

Hemorragia Digestiva

Introdução

Afim de fazermos um “link” cerebral entre abordagem, diagnóstico e tratamento, resolvemos discutir a hemorragia digestiva como um capítulo. É desta forma que ela irá se apresentar nas questões e no dia-a-dia .

Abordagem inicial geral:

A base inicial do tratamento é a estabilização do paciente (ABC) com avaliação de necessidade de suporte ventilatório imediato e avaliação do estado hemodinâmico com reposição volêmica, controle de sinais vitais e hemoderivados (se necessário)

Medidas fundamentais:

- Dieta zero
- Obter duas veias periféricas calibrosas
- Coleta de sangue para provas laboratoriais (Hemograma completo, tipagem sanguínea, eletrólitos, função renal, coagulograma)
- Monitorização (PA, FC, SpO2 e cateterismo vesical).

Estimativa de perda sanguínea				
	Classe			
	I	II	III	IV
Perda volêmica (mL)	<750 (15%)	750-1500 (15-30%)	1500-2000 (30-40%)	>2000 (>40%)
FC (bpm)	<100	100-120	120-140	>140
PA	Normal	Normal	Baixa	Baixa
Consciência	-	Ansioso	Confuso	Letárgico
Reposição	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide + sangue	Cristalóide + sangue

*O hematócrito não é um bom parâmetro para avaliarmos perda de sangue, pois sua queda real só ocorre após 1 a 2 dias, devido a redistribuição de volume.

Hemorragia digestiva alta (HDA)

Definição: Hemorragia do trato gastrointestinal, proximal ao ligamento de Treitz (esôfago, estômago e duodeno)

Apresentação:

Hematêmese (vômito com sangue vivo ou em borra de café - digerido)

Melena: fezes com sangue digerido (em 90% dos casos ocorre por hemorragia alta)

Hematoquezia ou enterorragia: sangue vivo ou coagulado acompanhado ou não de fezes (em 10 a 20% dos casos ocorre por HDA)

Abordagem da HDA:

1. Abordagem inicial geral

2. Drogas EV

É possível o diagnóstico de úlcera péptica?

Iniciar Inibidor de bomba de próton EV em bomba infusora (80mg em bolus + 8mg/h) por 72h

É possível o diagnóstico de varizes de esôfago (cirrose, hipertensão portal)?

Iniciar octreotida, somatostatina ou terlipressina EV por 2 a 5 dias + Profilaxia para peritonite bacteriana espontânea (norfloxacino)

3. Endoscopia após estabilização (Nas primeiras 24h)

Principais causas

Úlcera Péptica: é a principal causa de HDA (50% dos casos)

Os principais fatores causais são: H. Pylori, uso de AINE e hipercloridria

A partir da endoscopia digestiva alta, podemos usar a escala de Forrest para classificar a lesão e estimar a probabilidade de ressangramento.

Classificação de Forrest		
Classificação	Característica da lesão	Taxa de ressangramento
Ia	Sangramento em jato	90%
Ib	Sangramento lento (babando)	90%
Ila	Vaso visível não sangrante	50%
Ilb	Coágulo aderido	30%
Ilc	Úlcera com hematina na base	10%
III	Úlcera com base clara	<5%

Tratamento clínico: inibidor de bomba de próton, suspender AINE.

EDA: pacientes com sangramento ativo, vaso visível ou coágulo aderido (Forrest I ou Ila ou Ilb) se beneficiam de terapia endoscópica (cauterização elétrica, hemoclipes ou injeção de adrenalina).

A doença ulcerosa péptica será discutida também na parte de patologias do estômago, dando maior foco ao H. Pylori.

Varizes Esofagogástricas: É a **segunda maior causa de HDA** (20% dos casos)

Formadas por uma circulação colateral a partir da veia gástrica esquerda, tributária do sistema porta, em direção ao esôfago distal ou fundo gástrico.

Tratamento clínico: Vasoconstritores esplâncnicos (octreotide, somatostatina, terlipressina) e profilaxia para PBE (norfloxacino).

EDA: nas primeiras 12h do evento, com ligadura elástica (ou eletrocauterização) das varizes.

Em caso de sangramento em cirrose avançada (Child C), sangramento persistente ou recorrência a pesar do tratamento clínico e endoscópico deve-se considerar a implantação de um Shunt Portossistêmico Intrahepático Transjugular (TIPS) nos primeiros 2 dias após a hemorragia.

