Hemorragia digestiva alta: sintomas, diagnóstico e tratamento

Ian Victor Lacerda da Silva[1]; Leonardo Faria Sarmento[1]; Otávio Augusto da Silva Garcia[1]; Pedro Paulo Stozek Fernandes de Oliveira[1]; Rovane Domingues Júnior[1]; Elder Machado Sarmento[2]

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
2- Médico e professor em UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda,RJ.
ianvictor.lacerda@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-8865-1251
https://orcid.org/0000-0002-8314-5437
https://orcid.org/0000-0001-9424-8661
https://orcid.org/0000-0003-4328-3058
https://orcid.org/0000-0002-1015-149X
https://orcid.org/0000-0003-4500-1376

Resumo: A hemorragia digestiva alta tem por definição todo sangramento da porção gastrointestinal superior ao ângulo de Treitz, esse que se localiza ao nível da junção entre o duodeno e o jejuno, sendo assim, todas as hemorragias provenientes da parte inferior do ângulo de Treitz são, portanto, classificadas como baixas. No Brasil, a hemorragia digestiva alta chega a representar de 1 a 2 % das causas de internações de urgência. Ela pode ser subdividida em duas classificações, quanto à causa do sangramento, sendo elas HDA varicosas e não varicosas, e quanto à gravidade. Em relação às formas de apresentações clínicas da Hemorragia Digestiva Alta, estão a melena, sangue já oxidado nas fezes, hematêmese que se trata do sangue expelido pela boca em forma de vômito e hemoptise, sangue expelido na forma de tosse, que pode ser originado das vias aéreas ou do trato gastrointestinal alto. Acerca dos escores e índices mais utilizados, citam-se as escalas de Forrest, de Rockall, de Glasgow-Blatchford e AIMS65 como de grande valia no diagnóstico e/ou seguimento do paciente. Em relação ao tratamento e seguimento, conclui-se que é fundamental o manejo sintomático eficiente e o controle hemorrágico, cabendo ao clínico saber realizar o tratamento medicamentoso e saber discernir sobre quando o especialista será necessário e medidas intervencionistas eficazes. Ademais, é fundamental o seguimento em longo prazo dos pacientes, principalmente naqueles casos que a HDA foi causada por alguma doença crônica, haja visto que o tratamento e controle de tais doenças pode reduzir a incidência de hemorragias digestivas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: hemorragia digestiva alta. HDA: diagnóstico. HDA: tratamento.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta tem por definição todo sangramento da porção gastrointestinal superior ao ângulo de Treitz, esse que se localiza ao nível da junção entre o duodeno e o jejuno, sendo assim, todas as hemorragias provenientes da

parte inferior do ângulo de Treitz são, portanto, classificadas como baixas. No Brasil, a hemorragia digestiva alta chega a representar de 1 a 2 % das causas de internações de urgência (LUCIANO, 2016).

A HDA pode ser subdividida em duas classificações, quanto à causa do sangramento, sendo elas HDA varicosas e não varicosas, e quanto à gravidade. As varicosas dizem respeito às hemorragias causadas por varizes sejam elas esofágicas, gástricas ou duodenais, representando 15% da incidência de HDA (LUCIANO, 2016). Os outros 85% dizem respeito às não varicosas, nas quais são incluídas as provocadas pela doença ulcerosa péptica, má formação arteriovenosa, tumores e outras (LUCIANO, 2016).

A história clínica do paciente é de suma importância para o raciocínio diagnóstico, como por exemplo, o uso prévio de AINH, anticoagulantes, hepatopatia crônica, SIDA, vômitos ou soluços incoercíveis, uso de drogas ilícitas, aneurisma, polipectomia prévia, entre outros (LUCIANO, 2016).

