

Caso Clínico / Clinical Case

ÚLCERA PÉPTICA SANGRANTE: QUE LUGAR PARA AS COLAS?

C. LÉRIAS, A. ROSA, F. MAÇÕAS, P. SOUTO, J. E. PINA CABRAL, C. GREGÓRIO, C. SOFIA,
M. LEITÃO, A. DONATO, D. FREITAS

Resumo

A hemostase endoscópica com recurso à injeção local de agentes hemostáticos é uma das técnicas de primeira linha no tratamento da hemorragia digestiva alta por úlcera péptica. Em cerca de 15-20% dos casos a hemostase definitiva não é conseguida. A aplicação de colas surge como uma alternativa válida, quando o tratamento endoscópico convencional não logra debelar a hemorragia, podendo constituir o último passo antes do tratamento cirúrgico. Os autores apresentam o caso de uma doente de 67 anos com úlcera péptica sangrante e elevado risco cirúrgico, tratada com sucesso com injeção de cola de fibrina e Histoacryl®.

Summary

Therapeutic endoscopic injection is a first choice treatment for patients with bleeding peptic ulcer. In about 15-20% of cases, definitive haemostasis is not attained. Injection of glues may represent a valid alternative, when conventional therapeutic modalities failed, as the last step before surgery. The authors report a case of a 67 year-old woman with acute gastrointestinal bleeding and high surgical risk. Conventional therapeutic modalities failed to induce haemostasis, which was successfully achieved using intralesional injection of fibrin glue and Histoacryl®.

GE - J Port Gastroenterol 2001, 8: 254-256

INTRODUÇÃO

A hemostase endoscópica com recurso à injeção local de agentes hemostáticos é uma das técnicas de primeira linha no tratamento da hemorragia digestiva alta por úlcera péptica. Nos casos de persistência ou recidiva hemorrágica a mortalidade e morbilidade associadas são importantes. A aplicação de colas (cola de fibrina e

Histoacryl®) surgem, actualmente, como alternativas válidas quando o tratamento endoscópico convencional não logra debelar a hemorragia, podendo constituir o último passo antes do tratamento cirúrgico.

CASO CLÍNICO

Mulher de 67 anos, com insuficiência renal crónica em hemodiálise, internada por hemorragia digestiva alta (HDA). História de toma recente de AINE's por espondiloartrose. Na admissão, apresentava estabilidade hemodinâmica e 8 gr/dl de hemoglobina. A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou úlcera da incisura *angularis*, com hemorragia em jacto, tratada com adrenalina (Ad) diluída em soro fisiológico 1:10.000 (total: 6 cc) e álcool absoluto (AA) (total: 0,8 cc). Ocorreu recidiva hemorrágica, ao 11.º dia de internamento, novamente tratada com Ad e AA. Por persistência da hemorragia com instabilidade hemodinâmica e dada a situação clínica da doente e o elevado risco cirúrgico, optou-se por nova EDA para eventual aplicação de cola, observando-se úlcera da incisura com hemorragia em jacto. Conse-



Figura 1 – Controlo endoscópico às 48 h: úlcera de fundo branco com bordos elevados, correspondendo a injeção submucosa de Histoacryl®.

Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Recebido para publicação: 08/05/2001

