

# Hemostase Endoscópica

## Parte I – Lesões Pépticas

### RECOMENDAÇÕES



### INTRODUÇÃO

*A hemorragia digestiva alta aguda continua a ser um problema clínico importante e um motivo frequente e urgente de internamento hospitalar.*

*No respectivo espectro etiológico, a úlcera péptica tem sido a principal causa de hemorragia do tracto digestivo superior. E se é comum afirmar-se que, na maioria dos casos (70-80% dos pacientes), a hemorragia pára espontaneamente, não menos certo é reconhecer que, durante as últimas décadas, a taxa média de mortalidade nas úlceras pépticas sangrantes tem permanecido entre 6-10%, não obstante algumas Unidades especializadas referirem cifras mais aceitáveis, rondando os 4%.*

*Desta ordem de ideias se infere o interesse em delimitar um subgrupo de pacientes — em geral rotulados de alto risco — que pode requerer cuidados médicos e/ou cirúrgicos urgentes e especiais. Neles, a persistência ou a recidiva da hemorragia constituem acontecimentos-chaves determinantes da mortalidade, a qual, note-se, nestes casos pode atingir valores até 30-40%. É bem conhecida, então, a importância informativa de certos factores de prognóstico, quer de natureza clínica, quer, principalmente, de índole endoscópica. Neste particular, os achados endoscópicos de hemorragia activa, vaso visível não-hemorrágico ou coágulo fresco aderente são indicadores de diferente — mas sempre alto (cerca de 40 a 85%) — grau de risco de hemorragia persistente ou recorrente.*

*No campo específico da terapêutica endoscópica dois aspectos aceitam-se como consensuais. Em primeiro lugar, o avanço tecnológico representado pela utilização de diferentes modalidades de hemostase dirigidas à úlcera péptica hemorrágica. Com efeito, neste domínio, progressos impressionantes têm sido conseguidos. Como segundo aspecto, a especificidade e o proveito da aplicação destas técnicas apenas nos pacientes de alto risco. Na verdade, no decurso dos últimos tempos, diversos ensaios clínicos prospectivos, controlados e randomizados têm demonstrado a eficácia e, em última análise, o benefício clínico da aplicação de diferentes modelos de hemostase endoscópica, nomeadamente os do tipo injeção e os de natureza térmica. Em contraponto, e com o mesmo fim, a terapêutica farmacológica tem dado resultados menos consistentes e algo controversos.*

*O Serviço de Gastreterologia dos H.U.C. está, em nosso entender, em boa posição para cooperar na prossecução da iniciativa intitulada “RECOMENDAÇÕES” e levada a cabo pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (vide Publicações da SPED - N.º 1). É, então, nesse sentido que, agora, se propõem uma série de recomendações necessariamente sumariadas e essencialmente orientadoras. No entanto, como aliás se depreende das considerações anteriores, razões de ordem didáctica aconselham-nos a dedicar este número apenas à esfera de hemostase endoscópica dirida às lesões esófago-gastro-duodenais hemorrágicas não varicosas, as quais, lembre-se, têm como paradigma a úlcera péptica.*

### RECOMENDAÇÕES

- 1) A avaliação clínica e a estabilização hemodinâmica são os primeiros cuidados a ter no paciente com hemorragia digestiva alta. A entubação e a lavagem gástrica deverão ser ponderadas nesta fase.
- 2) A origem digestiva é, de facto, alta? Existem lesões associadas potencialmente sangrantes? Qual é, afinal, a causa da hemorragia? As eventuais respostas a estas questões têm hoje, no âmbito da propedêutica gastroenterológica, um método de diagnóstico fundamental: a endoscopia digestiva alta.
- 3) A precocidade do exame endoscópico em relação ao episódio hemorrágico — de preferência < 6 horas; bom < 12 horas; razoável < 24 horas — consubstancia a noção de endoscopia digestiva alta de urgência, atitude indispensável para que dela se possa obter um triplo valor: diagnóstico, prognóstico e terapêutico.
- 4) Na observação endoscópica há, entre outros, dois requisitos importantes. A abordagem adequada e a visibilidade perfeita da lesão ou do ponto que sangra. A lavagem cuidada da lesão hemorrágica com irrigação de água através do canal de biópsias pode ser requerida para uma melhor valorização e caracterização dos eventuais estigmas de hemorragia presentes.
- 5) A avaliação de determinados critérios clínicos (hematemese c/ ou s/ melenas; choque; lesões crónicas; idade > 60 anos; patologia grave concomitante; hemorragia em doente internado) em análise conjugada com a individualização de certos sinais endoscópicos de hemorragia actual ou recente constituem exercício indispensável à apreciação prognóstica do quadro hemorrágico, permitindo, deste modo, delimitar ou seleccionar os chamados pacientes de alto risco candidatos à terapêutica endoscópica hemostática.
- 6) Em consequência, e no que se refere à informação endoscópica, atenção especial deve ser dada à eventual presença de estigmas indicadores de risco especial de persistência ou recorrência da hemorragia, os quais marcam a indicação para efectuar, de imediato, a hemostase endoscópica:
  - a) Hemorragia activa (em jacto, em gotejo ou em toalha)
  - b) Vaso visível não hemorrágico
  - c) Coágulo fresco aderente.

