilização podemos partir para investigação do foco de origem. Pacientes instáveis e refratários à reposição volêmica tem indicação de intervenção cirúrgica, com realização prévia de cintilografia para localização, mesmo que grosseira, do foco do sangramento^{3,4}.

Paciente Estável – Investigação do Sítio de Sangramento

Como uma investigação menos invasiva, devemos considerar as seguintes informações clínicas^{3,4}:

Anamnese

- Característica do sangramento: a característica das fezes não confirma a localização, mas indica o local provável do sangramento. Hematoquezia/enterorragia sugere doença diverticular ou angiodisplasias; sangramento escuro sugere foco no intestino delgado ou cólon direito; sangue no papel higiênico ou gotejamento no vaso sanitário sugere doença orifical; melena sugere sangramento alto.
- Sintomas associados: questionar sobre sintomas que podem sugerir uma etiologia particular, tais como hematoquezia indolor (sangramento diverticular), mudança de hábitos intestinais, diarreia e constipação alternadas (malignidade), dor abdominal (colite isquêmica, infecciosa ou perfuração)
- Fatores de risco: história familiar de câncer e síndromes polipoides, episódios prévios de sangramento gastrointestinal, uso de medicações cronicamente (AINES, salicilatos, anticoagulantes), coagulopatias, radioterapia pélvica - proctite actínica, colonoscopia recente, dieta pobre em fibras - constipação.
- História Médica: averiguar episódios anteriores de hemorragia gastrointestinal, cirurgias e internações, comorbidades, uso de medicações diárias (particularmente os agentes associados com hemorragia ou prejudiciais à coagulação, tais como agentes anti-inflamatórios não esteróides, anticoagulantes e antiagregantes plaquetários), alcoolismo e drogadição.

Exame físico

- Excluir HDA: deve-se prosseguir com a realização de endoscopia digestiva alta. A HDA é o principal diagnóstico diferencial, visto que 10 a 15% das hematoquezias tem origem superior.
- Avaliação anorretal: Realizar toque retal, anoscopia e retossigmoidoscopia.
- Mesmo na presença de patologia anorretal que possa justificar o sangramento, deve ser realizada colonoscopia.

AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

A escolha do método complementar para avaliar a HDB depende do nível do sangramento e da estabilidade hemodinâmica.

Sangramento leve-moderado: colonoscopia (é uma boa alternativa por ser tanto diagnóstica quanto terapêutica). A colonoscopia deve ser realizada dentro de 24 horas após a preparação adequada do cólon para aumentar o rendimento diagnóstico e terapêutico (geralmente logo que o paciente foi reanimado e foi dada uma preparação adequada do intestino)⁴.

