

A hemorragia digestiva alta por rotura de varizes surge, como complicação grave, em cerca de 30% dos doentes cirróticos. A mortalidade precoce, após o primeiro episódio de hemorragia, pode atingir 50%, verificando-se uma mortalidade adicional de cerca de 30%, em consequência da recidiva de hemorragia. A frequência das recidivas pode ser de 100% ao fim de 2 anos. ⁽¹⁾

O tratamento da hemorragia por rotura de varizes constitui uma das situações de urgência mais complexas em Gastrenterologia porque o controlo da hemorragia é difícil — apesar do crescente número de alternativas terapêuticas disponíveis — e porque a degradação da função hepática, que ocorre em consequência da hemorragia, pode ser responsável pelas múltiplas complicações que estes doentes apresentam. É, de facto, o grau de insuficiência hepática que vai determinar a probabilidade de um doente cirrótico sobreviver a um episódio de rotura de varizes. A classificação de Child-Pugh é o melhor indicador prognóstico da mortalidade precoce e tem grande importância clínica, por ser de utilização fácil e cómoda.

A escleroterapia endoscópica de varizes é a terapêutica de escolha para o controlo da hemorragia por rotura de varizes esofágicas, quer nos doentes com hemorragia activa, quer nos que pararam de sangrar espontaneamente. Efectuada electivamente, em sessões sucessivas, até à erradicação das varizes esofágicas, constitui, actualmente, o método terapêutico mais utilizado para prevenir a recidiva a longo prazo. Por isso, deve servir de padrão com o qual as novas terapêuticas devem ser comparadas. ⁽²⁾

Nos últimos anos, a laqueação elástica surgiu como uma terapêutica endoscópica alternativa à escleroterapia electiva, por ser tecnicamente mais fácil de executar, ter menos efeitos secundários e permitir erradicar as varizes num intervalo de tempo mais curto. No entanto, na endoscopia de urgência, a diminuição do campo de visão, a maior dificuldade de aspiração do sangue e o aumento do tempo de execução são factores que a desfavorecem, em relação à escleroterapia endoscópica. ⁽³⁾

Não existe um tratamento endoscópico eficaz para a rotura de varizes gástricas. A escleroterapia endoscópica utilizada nas varizes do fundo gástrico tem uma baixa percentagem de controlo de hemorragia com uma taxa alta de complicações. A injeção de colas ou de trombina constitui uma alternativa possível.

*Na segunda parte das **Recomendações** dedicada à Hemostase endoscópica vão ser abordadas as questões referentes à terapêutica endoscópica da rotura de varizes, com especial ênfase nas atitudes práticas a tomar, necessariamente consideradas como princípios orientadores.*

- 1) A endoscopia num doente cirrótico com hemorragia deve ser realizada o mais precocemente possível, após estabilização hemodinâmica e lavagem gástrica adequada. Deve incluir uma observação do esófago, estômago e duodeno, no sentido de identificar as causas da hemorragia.
- 2) A escleroterapia de varizes esofágicas deve ser executada, sempre que tecnicamente possível, durante a endoscopia que identifica, como causa certa ou provável de hemorragia, a rotura de varizes esofágicas. Pode ser precedida ou associada à infusão de fármacos vasoconstritores (somatostatina ou octreótido). Nas hemorragias de grande débito pode ser necessário o uso de tamponamento esofágico, prévio à endoscopia, como medida transitória para estabilizar o doente.
- 3) É aconselhável a utilização de um endoscópio flexível de dois canais, para facilitar a aspiração do sangue e a lavagem adequada do campo de visão, e de um injector descartável, para diminuir o risco de infecções transmitidas pela endoscopia, dispondo de uma agulha de 4mm.
- 4) A escolha do esclerosante a ser injectado (etanolamina, polidocanol ou álcool absoluto) depende da experiência do utilizador e da disponibilidade do produto. Em relação ao volume de cada injeção, aconselha-se o uso de pequenas quantidades, porque estas mantêm a mesma capacidade hemostática mas com menores complicações. Pode ser necessário efectuarem-se múltiplas injeções numa mesma sessão.
- 5) O método de injeção preferível é a injeção intravascular, utilizando-se complementarmente a injeção para-vascular à volta do local de rotura ou dos coágulos aderentes. Nas varizes de grande volume ou nas hemorragias de alto débito é aconselhável utilizar as duas técnicas em simultâneo.
- 6) O injector deve ser introduzido com o endoscópio no estômago, exteriorizando-se a agulha e verificando se ele está preenchido com o esclerosante. A agulha é depois recolhida no canal de biópsia sendo apenas exteriorizada quando se proceder às injeções.

