

Concomitância da hemorragia digestiva alta com varizes esofágicas recorrente de Hipertensão portal

Concomitance of upper digestive hemorrhage with recurrent esophageal varices of portal Hypertension

DOI:10.34117/bjdv8n11-275

Recebimento dos originais: 24/10/2022

Aceitação para publicação: 24/11/2022

Carla Cristine Biancini

Graduada em Medicina pela Universidade do Contestado

Instituição: Universidade do Contestado

Endereço: Avenida Presidente Nereu Ramos, 1071, Jardim do Moinho, Mafra – SC,

CEP: 89300-000

E-mail: carla.biancini@aluno.unc.br

Franthieska Lily Rodrigues Gründmann

Graduada em Medicina pela Universidade do Contestado

Instituição: Universidade do Contestado

Endereço: Avenida Presidente Nereu Ramos, 1071, Jardim do Moinho, Mafra – SC,

CEP: 89300-000

E-mail: franthieska.grundmann@aluno.unc.br

Andressa Scholz

Graduada em Medicina pela Universidade do Contestado

Instituição: Universidade do Contestado

Endereço: Avenida Presidente Nereu Ramos, 1071, Jardim do Moinho, Mafra – SC,

CEP: 89300-000

E-mail: andressa.scholz@aluno.unc.br

Vitória Leal Padilha

Graduada em Medicina pela Universidade do Contestado

Instituição: Universidade do Contestado

Endereço: Avenida Presidente Nereu Ramos, 1071, Jardim do Moinho, Mafra – SC,

CEP: 89300-000

E-mail: vitoria.padilha@aluno.unc.br

Marco Antonio Schueda

Doutor em Medicina pela Universidade do Contestado

Instituição: Universidade do Contestado

Endereço: Avenida Presidente Nereu Ramos, 1071, Jardim do Moinho, Mafra – SC,

CEP: 89300-000

E-mail: schueda.sc@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Conceituar e discorrer sobre Hemorragia Digestiva Alta concomitante a varizes esofágicas decorrentes de hipertensão portal. Metodologia: Pesquisa bibliográfica, descritiva e qualitativa onde levantou-se artigos publicados no período de

2000 a 2022. A pesquisa utilizou-se as seguintes palavras chaves: Hemorragia gastrointestinal; melena; hematoquezia; hematêmese; sangramento; endoscopia. Analisamos 17 artigos publicados no Google Acadêmico, Scielo e PubMed e de 3 livros obtidos pela plataforma online da Universidade do Contestado. Resultados e discussões: Abordados conceitos atuais da hipertensão portal e suas possíveis complicações apresentamos a importância de um tratamento adequado pois, trata-se de uma emergência médica. Conclusão: O diagnóstico da Hemorragia Digestiva Alta causada pela hipertensão portal é de fundamental importância por ser uma emergência médica. O tratamento dependerá de inúmeros fatores como a estabilidade hemodinâmica do paciente em questão e as comorbidades para sua remissão.

Palavras-chave: hemorragia gastrointestinal, melena, hematoquezia, hematêmese, sangramento, endoscopia.

ABSTRACT

Objectives: Conceptualize and discuss Upper Digestive Hemorrhage concomitant with recurrent esophageal varices of portal hypertension. Methodology: Bibliographic, descriptive and qualitative research where articles published in the period from 2000 to 2022 were raised. The research used the following keywords: Gastrointestinal hemorrhage; melena; hematochezia; hematemesis; bleeding; endoscopy. We analyzed 17 articles published in Google Scholar, Scielo and PubMed and 3 books obtained from the online platform of the Universidade do Contestado. Results and discussions: Addressing current concepts of portal hypertension and its possible complications, we present the importance of adequate treatment because it is a medical emergency. Conclusion: The diagnosis of Upper Digestive Bleeding caused by portal hypertension is of fundamental importance as it is a medical emergency. The treatment will depend on numerous factors such as the hemodynamic stability of the patient in question and the comorbidities for its remission.

Keywords: gastrointestinal hemorrhage, melena, hematochezia, hematemesis, bleeding, endoscopy.

