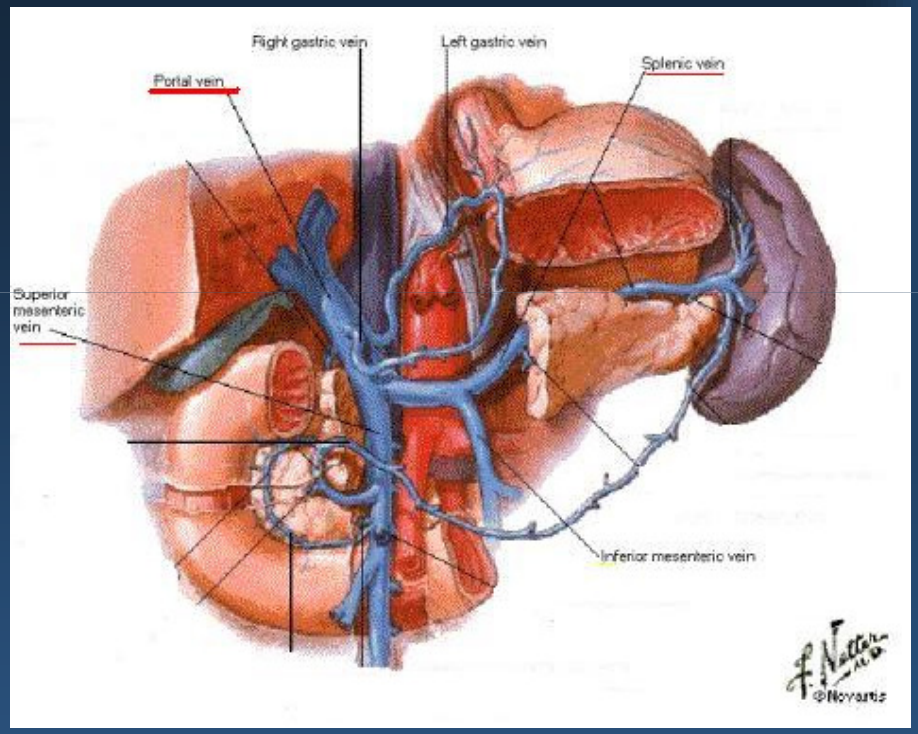
Hemorragia Digestiva Alta por Hipertensão Portal

Felipe Paludo Salles

Sistema Porta

- Fluxo hepático corresponde a 1500 ml/min o que representa 25% do débito cardíaco

- A veia porta contribui com 2/3 deste fluxo , carreia 50% do oxigênio consumido pelo fígado