- 7) Na ausência de critérios clínicos de risco, o coágulo aderente não deve ser removido quando resiste à lavagem cuidada e não se observa hemorragia activa.
- 8) No estado actual dos conhecimentos, e salvaguardando a experiência de cada Centro no domínio das técnicas hemostáticas, o método de injeção endoscópica deve ser considerado como o tratamento inicial de escolha. Com esta modalidade três atitudes se perfilam:
- a) Aplicação de várias injeções de álcool absoluto através de agulhas flexíveis tipo escleroterapia ou de injectores especiais (0,1 - 0,2 ml por injeção doseados com seringa tipo insulina ou tuberculina) à volta e no centro do foco hemorrágico. O total de etanol utilizado não deve ultrapassar 2 ml/paciente (em geral entre 0,5 - 2 ml).
  - b) Aplicação de polidocanol a 1%, de acordo com a técnica anteriormente descrita — injeções de 0,5 - 1 ml até uma dose máxima total de 10 ml.
  - c) Em qualquer das situações antes descritas pode ser útil anteceder o uso do respectivo esclerosante com a aplicação de várias injeções de adrenalina a 1/10 000 em doses parciais de 0,5 - 1 ml até um máximo total de 10 ml.
- 9) Após a instituição da terapêutica hemostática, a lesão deve ser observada, pelo menos, durante 5 minutos. Na ausência de hemorragia evidente considera-se que há hemostase inicial.
- 10) Na falência da 1ª opção terapêutica (ponto 8), ou quando circunstâncias específicas o aconselharem desde início, poder-se-á recorrer à utilização de outros métodos hemostáticos, designadamente os de natureza térmica — electrocoagulação multipolar tipo BICAP™, argon plasma, sonda térmica ou Laser — ou mecânica via aplicação de clips.
- 11) Segue-se um período crítico de 48-72 horas. Com efeito, a persistência ou a recidiva da hemorragia ocorrem, na maioria dos casos, durante este período. Para além de cuidados clínicos especiais e de uma eventual cooperação médico-cirúrgica adequada, pode ser recomendável, em alguns doentes, uma endoscopia de controlo até às 72 horas.
- 12) Admite-se que haja hemostase definitiva desde que não se verifique nova hemorragia nos 7-10 dias após o tratamento hemostático. Após este período poderá ser aconselhável nova avaliação endoscópica.

- 13) O factor designado pela persistência ou recorrência da hemorragia é, consensualmente, considerado como o acontecimento-chave determinante da mortalidade. Entende-se por persistência a manutenção da situação hemorrágica por um período pós-internamento igual ou superior a 24-36 horas e por recorrência quando, após a paragem inicial da hemorragia (com estabilização clínica de, pelo menos, 24 horas), se verifica uma recidiva da mesma no decurso dos primeiros 7-10 dias após a admissão hospitalar.
- 14) Há suspeita indirecta de recorrência na presença dos seguintes dados: sangue vivo no aspirado naso-gástrico ou hematemese/melenas ou sinais vitais e/ou hemodinâmicos instáveis. Deve, então, efectuar-se endoscopia de urgência para afirmar ou infirmar a dúvida clínica existente através da observação directa.
- 15) Caso se confirme nova hemorragia e as condições clínicas e hemodinâmicas se mantenham mais ou menos estáveis, é de considerar que a lesão hemorrágica seja, pela segunda vez, tratada com o mesmo tipo de hemostase endoscópica utilizada inicialmente. No entanto, a experiência particular de cada Centro no âmbito da terapêutica endoscópica pode aconselhar, em alternativa, a utilização de outro método hemostático, designadamente os de natureza térmica ou mecânica.
- 16) Nos pacientes com hemorragia digestiva alta aguda de alto risco, o comprovado benefício clínico da hemostase endoscópica não deve por em causa a importância de uma adequada cooperação médico-cirúrgica. Deste modo, como guias genéricos orientadores, a cirurgia deve ser, desde logo, ponderada quando: doente em choque intratável; não se identifica a sede da hemorragia; a hemorragia não se pode parar; a hemorragia recidiva.
- Adicionalmente, embora não descurando as especificidades de cada caso, há que atender às seguintes regras particulares para a eventualidade da cirurgia de urgência:
- a) Inêxito do segundo tratamento hemostático referido nos pontos 10 e 15.
  - b) Segunda recidiva hemorrágica.
  - c) Necessidades superiores a 4 unidades de sangue nas primeiras 24 horas para manter equilibrados os sinais vitais ou para estabilizar os indicadores laboratoriais dentro de limites adequados.