

## INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

## Laqueação endoscópica - uma opção terapêutica eficaz na hemostase urgente e electiva da hemorragia digestiva por angiodisplasias gástricas

Autores: H. T. Sousa, A. Rosa, A. G. Duque, H. Gouveia, M. C. Leitão.  
Serviço de Gastrenterologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

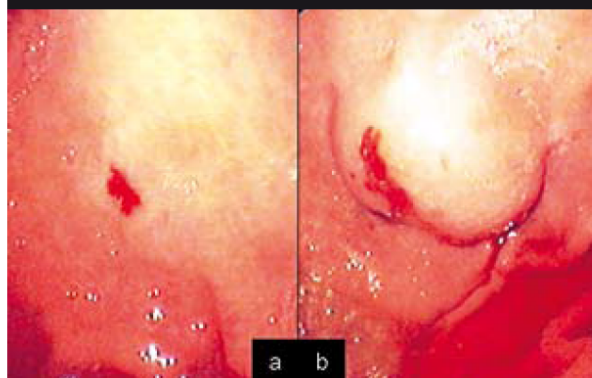
Doente do sexo feminino de 72 anos de idade, portadora de insuficiência renal crónica (IRC) moderada, que recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e cansaço fácil. A avaliação laboratorial mostrou anemia (Hb 6,8g/dl; N: 12,0-14,5) normocrómica, normocítica e agudização da IRC [BUN 138mg/dl (N: 5-23); creatinina 2,3mg/dl (N <-1,3); sódio 124mmol/dl (N: 135-145); potássio 7,9mmol/dl (N: 3,4-5,0)]. À admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, constatando-se melenas residuais no toque rectal e conteúdo biliar na sonda nasogástrica. Após transfusão de 2 unidades de glóbulos vermelhos e realização de hemodiálise, foi efectuada endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou múltiplas angiodisplasias punctiformes no antro gástrico e duas outras, com 4 mm, na grande curvatura do corpo baixo e face anterior do antro (Fig.1a). Por indisponibilidade da técnica de coagulação por argon-plasma (CAP), optou-se pela esclerose endoscópica das lesões de maiores dimensões. No decurso da injeção de álcool absoluto na lesão localizada ao corpo gástrico, verificou-se formação de hematoma submucoso, de crescimento rápido e contínuo (Fig.1b),

que se interpretou como tendo origem no vaso tributário da angiodisplasia. Procedeu-se então a laqueação elástica (LE) da lesão, conseguindo-se a hemostase completa (Fig.2a). Efectuou-se ainda LE da angiodisplasia antral (Fig.2b). Não se verificou recidiva hemorrágica nem complicações imediatas ou diferidas do procedimento. A EDA ao 7º dia mostrou 2 úlceras superficiais, nos locais onde previamente se localizavam as lesões vasculares (Fig.3) Posteriormente realizou colonoscopia total, que não mostrou alterações.

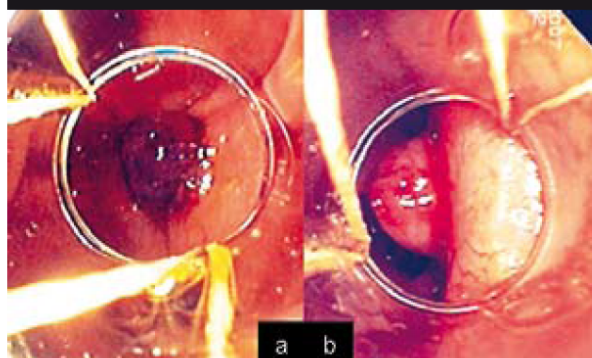
As angiodisplasias do tubo digestivo constituem uma causa estabelecida de hemorragia digestiva (HD) em portadores de IRC (1,2). A necessidade de terapêutica específica depen-

de do impacto das perdas hemáticas na condição geral do doente. Na maioria dos casos são responsáveis por anemia ferropénica, sobreposta à anemia multifactorial associada à IRC, sendo necessária a suplementação com ferro em adição à eritropoietina e suporte vitamínico. Foi

**FIGURA 1** | a. Angiodisplasia com 4mm, localizada à grande curvatura do corpo gástrico. b. A mesma lesão, após tentativa de esclerose endoscópica, com hematoma submucoso em formação.