Profilaxia de sangramento:

	Indicação	Intervenção
Primária (Nunca sangrou)	Varizes de médio e grosso calibre Varizes de pequeno calibre em paciente Child B/C ou pontos avermelhados	Beta-bloqueador não seletivo (ex. Propranolol) OU ligadura elástica por EDA
Secundária (Já sangrou)	Sempre	Beta-bloqueador não seletivo (ex. Propranolol) E ligadura elástica por EDA

Atenção: Não se deve iniciar o beta-bloqueador em vigência de hemorragia!!!

Mallory Weiss: é a terceira maior causa de HDA.

Laceração do estômago proximal e/ou esôfago distal por vômitos vigorosos. Em geral, em pacientes alcoólatras.

Possui baixa recorrência de sangramento, sendo a terapia de suporte suficiente. Na persistência/recorrência, esta indicada a EDA, embolização arterial ou cirurgia, nesta ordem de preferencia.

Outras causas:

Causas	Dicas
Erosões gastroduodenais	TCE, queimaduras, politrauma, ventilação mecânica, coagulopatia
Esofagite erosiva	Odinofagia, disfagia, história de DRGE
Malignidade	Emagrecimento, saciedade precoce, disfagia
Estômago em melancia	Ectasia vascular do antro gástrico
Lesão de Dieulafoy	Vaso aberrante na mucosa gástrica com sangramento pontual
Fístula Aorto-entérica	Prótese/aneurisma de aorta
Hemobilia	Dor em HCD + Icterícia + Hemorragia digestiva
Hemosuccus pancreaticus	História de pancreatite + dor abdominal + hemorragia digestiva

TCE: Trauma crânioencefálico; DRGE: Doença do refluxo gastroesofageano; HCD: Hipocôndrio direito

Casos especiais:

As indicações de tratamento cirúrgico:

-Choque refratário à ressuscitação (> 6 unidades de hemácias)

-Falha endoscópica

-Choque associado à hemorragia recorrente

-Sangramento pequeno e contínuo, necessitando de > 3U/dia de hemácias

Em pacientes com provável hipertensão porta e instabilidade refratária às medidas iniciais, está indicado o uso do balão de Sangstaken-Balkemore

Hemorragia digestiva baixa (HDB)

Definição: Hemorragia digestiva distal ao ângulo de Treitz (jejuno, íleo, cólon)

Apresentação:

- Hematoquezia ou enterorragia: em 90% ocorre por HDB
- Melena: apresentação incomum, mas pode ocorrer

Quando a HDB se apresenta com hematoquezia, esta geralmente é maciça e cursa com instabilidade hemodinâmica.

Cerca de 95% dos casos tem origem no colon.

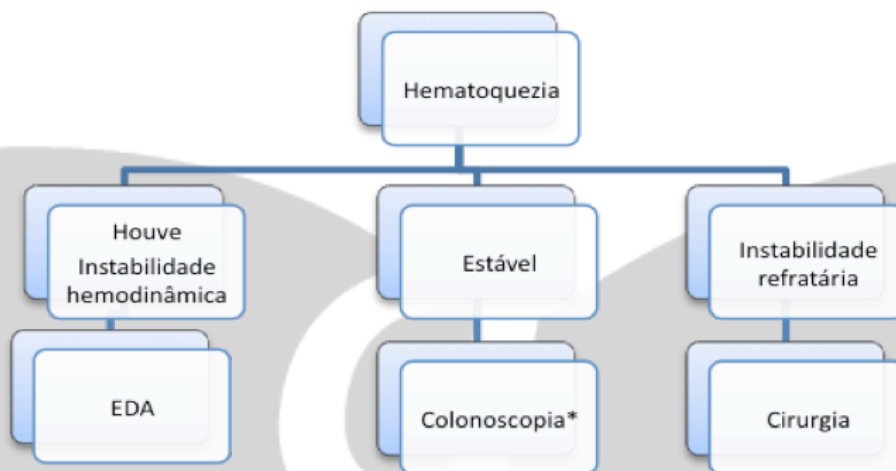
Abordagem da HDB:

1. Abordagem inicial geral

2. Excluir patologia anorretal: Para muitos autores, a avaliação se inicia pelo exame da região anorretal. O sangramento de hemorroidas internas é a principal origem de hemorragia entre as patologias anorretais. A principal origem de HDB é, provavelmente,

a partir de vasos hemorroidários, porém na maioria das vezes o sangramento não é significativo (ex: sangue vivo no papel higiênico). Consideraremos com mais ênfase as hemorragias significativas neste capítulo.

3. Investigação de HDB



*Em caso de sangramento maciço persistente é mais indicado realizar angiografia antes da colonoscopia (diagnóstica e terapêutica por embolização).

Pacientes que não se tornam estáveis a partir das medidas iniciais devem ser submetidos à cirurgia (em geral com enteroscopia ou colonoscopia peropertória). Caso não seja identificado o foco, e sangramento persista, está indicada colectomia total/subtotal.