Fisiopatologia

Princípios hemodinâmicos da hipertensão portal

LEI DE OHM

Δ Pressão = Fluxo x Resistência

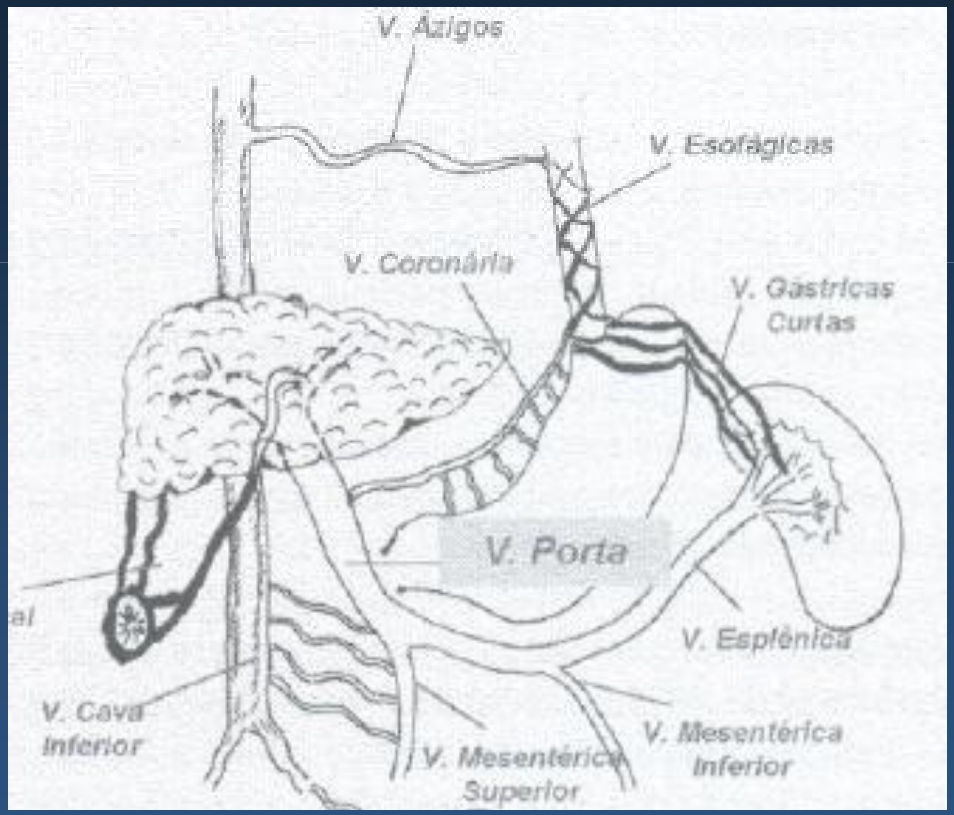
↑ fluxo sangüíneo portal (Q)

↑ resistência ao fluxo portal (R)

ΔP (normal) = 5-10 mmHg
Valores > = hipertensão portal

Aumento da resistência

- Pré- hepático
- Intra- hepático
  - pré-sinusoidal
  - sinusoidal
  - pós-sinusoidal
- Pós- hepático