**FIGURA 2** | a. Laqueação elástica de angiodisplasia do corpo gástrico com hematoma subjacente, conseguindo-se a hemostase. b. Laqueação elástica de angiodisplasia do do antro.



GE - J Port Gastrenterol 2009; 16: 168-169

Recebido para publicação: 12/08/2008

Aceite para publicação: 26/09/2008


demonstrada a eficácia do ocreótido no controlo da HD crónica neste contexto (2). A ocorrência de HD aguda ou crónica com necessidades transfusionais acrescidas justifica o tratamento endoscópico das lesões (3).

Sendo o método de eleição no tratamento e prevenção da recidiva da HD aguda varicosa, a LE pode também ser usada na HD não varicosa, tendo sido descrito o seu sucesso na HD aguda por lesões não fibróticas, designadamente por úlcera péptica, lesão de Dieulafoy, lacerações de Mallory-Weiss e angiodisplasias (4). Mais vocacionada para o tratamento de lesões superficiais, a CAP tem-se destacado no tratamento da HD aguda ou crónica por angiodisplasias do tracto digestivo alto e jejuno (5), sendo esta a prática do nosso Serviço. No presente caso, a indisponibilidade temporária da técnica justificou a realização de escleroterapia, durante a qual se iniciou hemorragia activa, por provável punção submucosa do vaso tri-

**FIGURA 3** | Úlcera superficial no antro, no local onde previamente se encontrava a angiodisplasia.



butário da angiodisplasia. A precipitação de hemorragia activa por punção do vaso no decurso da aplicação do esclerosante é uma complicação inerente à técnica de injeção. No caso descrito, tal ocorreu sem que a quantidade de esclerosante injectada fosse eficaz no controlo da he-

morragia assim desencadeada. Por outro lado, a localização submucosa da hemorragia impediu a identificação exacta do ponto sangrante, impossibilitando a aplicação imediata do esclerosante. A opção pela realização de LE, com aspiração do vaso e do tecido circundante, revelou-se eficaz no controlo da hemorragia activa, mostrando-se igualmente adequada à erradicação deste tipo de lesões. Em suma, embora não nos pareça o método de eleição para o tratamento de angiodisplasias do tracto digestivo superior – pela necessidade de montagem do kit de laqueação elástica e de pelo menos duas entubações esofágicas – a laqueação elástica parece eficaz e segura nesta indicação, quer na HD aguda quer crónica, podendo ser uma opção terapêutica aliciante em caso de indisponibilidade da técnica de CAP. 

## Correspondência

**Helena Tavares de Sousa**

Hospitais da Universidade de Coimbra

Serviço de Gastroenterologia

Av. Dr. Bissaya Barreto

3000-075 Coimbra

Telef: 239 400 483

Fax: 239 701 517

Email: helenatsousa@gmail.com

## Bibliografia

1. Bonomini M, Sirolli V, Milano A, Brummer U, Laterza F, Caldarella MP et al. [Angiodysplasia of the small bowel: a possible cause of anemia even in mild chronic renal failure]. *G Ital Nefrol.* 2005; 22: 171-176.
2. Scaglione G, Pietrini L, Russo F, Franco MR, Sorrentini I. Long-acting ocreotide as rescue therapy in chronic bleeding from gastrointestinal angiodysplasia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 26: 935-942.
3. DiLiberato L, Sirolli V, Lantanzio R, Amoroso L, DelRosso G, Cappelli P et al. Endoscopy as a tool for diagnosing and treating gastrointestinal angiodysplasia in haemodialysis patients. *Int J Artif Organs.* 1999; 22: 488-491
4. Wong RM, Ota S, Katoh A, Yamauchi A, Arai K, Kaneko K et al. Endoscopic ligation for non-esophageal variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Endoscopy.* 1998; 30: 774-777.
5. Pavey DA, Craig PI. Endoscopic therapy for upper-GI vascular ectasias. *Gastrointest Endosc.* 2004; 59: 233-238