

06 de Agosto de 2007.
Professor Luiz Sérgio Emery.

Hemorragia Digestiva

Evolução

75% cessam espontaneamente.
25% persistem ou recorrem.
10% a 30% de morte.
Trata-se de uma doença grave.

Epidemiologia

10% das internações hospitalares de urgência.
EUA: 300.000 internações/ano.
150.000 HD pacientes internados.

Limites das HD

Antes, o ângulo de Treitz era o limite entre uma HD alta e uma HD baixa.
HD alta – Ângulo de Treitz – HD baixa.

HD alta é 5 vezes mais freqüente do que HD baixa.

Atualmente as HD são divididas em:

HD alta: boca – papila de Vater.

HD média: papila de Vater – íleo terminal.

HD baixa: íleo terminal – ânus.

Hematêmese → HD alta.

Hematoquezia → HD baixa.

15% HD alta.

Melena → HD alta.

HD baixa.

Hematoquezia (impropriamente chamada de enterorragia) é a perda de sangue vermelho vivo pelas fezes. Em geral é HDB.

O sangue no Tubo Digestivo é o laxante mais potente.

Melena: doenças do cólon direito e do íleo terminal podem se apresentar com hematoquezia ou melena. Melena é o sangue digerido: as fezes são enegrecidas, com consistência pastosa ou mole e odor característico.

Apresentação

Evidente: Hematêmese

Hematoquezia

Melena

Ocultas: anemia ferropriva.

Obscure: 3% das HDA.

Hemorragia oculta: o paciente está pálido, descorado, hemograma mostra baixa de Hb e queda de Ht, mas não há perda sanguínea evidente.

Hemorragia obscura: o paciente pode ter hematêmese, melena ou hematoquezia, mas a causa do sangramento não é identificada, apesar de todos os avanços tecnológicos.

Exames complementares

Hemograma: Ht, Hb, leucócitos e plaquetas.

Endoscopia digestiva alta (EDA).

Colonoscopia.

Retossigmoidoscopia.

Endoscopia alta e colono fazem DX de mais de 90% das causas de HD.

Objetivos

Confirmar a hemorragia.
Tratar a hipovolemia.
Diagnosticar a causa.
Parar o sangramento.
Evitar complicações.
Evitar recidivas.

Fezes escuras podem não ser provenientes de sangramento. Ex: consumo de ferro exógeno, alimentação com galinha ao molho pardo (sangue de outros animais), consumo de açaí.

Causas de sangramento: úlceras, varizes, doença diverticular, etc.

Parar o sangramento: em 95% o sangramento cessa sozinho.

Repercussões clínicas

Quantidade de sangue perdido.
Capacidade de reação individual: jovens e idosos reagem de maneira diferente.
Velocidade de sangramento.
Doenças: básicas e associadas.
Idade do paciente.
Coagulação.

Informações clínicas

Idade – procedência.
Vômitos – dor abdominal.
Cirurgia prévia.
Medicamentos.
Álcool.
Hemorragia anterior – hemorragia em outros órgãos.
Doenças do nariz, boca, laringe e faringe.
Trauma de face e boca.

Síndrome de Mallory-Weiss: comum em mulheres grávidas e alcoolistas. O indivíduo vomita repetidamente e, a seguir, vomita sangue.

Úlcera péptica é a causa mais comum de hemorragia digestiva e o uso de AINES e o *Helicobacter Pylori* são as causas mais comuns de úlcera péptica.

Exame físico

Grau de consciência – atitude no leito.
Pele: insuficiência hepática, hipertensão porta, pele, mucosa, palma das mãos e planta dos pés. Palma das mãos e planta dos pés são locais distantes e costumam ficar brancos ou pálidos, especialmente se o exame de mucosas não for preciso.
Abdome, circulação colateral, fígado, baço, cicatrizes.
PA < 100 ou FC (pulso) > 100 indicam perda sanguínea significativa.
Temperatura axilar – toque retal.
Pulmão.
Coração.

Paciente com HD, especialmente com déficit de consciência pode aspirar alimentos e por isso o exame do pulmão, tanto na admissão quanto no segmento, deve ser feito. Pode diagnosticar pneumonia por aspiração. O paciente pode ter angina ao perder sangue, especialmente se for coronariopata.

Fatores de risco de ressangramento e morte

Idade maior que 60 anos.
 Hipovolemia na internação.
 Forrest Ia e Ib (classificação de úlcera péptica).
 Ressangramento durante a internação.
 Doença cardíaca associada.
 Cirrose Child C.

Exames complementares

Hemograma: Hb, Ht, leucócitos e plaquetas.

Ajuda a identificar a quantidade de sangue perdido.

Nas primeiras duas horas, Hb e Ht não se alteram. A seguir, plaquetas e leucócitos aumentam. (?)

Endoscopia digestiva alta.**Colonoscopia.**

Retossigmoidoscopia.

Enteroscopia - Cápsula endoscópica.

Uréia – creatinina – provas de função hepática – ECG – RX de tórax – provas de coagulação.

Arteriografia: Tronco celíaco – Mesentérica superior – Mesentérica inferior.

Cintilografia gastrointestinal – Tecnécio 99.

Endoscopia Digestiva

Endoscopia Digestiva Alta: 12 a 24 horas.

Permanência hospitalar.

Ressangramento.

Necessidade de cirurgia.

Colonoscopia: 12 a 24 horas.

Enteroscopia.