Fisiopatologia

Vasodilatação arteriolar esplâncnica

↑ INFLUXO VENOSO PORTAL

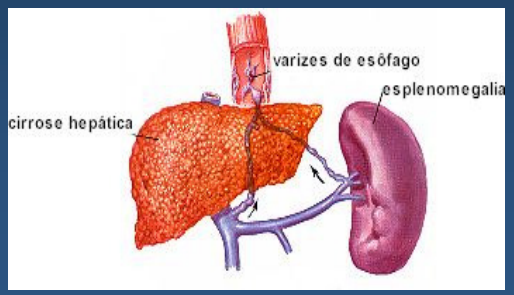
↑ Tônus vascular intra-hepático

Distorção arquitetural hepática

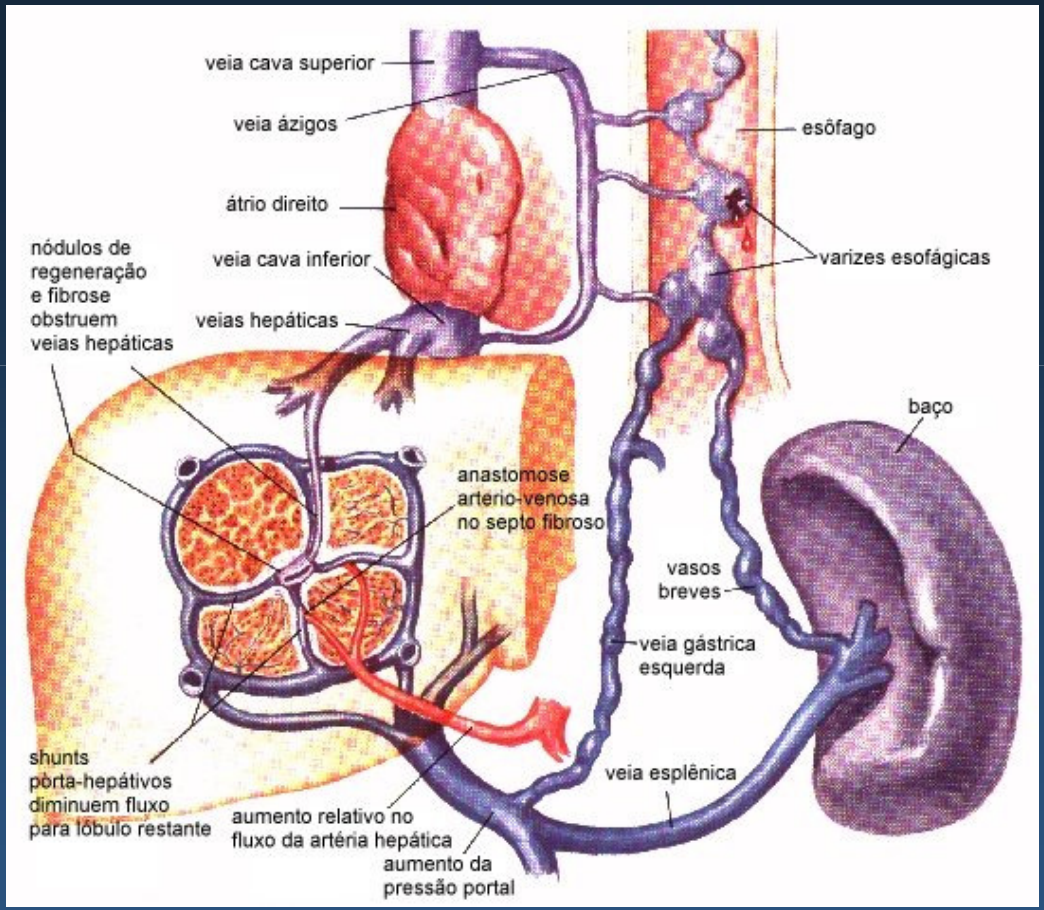
↑ RESISTÊNCIA VASCULAR HEPÁTICA

HIPERTENSÃO PORTAL

Tentativa de descompressão do sistema portal pela formação de colaterais



Consequências passíveis de sangramento



- Varizes de esôfago
- Varizes gástricas
- Gastropatia Hipertensiva

Varizes de esôfago

São dilatações reversíveis do plexo venoso submucoso que ocorrem nos pacientes portadores de hipertensão portal

Varizes de esôfago

- Risco médio de pacientes cirróticos evoluírem com ruptura de varizes esofagogástricas situa-se em torno de 30%

- Média de mortalidade já no primeiro episódio situa-se entre 30 e 50%. Relaciona-se esta evolução à reserva funcional parenquimatosa do fígado

- Na ausência de tratamento, mais de 60% dos que sobrevivem apresentam sangramento recorrente

- Com EDA e drogas vasoativas, 75% dos casos são controlados e a mortalidade cai para 20%

Varizes de esôfago

ETIOLOGIA DO SANGRAMENTO DIGESTIVO ALTO NOS PACIENTES CIRRÓTICOS

Varizes de esofágicas	60-65%
Varizes gástricas	7%
Gastropatia congestiva	5-8%
Úlcera péptica	5%
Causa indeterminada	10-15%

Varizes de esôfago

Fatores de risco de ruptura

- Função hepática (Child C e Ascite)

- Ingestão continuada de álcool

- Parâmetros endoscópicos
    - calibre, cor, manchas em aspecto de cereja, hematocísticas, esofagite

Varizes de esôfago

Diagnóstico

Todo paciente cirrótico deve ir à EDA :

Se varizes de médio ou grosso calibre: prevenção primária

Se nenhuma variz for encontrada: repetir em intervalos de 2-3 anos

Varizes de esôfago

Profilaxia primária

Varizes de grosso e médio calibre (fino calibre, pode ser considerado)