Aceite para publicação: 25/09/2001

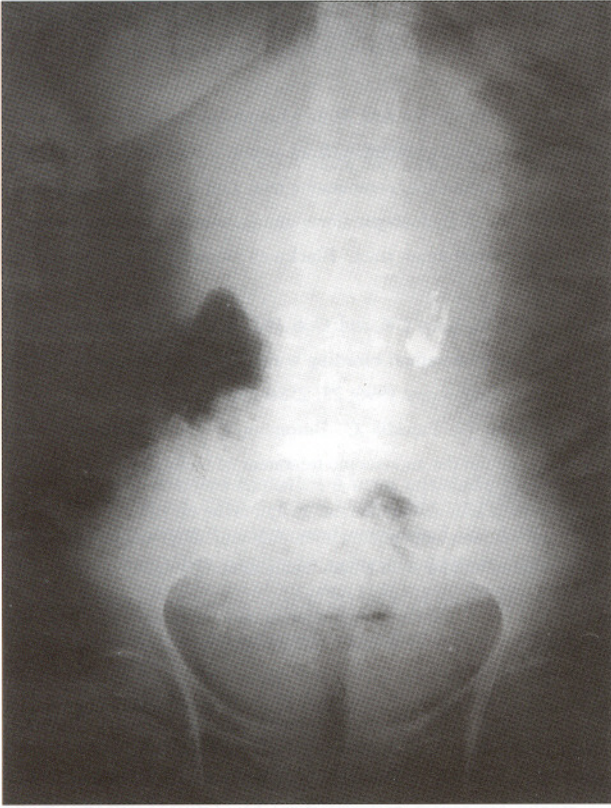


Figura 2 – Radiografia de abdómen simples ao cabo de 2 meses da aplicação de colas, observando-se depósito de Histoacryl® na parede gástrica.

guiu-se hemostase com injeção submucosa e sequencial dos dois componentes da cola de trombina (Biocol®, 4 ml), com agulha de 21 G e 6 mm (Olympus®), separados por 2,5 cc de soro fisiológico com Ad, para lavagem do injector. Procedeu-se, de seguida, a injeção de 1 cc de mistura de Histoacryl® (embucrilato) e lipiodol (0,5 + 0,8). A EDA de controlo, efectuada às 24 horas, apresentava úlcera de fundo branco, em cicatrização (Figura 1). O Rx de abdómen simples, realizado ao cabo de 10 dias, mostrou a presença de cola (Histoacryl®) na parede gástrica (Figura 2). A EDA de controlo, aos 3 meses, foi normal. Sem recidiva hemorrágica, num seguimento de 18 meses.

DISCUSSÃO

A úlcera péptica (UP) sangrante representa 40-60% das causas de hemorragia digestiva alta (HDA) encontradas na endoscopia de urgência (1,2). Nos casos de persistência ou recidiva hemorrágica a mortalidade associada é de 30-40% (3,4). A hemostase endoscópica com recurso à injeção local de agentes hemostáticos (polidocanol, álcool absoluto ou solução de adrenalina), isoladamente ou associados, assim como os métodos térmicos, são actualmente as técnicas de primeira linha no tratamento

da HDA por UP (5,6). Todavia, em cerca de 15-20% dos casos a hemostase definitiva não é conseguida (7). A aplicação de colas (cola de fibrina e o Histoacryl®) surge actualmente como alternativa válida quando o tratamento endoscópico convencional não é eficaz.

A injeção de cola de fibrina é referida em vários estudos como um método eficaz no tratamento da hemorragia digestiva alta de etiologia péptica (8-11). A injeção submucosa de cola de fibrina representa uma alternativa válida à terapêutica convencional com algumas vantagens: semelhança com as reacções biológicas, ausência de lesão tecidual e permite aplicações múltiplas (12). Contudo, para a sua preparação e aplicação é importante estar familiarizado com a técnica.

O Histoacryl® tem sido utilizado, com sucesso, na HDA de causa varicosa (varizes esofágicas rebeldes ao tratamento e varizes do fundo gástrico). A sua aplicação na HDA de causa não-varicosa é mais controversa. Neste contexto, existem poucos casos descritos na literatura, sendo na sua maioria situações de hemorragia aguda sem resposta ao tratamento convencional e em doentes com elevado risco cirúrgico (13-15).

Os hemoclips são métodos efectivos e seguros na abordagem terapêutica da HDA de causa péptica (16,17). Entre nós, a sonda térmica não é um método utilizado, assim como no resto da Europa. É sem dúvida nos Estados Unidos que esta técnica se tem desenvolvido, sendo largamente utilizada.