1 INTRODUÇÃO

Hipertensão Portal (HTP) caracteriza-se pelo aumento da pressão entre a veia cava inferior e a veia porta, sendo somente designado como uma patologia se houver aumento acima de 5 mmHg, sendo acima de 12mm Hg como risco elevado de sangramento e de alta morbidade e mortalidade.¹

As varizes esofágicas (VE) decorrem do subsequente aumento da pressão da veia cava inferior, que geram pequenos vasos chamados de colaterais, os quais geralmente dependem da triagem endoscópica para detecção, podem romper e acarretar em consequentes hemorragias. As VE podem ser anteriormente identificadas por medições do gradiente de pressão venosa hepática mostrando ≥ 10 mmHg.²

A hemorragia digestiva alta (HDA) tem como sua etiologia subdividida em varicosas e não varicosas. Sendo as mais frequentes nas varicosas, as úlceras gástricas (41%) e gastrite erosiva (24%). O sangramento da mucosa gástrica pode advir de muitos fatores como a ruptura das varizes esofagianas, uso excessivo de medicamentos (AINES), doenças crônicas preexistentes e a idade, apresentando maior risco em pacientes masculinos (73%) e com idade > 60 anos.³

A HDA por varizes esofágicas tem sua contribuição pois a mesma é uma afecção de emergência clínica, sendo o sangramento agudo de varizes uma das principais causas de morte em pacientes cirróticos. Durante o primeiro episódio a mortalidade estimada fica em torno de 15-20%. Além disso, ela apresenta a exigência de um diagnóstico baseado não somente na anamnese e exame físico, mas também carece de exames complementares o qual tem como principal a endoscopia e necessita de um tratamento específico de acordo com as condições do enfermo tais como a presença de doenças crônicas, volume perdido de sangue, idade e uso de medicamentos.^{4,5}

A hemorragia pode estar vinculada com fatores como a idade do paciente, a presença de doenças preexistentes e o uso cotidiano de medicamentos que lesam a mucosa gástrica, sendo isso, algo de extrema importância para abordar na história pregressa do paciente em questão.⁶

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é uma pesquisa bibliográfica, descritiva e qualitativa. Contou com a análise de 17 artigos encontrados na base de dados Google Acadêmico, Scielo e PubMed, no período de 2000 a 2021 e 3 livros (Gastroenterologia Essencial, Fisiopatologia da Doença e Fisiopatologia) obtidos pela plataforma online da Universidade do Contestado.

Verificaram-se artigos com temáticas sobre: varizes esofágicas, tratamento adequado, hipertensão portal, hemorragia digestiva alta e complicações relacionadas a ruptura das varizes esofágicas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES / REFERENCIAL TEÓRICO

Hipertensão portal é caracterizada como uma patologia, consequente do aumento da pressão entre a veia porta e a veia cava inferior. Esse aumento acelerado chama-se

gradiente de pressão portal (GPP), tendo em vista ser caracterizado patológico acima de 5 mmHg.⁷

Com a elevação da pressão venosa o sangue é impedido de fluir corretamente para o fígado através da veia porta, assim, encontrando um curso optativo regressando para a circulação sistêmica. O elevado volume de sangue gera o aparecimento de varizes esofágicas, devido à presença de veias submucosas. A existência de varizes esofágicas pode cursar com conseqüente rompimento das mesmas e provocar uma acentuada hemorragia digestiva alta.⁸

Tal patologia apresenta como manifestações clínicas a hemorragia digestiva alta pela ruptura de varizes esofagianas, cirrose, esplenomegalia, encefalopatia hepática e ascite.⁸

3.1 COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO PORTAL

A hemorragia digestiva alta pela ruptura de varizes esofágicas é uma das afecções clínicas recorrente da hipertensão portal, pois devido à oclusão do fluxo gradativo do fígado a pressão da veia porta é elevada, formando vasos colaterais entre as veias sistêmicas e veia porta. As varizes mais significativas são as que associam a veia porta, coronária e conseqüentemente geram a inversão de fluxo e constituição de dilatações varicosas na submucosa do esôfago, tais varizes podem obstruir-se e causar grandes hemorragias, as quais podem ser fatais.⁹

Na hipertensão portal, devido ao aumento da pressão dos vasos, tem a possibilidade do fluido da cavidade peritoneal vazar para o abdômen e acumular-se, gerando um quadro de ascite.⁸

A cirrose é uma lesão hepática, na qual o fígado encontra-se atrofiado e tem sua funcionalidade diminuída, sendo assim, o fluxo sanguíneo é alterado, aumentando a pressão da veia porta, conseqüentemente o sangue é incapaz de ser filtrado.⁸