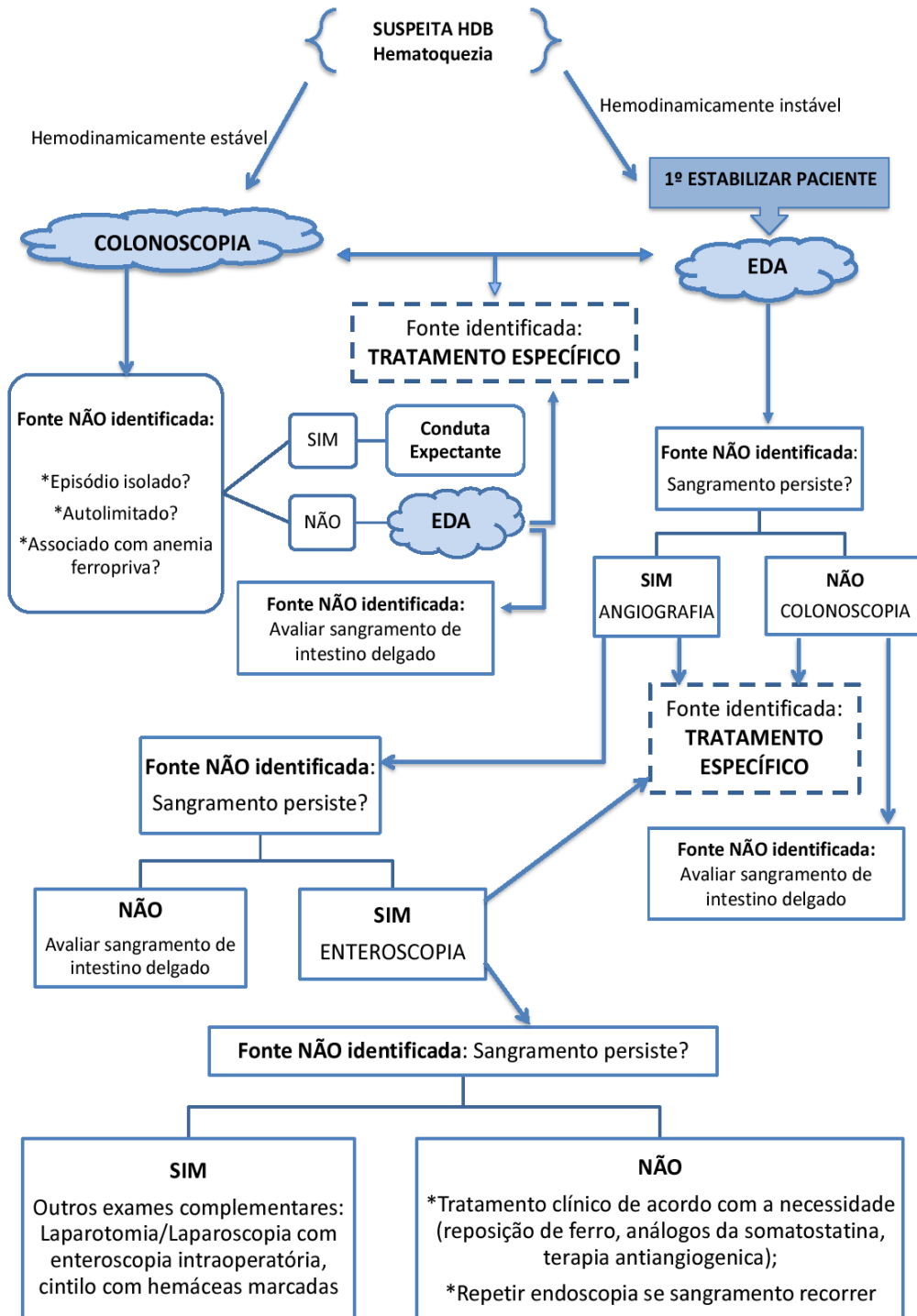
Sangramento maciço: angiografia e cintilografia com hemácias marcadas, pela difícil visualização endoscópica devido ao sangramento intenso. A Cintilografia detecta sangramento ativo de 0,1-0,5ml/min, porém determina uma localização imprecisa do local sangrante. A Arteriografia necessita de um fluxo de pelo menos 0,5-1ml/min para bons resultados, assim designando uma localização precisa; além disso, há possibilidade de intervenção terapêutica (injeção de vasopressina ou embolização)².

Sangramento sem foco definido: o local do sangramento pode não se evidenciar em alguns pacientes, apesar da avaliação. A endoscopia que se utiliza de um colonoscópio pediátrico permite a visualização de aproximadamente proximal 60 cm do jejuno. Para avaliar segmentos mais distais do intestino delgado, a cápsula endoscópica e a enteroscopia são métodos disponíveis. A cápsula endoscópica está indicada quando a EDA e colonoscopia são negativas, com sangramento de origem indeterminada, para possibilitar a visualização do intestino delgado. A grande desvantagem do método é de não ser terapêutica ou não poder realizar biópsias^{5,6}.

CONCLUSÃO

A prioridade no atendimento do paciente com quadro clínico sugestivo de HDB é avaliar possíveis repercussões hemodinâmicas e estabilizá-lo clinicamente. Só então, após a estabilização, podemos partir para investigação do foco de origem, a fim de realizar tratamento específico para a causa do sangramento^{1,3}.

Figura 1. Fluxograma do manejo na HDB – Adaptado⁷



REFERÊNCIAS

1. Townsend Jr CM, Beauchamp D, Evers BM, et al. Sabinston textbook of surgery. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.

2. Longo, DL, Fauci AS, Kasper DL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
3. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(4):459-74.
4. Bounds BC, Kelsey PB. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 2007; 17(2); 273-288.
5. Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2005; 100:2407.
6. Westerhof J, Weersma RK, Koornstra JJ. Risk factors for incomplete small-bowel capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc*; 2009; 69:74.
7. Strate, LL. Approach to acute lower gastrointestinal bleeding in adults. [Database on internet]. Jun 2016 [update 2016 May; cited 2016 Jul]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-lower-gastrointestinal-bleeding-in-adults>.