Este é o primeiro caso descrito na literatura de aplicação de duas colas (fibrina e Histoacryl®) na mesma lesão. No caso clínico descrito, a injeção de cola de trombina e Histoacryl® mostraram-se uma alternativa eficaz na úlcera péptica sangrante, após a falha da hemostase convencional, representando o último passo antes do tratamento cirúrgico.

Correspondência:

Clotilde Lérias
Serviço de Gastreenterologia
Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Professor Mota Pinto
3030 Coimbra
Tel.: 239 701 517 / Fax: 239 701 517

BIBLIOGRAFIA

- Hay JA, Lyubashevsky E, Elashoff J et al. Upper gastrointestinal haemorrhage: clinical guidelines-determining the optimal hospital length of stay. *Am J Med* 1996; 100: 313-22.

2. Sofia C, Cadime A, Souto P et al. Hemorragias digestivas altas no contexto de urgência endoscópica: três anos de experiência da Unidade de Endoscopia do serviço de Gastrenterologia dos H.U.C.. *Arq Hepato-Gastr Port* 1992; 1: 219-223.
3. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB et al. Risk assessment after upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996; 38: 316-321.
4. Brullet E, Calvet X, Campo R et al. Factors predicting failure of endoscopic injection therapy in bleeding duodenal ulcer. *Gastrointest Endoscopy* 1996; 43: 111-116.
5. Palmer KR and Choudari CP. Endoscopic intervention in bleeding peptic ulcer. *Gut* 1995; 37(2): 161-164.
6. Sofia C, Portela F, Gregório C et al. Endoscopic Injection Therapy vs Multipolar electrocoagulation vs Laser vs Injection + Octreotide vs Injection + Omeprazole in the Treatment of Bleeding Peptic Ulcers. A Prospective Randomized Study. *Hepato-Gastroenterol* 2000; 47: 1332-1336.
7. Freeman ML. Stigmata of haemorrhage in bleeding ulcers. *Gastrointest Endoscopy Clin of North Am* 1997; 7(4): 559-574.
8. Berg PL, Barina W and Born P. Endoscopic injection of fibrin glue versus polidocanol in peptic ulcer hemorrhage: a pilot study. *Endoscopy* 1994; 26: 528-530.
9. Song SY, Chung JB, Moon YM et al. Comparison of the endoscopic injection with fibrin glue and hypertonic saline-epinephrine for peptic ulcer bleeding: a prospective randomized trial. *Endoscopy* 1997; 29: 827-833.
10. Pescatore P, Verbeke C, Härle M et al. Fibrin sealing in peptic ulcer bleeding: the fate of a clot. *Endoscopy* 1998; 30(6): 519-523.
11. Rutgeerts P, Gevers AM, Hille M et al. Endoscopic injection therapy to prevent rebleeding from peptic ulcers with a protruding vessel: a controlled comparative trial. *Gut* 1993; 34: 348-358.
12. Friedrichs O. Endoscopic fibrin gluing, submucosal application in the gastrointestinal tract. Blackwell Science, Berlin-Germany, 1998.
13. KoK KYY, Kum CK and Goh PM. Endoscopic hemostasis of upper gastrointestinal bleeding with Histoacryl: last resort before surgery. *Endoscopy* 1996; 28: 2586-258.
14. D'Imperio N, Papadia C, Baroncini D et al. N-Butyl-2-Cyanoacrylate in the endoscopic treatment of Dieulafoy ulcer. *Endoscopy* 1995; 27: 216.
15. Loperfido S. Endoscopic hemostasis of gastric bleeding from Dieulafoy's ulcer with Histoacryl. *Endoscopy* 1989; 21: 199-200.
16. Chung IK, Ham JS, Kim HS et al. Comparison of the hemostatic efficacy of the endoscopic hemoclip method with hypertonic saline-epinephrine injection and a combination of the two for the management of bleeding peptic ulcers. *Gastrointest endosc* 1999; 49(1): 13-8.
17. Ohta S, Yukiota T, Ohta S et al. Haemostasis with endoscopic hemoclip for severe gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 701-4.