Na encefalopatia hepática, diante da circulação normal do sangue, a qual deveria passar pelo fígado, onde as substâncias que habitualmente seriam filtradas e removidas pelo fígado, fluem pela circulação optativa, não removendo substâncias, conseqüentemente aumenta a concentração de toxinas, as quais transcorrem para o cérebro, gerando confusão e um estado mental alterado- encefalopatia hepática.⁸

Diante do desvio do fluxo sanguíneo para a veia esplênica, ao invés da veia porta, na esplenomegalia, o baço tem um conseqüente aumento devido ao arrecadamento de elementos sanguíneos.⁹

3.2 FISIOPATOLOGIA DA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CAUSADA PELA HIPERTENSÃO PORTAL

A hemorragia digestiva alta é o sangramento derivado de lesões próximas ao ligamento/ângulo de Treitz - limite onde acaba a 4ª porção do duodeno e começa o jejuno- e cursa com manifestações clínicas como hematêmese, hematoquezia e melena.⁵

A avaliação do sangramento é a primeira conduta a ser tomada para com o paciente com intuito de mensurar a gravidade da lesão. Tendo em vista o volume de sangue perdido a hemorragia digestiva classifica-se em maciça, moderada e discreta, sendo a maciça quando há perda grande considerada, assim, com relações hemodinâmicas alteradas, uma vez que a frequência cardíaca se apresenta acima de 100 bpm e pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg e com perda de sangue acima de 2000 ml. Já na moderada, manifesta-se pela hematêmese, hematoquezia ou melena, porém as alterações hemodinâmicas são contidas, tendo-se a frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg e as perdas sanguíneas são de 1500 ml. Por fim, a discreta é quando não há alterações hemodinâmicas e as perdas de sangue se referem abaixo de 1000 ml.⁵

Uma fundamentada anamnese e exame físico auxiliam muito, devido a excluir hipóteses de sangramentos decorrentes de medicamentos, como o ácido acetilsalicílico (AAS), por exemplo, que podem acarretar na lesão da mucosa gástrica ou ocorrer alguma alteração de coagulação do sangue e até mesmo a existência de comorbidades no paciente contribuindo para o quadro e o exame físico pode colaborar para perceber informações sobre localização do sangramento. Alguns dos sinais e sintomas que orientam para a hemorragia digestiva são náuseas, vômitos, anorexia, perda de peso, dor abdominal e mudança de hábito intestinal. Apesar do exame físico e anamnese terem grande importância, os mesmos não revelam a etiologia do sangramento, então se faz necessário exames complementares para o completo diagnóstico, tais como exames radiológicos com contraste baritado, endoscopia, cintilografia e arteriografia, contudo a endoscopia e arteriografia fazem parte dos procedimentos terapêuticos.⁵

O tratamento referente à hemorragia digestiva tem por objetivo parar o sangramento, almejando corrigir o choque hipovolêmico (com reposição volêmica e

transfusão criteriosa), manter a pressão arterial sistólica em torno de 100mmHg, e prevenir novos sangramentos. Para isso é utilizado de terapia com fármacos- vasopressina e somatostatina-, angiografia, endoscopia e cirurgia. Porém, a conduta médica varia conforme as condições do paciente, gravidade do sangramento e etiologia, por exemplo. Na presença de varizes esofágicas a terapêutica utilizada pode ser por fármacos que aumentam a pressão do esfíncter esofágico inferior, como a metoclopramida, a qual diminuem o fluxo dessa circulação.^{10;5}

Além disso, em ocasiões de emergência, onde o controle da hemorragia é perdido, após o uso de fármacos, pode-se fazer o uso de sondas hemostáticas, sendo a principal delas a sonda de Sengstaken-Blakemore que promoverá a pressão sobre varizes esofagianas e estabilização hemodinâmica do sangramento. Em compensação, transfusão sanguínea, segundo o guideline do Colégio Americano de Gastroenterologia de 2021, deve ser reservada para pacientes com Hb < 7 g/dL (ou 8 g/dL em pacientes com doença cardiovascular pré-existente), sangramentos e casos de óbitos tentem a ser minimizados com essa prática.

Em se tratando das varizes esofágicas, o aumento da resistência vascular ao fluxo sanguíneo portal é o fator inicial responsável pelo aumento da pressão portal e é parcialmente modificável por agentes farmacológicos. Com o aumento do volume exercido na veia porta devido a um novo fluxo sanguíneo circulante, uma vez que esse fluxo não consegue fluir através do fígado, tais varizes podem romper-se, causando assim, a hemorragia.¹¹

4 CONCLUSÃO

O conhecimento sobre a hemorragia digestiva alta causada pela hipertensão portal é de fundamental importância por ser uma emergência médica a qual necessita de um diagnóstico preciso e uma conduta adequada e especializada diante do quadro do paciente.