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo de revisão bibliográfica com base em estudos originais, *trials* e revisões, com ou sem sistematização, em inglês, português e espanhol, publicados entre os anos de 2015 e 2021, acerca dos aspectos mais atuais da literatura referentes ao tratamento da Hemorragia Digestiva Alta, estabelecendo padrões de definição, diagnósticos e de conduta acerca do quadro. A busca se deu nas bases de dados MEDLINE - por meio do buscador avançado do PubMed -, SciELO e Lilacs valendo-se dos descritores “Hemorragia Digestiva Alta”, “HDA causas e fatores de risco”, “HDA diagnóstico”, “HDA tratamento” e suas variações e foram selecionados 16 artigos.

Foi dada preferência aos artigos que abordem tratamento da Hemorragia Digestiva Alta segundo *guidelines* e diretrizes de sociedades médicas. Também foram incluídos artigos que abordem tratamentos alternativos aos convencionais que representem alterações importantes na morbimortalidade dos pacientes. Além disso, foram revisados artigos que explorem a definição da HDA e escores para diagnóstico, estadiamento e conduta. Por outro lado, artigos que fossem revisões de

caso ou estudos interpretativos com baixo valor epidemiológico foram excluídos. Ademais, artigos anteriores ao ano de 2016 só estiveram presentes caso representassem papel fundamental na discussão que o presente artigo buscou promover ao longo de seu texto.

REVISÃO BIBLIOGRÀFICA

A HDA é uma condição comum com incidência de 48 a 160 casos por 100 mil habitantes, que ocorre 2 vezes mais em homens, aumenta com a idade e em locais com baixa condição socioeconômica. É responsável por 1 internação a cada 10.000 adultos por ano e a sua mortalidade varia de 10 a 14%. Em relação à etiologia, mais de 90% dos casos são provocados por ruptura de varizes esofagogástricas. Além disso, cerca de 20% estão relacionados à hipertensão portal. Dos 80% que não se relacionam a ela, as causas mais prevalentes são: doença ulcerosa péptica e síndrome de Mallory-Weiss (MARTINS; NETO; VELASCO, 2017).

A sintomatologia, geralmente, é típica. O principal indício é a história de hematêmese ou melena atuais ou prévias, porém 10% dos casos se manifestam com enterorragia. A dor abdominal também é um sintoma clássico. A presença de sangramento franco vivo sugere um quadro grave, enquanto a presença de sangramento em “borra de café” (melenêmese), sugere sangramento limitado. É importante investigar os fatores de risco, como uso de medicamentos (especialmente AINES e anticoagulantes), etilismo, dispepsia ou doença ulcerosa péptica, doença renal e/ou hepática, diagnóstico ou suspeita de neoplasia no trato gastrointestinal (MARTINS; NETO; VELASCO, 2017).

Na história clínica, deve-se questionar episódios prévios de hemorragia digestiva alta (HDA), como hematêmese, melena ou enterorragia e fatores que são mais preditivos para a classificação de risco, bem como, o histórico de. Os principais fatores preditivos de risco incluem idade avançada, comorbidades, instabilidade hemodinâmica, taquicardia, e hemoglobina menor que 8g/dl (MARTINS, 2019).

Os exames laboratoriais incluem hemograma completo, bioquímica sérica, testes hepáticos, bilirrubina total e frações, estudos de coagulação. Avaliação renal, haja vista que o nível de ureia e creatinina, se estiverem elevadas, há uma menor

probabilidade de sangramento do trato superior. Além disso, eletrocardiogramas seriados e enzimas cardíacas são importantes para pacientes idosos com história de doença arterial coronariana ou com dor torácica ou dispneia, devido a associação ao infarto (MARTINS, 2019).

A abordagem diagnóstica envolve métodos como a endoscopia digestiva alta, a colonoscopia óptica, a cápsula endoscópica, a cintilografia, a angiografia digital e a tomografia computadorizada (TC) mais recentemente configurada com múltiplos detectores (TCMD). A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é o método mais sensível e específico no diagnóstico da HDA e é considerado o exame prioritário nesta condição, e se possível, deve ser realizada dentro de 24 horas com o doente hemodinamicamente estável (MARTINS, 2019).