Causas de sangramento alto

	179	%
Úlcera gástrica	41	25,7
Úlcera duodenal	37	24,1
Varizes do esôfago	36	23,5
LAHMGD	24	15,6
Esofagite	16	9,6
Gastropatia congestiva	11	7,2
Outros	14	8,9

Atualmente o número de cirróticos por vírus C está aumentando muito. São os transfundidos de décadas atrás, contaminados num período em que não havia marcadores para essa hepatite.

Estigma de sangramento à EDA

Não deve ser memorizado para prova.

Trata-se de uma classificação utilizada pelos endoscopistas.

Sangramento ativo – Forrest Ia e Ib.

80% persistem no sangramento ou ressangram.

Forrest Ia: sangramento em jato.

Forrest Ib: sangramento que se assemelha à uma mina.

Requerem terapêuticas.

Vaso visível não sangrante – Forrest IIa

50% ressangramento.

Requer terapêutica porque de cada 2 pacientes, 1 vai sangrar.

Coágulo aderente à úlcera – Forrest IIb

30 a 50% ressangramento.

Úlcera com hematina – Forrest III

5% ressangramento.

Úlcera péptica

10 a 25% tem HDA.

Longa duração, idosos, homem.

HDA como primeiro sintoma.

Tamanho – local – profundidade.

Vaso e borda: em geral o vaso se localiza na borda a úlcera, mas pode estar no fundo.

75% cessa espontaneamente.

25% requer tratamento.

Mallory-Weiss

Aumento da pressão abdominal.

Gravidez, alcoolismo, tosse, soluço, vômitos.

Endoscopia precoce: DX é puramente endoscópico.

Cura espontânea.

Esofagite

Outra causa de HD.

Em geral é complicação de RGE de longa data.

Comum em acamados, SNG, SNE, em uso de AINES.

Em geral **tratamento clínico** resolve tranquilamente. Raramente há perda volumosa por esofagite.

Tumor do fundo gástrico

Ver imagem.

Varizes do fundo gástrico

Ver imagem.

**Varizes **

Terceira causa de HDA.

Número crescente: provavelmente vai chegar a ser a causa mais comum porque o número de pacientes com úlcera vem diminuindo (combate ao Helicobacter).

Prognóstico ruim: porque os pacientes são hepatopatas.

Recidiva freqüente.

Agravamento da hepatopatia.

Internação: pacientes necessitam ficar internados ao contrário dos demais com HDA.

Terapia de urgência.

Hipertensão portal: cirrose, esquistossomose, Buddi-Chiari, Trombose de veia porta e doenças metabólicas. A cirrose é a principal causa de hipertensão portal. A esquistossomose já foi a principal causa.

Grande volume.

1/3 dos cirróticos vai manifestar HDA nos próximos 2 anos. É mais freqüente em pacientes com **varizes de grosso calibre e coagulação alterada.**

Outras causas de varizes.

Causas de hemorragia digestiva baixa**A) Doenças do canal anal**

Hemorróidas – fissuras – tumor.

B) Doenças do reto e cólon

Doença diverticular – **ectasias vasculares** – colites – tumores.

C) Doenças do intestino delgado

Divertículo de Meckel – ectasias vasculares – tumores.

A HDB é muito menos freqüente (1 para 5).

Se hemorróida puder ser considerada como HDB, é então a principal causa. Trata-se de uma doença simples, com tratamento pouco difícil.

As doenças do reto e do cólon são as causas mais frequentes de HDB (excetuando-se a hemorróida): mais de 50% dos pacientes sangram por doença diverticular ou ectasia vascular.

Doença diverticular (ver figura)

> 70 anos – 70%. Trata-se de uma evolução natural do envelhecimento do cólon.

HDB: 50% divertículos.

3% da D. Diverticular – HDB. Ou seja, 3% dos pacientes com doença diverticular sangram.

Segunda HDB: 25%. Se o paciente sofrer o primeiro episódio de sangramento (raro – 3%), de cada 4, 1 vai ressangrar.

Cessa espontaneamente.

Rara colectomia.

Ectasias vasculares (ver figura)

Idosos, ceco e ascendente.

< 5 mm.

Pouco volume, recidiva da HD.

Tratamento com esclerosantes e laser.

Imagem endoscópica em forma de aranha.

Em geral são lesões pequenas que sangram pouco volume e recidivam (sangram intermitentemente).

Doença muito benigna.

Varizes do reto (ver figura)

Doença realmente grave, em geral paciente com hipertensão portal. Muito difícil de tratar.

RCUI (ver figura)

Mulher – jovem.

Diarréia.

Manifestações extra-digestivas como oculares e articulares.

Em geral é de pequena quantidade.

Geralmente há diarréia associada.

Doença de Crohn (ver figura)

Causa de HDB.

Tumor do cólon (ver figura)

> 60 anos.

Pequeno volume.

Anemia.

Massa palpável.

Pólipos grandes.

Em geral o sangramento é crônico e intermitente.

Hemorragia digestiva obscura**Local do sangramento:**

EDA descobre em 95% dos casos.

Colonoscopia descobre em 85% dos casos.

Segunda EDA descobre em 97% dos casos.

Segunda colonoscopia descobre em 90% dos casos.

Causas de não identificação:

Endoscopista (fungo e GC corpo gástricos, colonoscopia incompleta).

Sangue no órgão (volume e coágulo).

Variações anatômicas e deformidades.

Sangramento do intestino delgado.

Superficialidade das lesões.

Ver imagens da cápsula endoscópica, enteroscopia com duplo balão e da histopatologia da mesma lesão.