Portanto, deve-se atentar para as manifestações clínicas da hemorragia digestiva alta como a hematêmese, hematoquezia e melena e, principalmente a origem de tal perda de sangue, a qual progrediu para esse evento. Além disso, a patologia em questão torna-se de grande relevância, uma vez que ela necessita não apenas de anamnese e exame físico como também a investigação por meio de exames como a endoscopia.

Diante disso, o tratamento dependerá de alguns fatores como a estabilidade hemodinâmica do paciente em questão, visto que ele perdeu um volume considerável de

sangue, e as comorbidades advindas do cotidiano, por exemplo, como doenças crônicas e o uso de medicamentos e até mesmo a sua idade para um possível diagnóstico, tratamento e, então, alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Brandão Mello, C E; Cerqueira Alvariz, R. Hemorragia Digestiva: Abordagem Clínica. Anais da academia nacional de medicina. Volume 193 (1). p. 85-95. 2022. DOI: 10.52130/27639878. Disponível em: <https://www.anm.org.br/wp-content/uploads/2022/08/AANM2022v193n1p84-95.pdf>
2. Paternostro, R; Reiberger, T; Bucsics, T: Elastography-based screening for esophageal varices in patients with advanced chronic liver disease World J Gastroenterol. 2019 January 21; 25(3): 308-329.
3. Segura, M K A. et al. Factores asociados a la hemorragia digestiva alta. Sinergias Educativas, [S. l.], 2022.DOI: 10.37954/se. v0i0.95. Disponível em: <https://sinergiaseducativas.mx/index.php/revista/article/view/95>
4. Mallet,M; Rudler, M; Thabut, D. Variceal bleeding in cirrhotic patients. Gastroenterology Report. 5(3), 2017, 185–192.
5. Dani, R; Passos, M C F: Gastroenterologia Essencial, 4ª edição. Guanabara Koogan: Grupo GEN, 2011. E-book. ISBN 978-85-277-1970-4. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-1970-4/>. Acesso em: 04 out. 2022.
6. Martins, A A L; et al. Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. Pará Research medical journal, Belém, p. 1- 7, maio, 2019.
7. Presa, J; Próspero, F. Hemorragia digestiva alta por rotura de varizes esofágicas. Serviço de Medicina e Cirurgia, Hospital de S. Pedro, p. (1-21) agosto, 2001.
8. Hammer, G D.; Mcphee, S J. Fisiopatologia da doença. Guanabara Koogan: Grupo A, 2015. E-book. ISBN 9788580555288. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580555288/>. Acesso em: 04 out. 2022
9. Norris, T L; Fisiopatologia. São Paulo: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788527737876. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737876/>. Acesso em: 04 out. 2022.
10. Lourdes, C; Puneeta, T & Abraldes, J G: An update on the management of acute esophageal variceal bleeding. Gastroenterología y Hepatología.Gastroenterol Hepatol. 2017 Jan;40(1):34-40. English, Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep. 2015.11.012. Epub 2016 Mar 3. PMID: 26948179.
11. Schwarzer, R; Kivaranovic, D; Paternostro, R; Mandorfer, M et al. Carvedilol for reducing portal pressure in primary prophylaxis of variceal bleeding: a dose-response study. Aliment Pharmacol. Ther. 2018;1–8.
12. Carvalho E; et al. Hemorragia digestiva. Jornal de pediatria, p. 1-12, 2000.

13. Coelho, F F; et al. Management of variceal hemorrhage: current concepts. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [online]. 2014, v. 27, n. 02, pp. 138-144. ISSN 0102-6720.
14. Costa, D E L; Cunha, F V C; O enfermeiro diante a hemorragia digestiva alta em emergência hospitalar. Revista Multidisciplinar em Saúde, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 164, 2021.
15. Ramires, R P et al. Escleroterapia versus somatostatina na hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas. ARQGA, p. 1-7, setembro, 2000.
16. Luz; H L J et al. Fatores prognósticos e mortalidade em pacientes cirróticos que foram internados com hemorragia digestiva alta varicosa em um hospital público. Arquivos Catarinenses de Medicina – ACM, p. 97 – 106, março, 2017.
17. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol 2021; 116:899–917.