A angiotomografia, pela sua rapidez, ampla disponibilidade e baixa invasividade é uma alternativa no diagnóstico em casos de limitações de outros exames, como hemorragia maciça, indisponibilidade e contraindicações de procedimentos invasivos. É capaz de determinar o local e causa do sangramento com alta acurácia, bem como orientar o tratamento (REIS, 2013).

Os pacientes com hemorragia digestiva alta podem ser estratificados utilizando escalas prognósticas, em que as principais são de Rockall, Glasgow-Blatchford e AIMS65. O escore de Glasgow-Blatchford é usado para estratificar o risco de intervenção e taxa de mortalidade nos pacientes, e usa parâmetros de ureia, hemoglobina, pressão arterial sistólica, pulso, se há melena ao exame, síncope, hepatopatia e insuficiência cardíaca**.** O desempenho da ferramenta Glasgow Blatchford com o uso de um valor de corte de ≤ 1 ponto para descartar pacientes com alto risco de intervenção hospitalar ou morte mostra que ela pode ser usada para ajudar a identificar os pacientes que podem ser adequados para a alta do pronto-socorro com acompanhamento ambulatorial ao invés de internação. Pacientes com pontuação maior que 1 representam alto risco de intervenção e morte (STANLEY, 2017).

O escore de prognóstico de Rockall é fácil de calcular na prática diária, devendo-se avaliar cinco variáveis e somar as pontuações para levar a uma escala de risco (idade, estado hemodinâmico, doenças associadas, diagnóstico e sinais de hemorragia recente). A vantagem deste escore é que permite diferenciar claramente

dois grupos de pacientes: aqueles que apresentam incidência de recidiva inferior a 5% e mortalidade de 0,1%, e para os quais se sugere alta precoce e tratamento ambulatorial; e os pacientes de alto risco, com taxas de ressangramento de até 37% e mortalidade de 22% (GIORDANO, 2008). A escala AIMS65 foi criada com o objetivo de prever a mortalidade intra-hospitalar, a duração de internação e o custo, através da utilização de variáveis clínicas e laboratoriais (Albumina, INR, estado mental, pressão sistólica e idade. Cada variável conta 1 ponto na escala, e pontuação entre 0 e 1 significa baixo risco de mortalidade, e pontuação maior ou igual a 2 sugere alto risco de mortalidade (AGUILAR, 2015).

No primeiro contato com o paciente, deve-se atentar quanto à reposição volêmica, controle do sangramento com fármacos e/ou endoscopia e o controle de infecções. Aqueles que se encontram em instabilidade hemodinâmica, devem ser internados em unidades de terapia intensiva, as quais proporcionam melhores maneiras de reanimações, sendo uma delas um acesso venoso de grosso calibre, com reposição volêmica com cristaloides e suporte com hemoconcentrados. A quantidade segue o grau de instabilidade de cada paciente (FRANCO *et al*., 2015).

Em relação aos casos de sangramentos ativos, a infusão de *ringer* lactato ou *ringer* simples deve ser por via endovenosa, enquanto há análise de hemotransfusão. Se não houver melhora, pode-se associar algum vasopressor, porém sempre analisando a monitorização cardíaca (eletrocardiográfica e pressão arterial) do paciente. Quanto ao tratamento farmacológico, sugere-se uma terapia empírica no início de IBP (inibidor de bomba de prótons) por via intravenosa (omeprazol 40mg IV duas vezes ao dia após um bolus prévio de 80 mg IV), podendo-se continuar até a confirmação do sangramento (FONSECA *et al*., 2014).

O uso da endoscopia associado aos inibidores de bomba de prótons é fundamental no manejo do paciente portador de HDA. A endoscopia é diferente nas duas origens da HDA. Na origem varicosa, é importante que a endoscopia seja realizada nas primeiras 24 horas, enquanto na origem não varicosa, aconselha-se que seja realizada nas primeiras 12 horas (SOLIS, 2016).