O método mais sensível é a cintilografia com hemácias marcadas (requer um fluxo mínimo de 0,1mL/min), porém não localiza bem o foco sangrante (apenas em 50% dos casos).

Principais causas:

Idade	Principais causas
Crianças	Intussuscepção intestinal e divertículo de Meckel
Adulto jovem	Divertículo de Meckel, Doença inflamatória intestinal e pólipos juvenis
Idoso	1o Diverticulose 2o Angiodisplasia 3o Neoplasia

Diverticulose (doença diverticular colonica)

São projeções saculares da mucosa do cólon para dentro da parede intestinal.

Fatores de risco: dieta pobre em fibra, constipação, obesidade, idade avançada, Síndrome do intestino irritável.

É a **principal causa de HDB**, responsável por quase 50% dos casos, ao todo. A hemorragia é geralmente de origem arterial, sendo assim tende a ser mais intensa.

Manifesta-se em geral com hematoquezia de início súbito, indolor. A doença diverticular é mais frequente no retossigmoide, porém sangra mais quando ocorre no cólon direito.

A inflamação do divertículo (diverticulite) é a complicação mais frequente da doença diverticular, a qual ocorre com maior frequência em cólon esquerdo (retossigmoide). Esta será abordada no capítulo de abdome agudo em cirurgia.

A colonoscopia faz o diagnóstico e possibilita o tratamento por cauterização, clipagem ou injeção de epinefrina. Caso necessário (sangramento maciço), a arteriografia pode realizar embolização terapêutica.

Angiodisplasia

São ectasias de pequenos vasos sanguíneos submucosos do intestino com ramificação aracneiforme. Se origina do sistema venoso em geral (hemorragias menos intensas).

Mais comum no **cólon proximal** (principalmente ceco), mas pode ocorrer em qualquer local do trato gastrointestinal.

Fatores de risco: **Idosos (> 70 anos)**, doença renal crônica, doença de Von Willebrand, estenose aórtica (Síndrome de Heyde).

Manifesta-se em geral como hematoquezia indolor e autolimitada.

O tratamento é colonoscópico ou via angiografia, tal qual na hemorragia por divertículos. Cirurgia é reservada para casos refratários.

Neoplasia

A principal neoplasia colorretal é a maior causa neoplásica de sangramento baixo (em geral adenocarcinoma). Quando ocorre no cólon direito, a manifestação mais frequente é o sangramento, já no cólon esquerdo é a obstrução intestinal, devido as fezes se encontrarem em um estado mais sólido e volumoso nesta região.

Manifesta-se em geral como sangramento oculto, porém pode se manifestar como hematoquezia indolor, intermitente, associada a emagrecimento.

O GIST (tumor estromal gastrointestinal), pode se manifestar como hematoquezia maciça. Sua localização mais frequente é no estômago, porém pode ocorrer em outras regiões do trato gastrointestinal.

Divertículo de Meckel

Possui origem congênita (2% da população em geral), sendo resultante do fechamento incompleto do ducto vitelínico, dando origem a um divertículo verdadeiro (apresenta todas as camadas da parede intestinal). Quando presente, localiza-se no íleo.

Costuma conter mucosa gástrica ectópica que secreta ácido para uma mucosa intestinal não preparada para receber este tipo de secreção, culminando com erosão mucosa e hemorragia.

As complicações mais frequentes ocorrem em crianças e adultos jovens (sangramento, diverticulite, obstrução intestinal, perfuração).

O tratamento é feito através de ressecção cirúrgica do divertículo. Em caso de sangramento, a mucosa erodida adjacente ao divertículo é a responsável pelo sangramento e deve também ser ressecada na cirurgia.

Outras causas:

Causas	Dicas
Doença inflamatória intestinal	Dor abdominal, sintomas sistêmicos, lesões cutâneas DC: úlceras orais, fístula anal, artrite.
Colite infecciosa	Dor abdominal, uso de múltiplos antibióticos, febre, imunossupressão
Hemorragia pós-polipectomia	História de colonoscopia recente com polipectomia

E se não encontrarmos o foco de sangramento?

Sangramento obscuro é definido como hemorragia digestiva sem foco definido após endoscopia alta e baixa (colonoscopia).

Neste caso, preconiza-se que, em primeiro lugar, sejam repetidas a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia, pois em uma taxa de 35% dos casos, o exame inicial não identificou foco na sua região de abrangência.

Em seguida podemos lançar mão de exames capazes de avaliar a região inacessível pelas endoscopias convencionais. Dentre eles podemos citar a cintilografia com hemácias marcadas, arteriografia, enteroscopia e cápsula endoscópica.