3

Hemostase Endoscópica

Parte II – Varizes

RECOMENDAÇÕES



- 7) Na escleroterapia de urgência, a variz sangrante deve ser injectada em primeiro lugar, abaixo do ponto de rotura e, posteriormente, acima e aos lados. Após a hemostase, procede-se à injeção dos restantes cordões.
- 8) As primeiras varizes a injectar devem ser, sempre que possível, as da metade esquerda do esófago para impedir que o sangue possa obscurecer o campo de visão. A rotação do corpo do endoscopista para a direita permite um melhor acesso quando se proceder à injeção das varizes da metade direita do esófago.
- 9) As injeções são efectuadas circunferencialmente, começando logo acima da junção esofago-gástrica, com intervalos de 5 cm, parando aos 30 cm da arcada dentária.
- 10) Se se verificar hemorragia importante logo após a injeção pode usar-se o endoscópio para comprimir o local sangrante, flectindo-o de maneira apropriada. No fim do exame, procede-se à aspiração do ar do estômago e verifica-se se há ou não hemorragia significativa no esófago, após lavagem adequada.
- 11) A recidiva precoce de hemorragia, que é mais frequente até ao 4.º dia, pode obrigar a uma segunda sessão de escleroterapia, com um intervalo mínimo de 24 horas. Na falência desta medida, devem ser consideradas outras alternativas terapêuticas.
- 12) A escleroterapia electiva deve ser iniciada dentro de uma semana. A presença de úlceras superficiais sobre varizes, após a escleroterapia anterior, contraindica a injeção dessas varizes. A existência de úlceras profundas implica o adiamento da terapêutica. Serão realizadas tantas sessões quantas as necessárias até ao desaparecimento das varizes, com intervalo de 1 a 3 semanas. Propõe-se o seguimento endoscópico regular, com intervalos de 6 a 12 meses, para detectar o eventual reaparecimento de varizes.
- 13) A laqueação elástica pode ser utilizada como alternativa à escleroterapia electiva.
- 14) A laqueação elástica de varizes implica a introdução prévia de um tubo no esófago proximal colocado, de preferência, com a ajuda de um dilatador de Savary, para reduzir o risco de perfuração.

A variz é aspirada para dentro de um acessório plástico cilíndrico, adaptado à extremidade distal do endoscópio, dentro do qual se coloca um segundo cilindro onde está montado o elástico que irá laquear a variz. Este é libertado pela tracção de um fio plástico previamente introduzido através do canal de biópsia do endoscópio. A execução de cada nova laqueação implica a retirada do endoscópio para se proceder à montagem do cilindro interno com o elástico e o fio de tracção, se não se utilizar o laqueador múltiplo.

REFERÊNCIAS

1. Williams SGJ, Westaby D. *Management of variceal haemorrhage*, BMG 1994; 308: 1213-1217.
2. Borman PC, Krige JFJ, Terblanche J. *Management of esophageal varices*. Lancet 1994; 343: 1079-1084.
3. Binmoeller KF, Vedeyar HJ, Soehendra N. *Treatment of esophageal varices*. Endoscopy 1994; 26: 42-47.