Faz-se necessário o acompanhamento periódico dos pacientes que tiveram um quadro de hemorragia digestiva, principalmente nos casos causados por patologias crônicas como as varizes esofagianas causadas primariamente pela cirrose hepática

e consequente hipertensão portal. É válido a revisão clínica e laboratorial através da endoscopia digestiva alta nos pacientes diagnosticados com ulceras gástricas e ou duodenais, gastrite e esofagite, para reafirmação da completa resolução das lesões na mucosa gástrica e esofágica.

CONCLUSÕES

Consoante ao dito ao longo do trabalho, conclui-se que a Hemorragia Digestiva Alta é uma doença de grande incidência e prevalência na prática clínica, sendo necessário que o médico, inclusive os generalistas, saiba diagnosticar e manejar tal quadro. Em relação ao diagnóstico inicial do paciente, cabe salientar a importância de um bom exame físico associado a uma anamnese focada na sintomatologia apresentada e no uso correto dos exames complementares. Acerca dos escores e índices mais utilizados, cita-se as escalas de Forrest, de Rockall, de Glasgow-Blatchford e AIMS65 como de grande valia no diagnóstico e/ou seguimento do paciente.

Em relação ao tratamento e seguimento, conclui-se que é fundamental o manejo sintomático eficiente e o controle hemorrágico, cabendo ao clínico saber realizar o tratamento medicamentoso e saber discernir sobre quando o especialista será necessário e medidas intervencionistas eficazes. Seguindo por essa vertente, é imprescindível relatar o papel diagnóstico e de tratamento da Endoscopia Digestiva Alta, que, quando disponível e feita de maneira correta, apresenta um alto valor de estadiamento e controle sintomatológico do doente. Também, é necessário relatar a importância da angiotomografia quando disponível na rede como método diagnóstico, principalmente quando a EDA não é indicada. Ademais, é fundamental o seguimento em longo prazo dos pacientes, principalmente naqueles casos que a HDA foi causada por alguma doença crônica, haja visto que o tratamento e controle de tais doenças pode reduzir a incidência de hemorragias digestivas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGUILAR SANCHEZ, Víctor et al .Validación del score AIMS65 para hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Cayetano Heredia**. Rev. gastroenterol**. Perú**,** Lima , v. 35, n. 4, p. 323-328, oct. 2015.

FRANCO MC, NAKAO FS, RODRIGUES R, MALUF-FILHO F, PAULO GA, LIBERA ED. Proposal of a clinical care pathway for the management of acute upper gastrointestinal bleeding. **Arq Gastroenterol**. 2015 dez;52(4):283-92.

FONSECA J, MEIRA T, NUNES A, SANTOS CA. Bleeding and starving: fasting and delayed refeeding after upper gastrointestinal bleeding. **Arq Gastroenterol**. 2014 jun;51(2):128-32.

GIORDANO Nappi, José e MALUF FILHO, Fauze. Aspectos endoscópicos no manejo da úlcera péptica gastroduodenal. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]**. 2008, v. 35, n. 2 [Acessado 31 Maio 2021] , pp. 124-131.

LUCIANO, Paula Menezes. **Hemorragia Digestiva Alta**. [S. l.], 23 maio 2016.

MARTINS, Angelica Arêa Leão *et al*. Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. Diagnóstico e tratamento da hemorragia digestiva alta, Faculdade Metropolitana da Amazônia – FAMAZ, Belém, PA, Brasil1 Faculdade Metropolitana da Amazônia – FAMAZ, Belém, PA, Brasil, ano 2019, v. 03(02), n. 07, 2 maio 2019. **Pará Research Medical Journal**, p. 1-7.

MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antonio Brandão; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergências: abordagem prática. –11. ed. rev. e atual. — Barueri, SP: Manole, 2017.

REIS, Fatima Regina Silva. Angiotomografia abdominal no paciente com sangramento gastrointestinal ativo. 2013. 31 f**.** Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2013.

SOLIS SME. Utilidad de la videoendoscopia alta en el manejo y el diagnostico de las hemorragias digestivas. Universidad de guayaquil. Guayaquil: 2016.

STANLEY, Adrian J et al. **"**Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study**." BMJ** (Clinicalresearch ed.) vol. 356 i6432. 4 Jan. 2017.