- B-bloqueador não seletivo

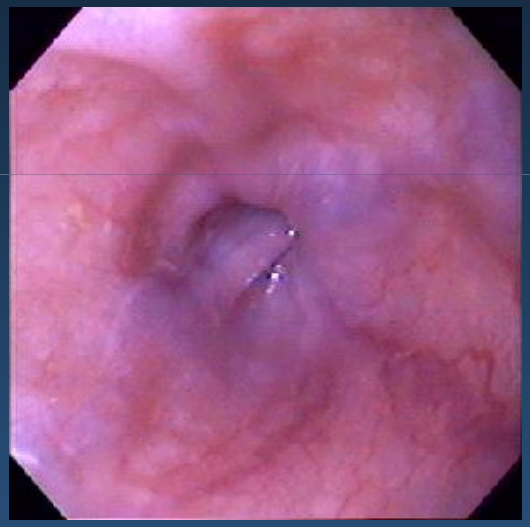
Pacientes com contra-indicações ou efeitos colaterais: ligadura elástica

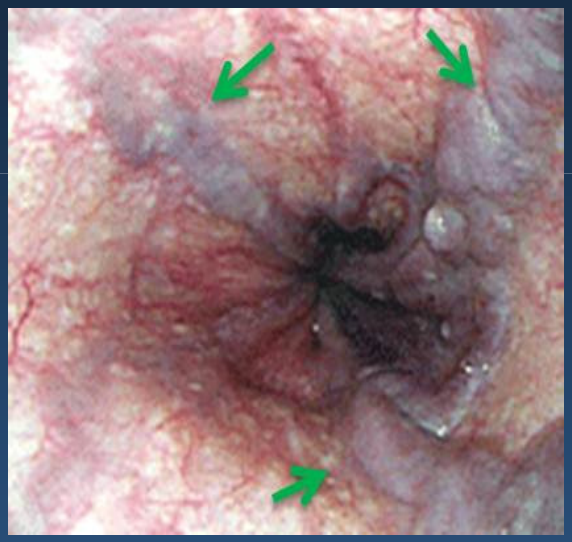
CI: ICC, DPOC, BAV, doença valvar aórtica e DM insulinodependente

EC: broncoespasmo, bradicardia, fadiga, hipotensão, distúrbios do sono e impotência

Varizes de esôfago

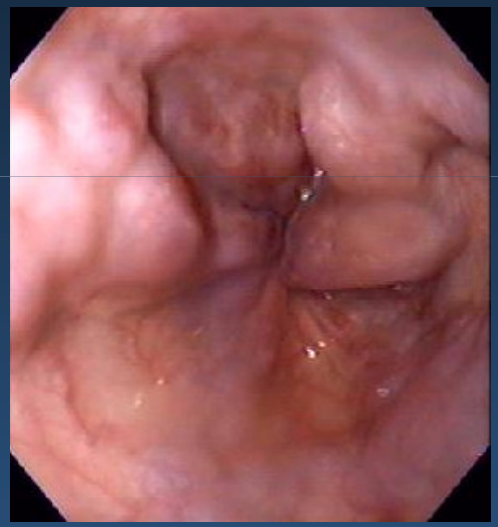
Fino calibre





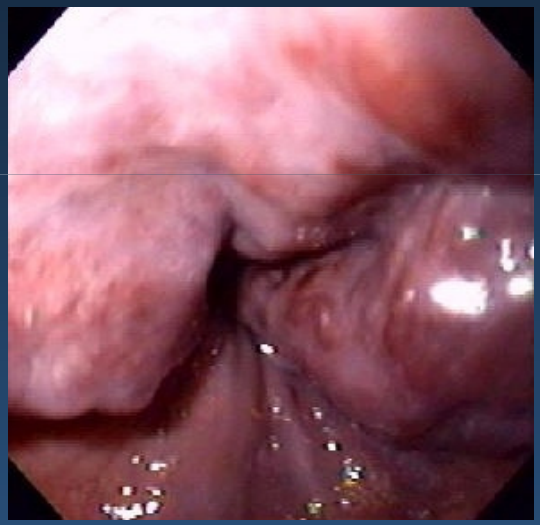
Varizes de esôfago

Médio calibre



Varizes de esôfago

Grosso calibre



Varizes gástricas

- Presente em 20% dos pacientes com hipertensão portal, isoladas ou associadas a varizes esofágicas.

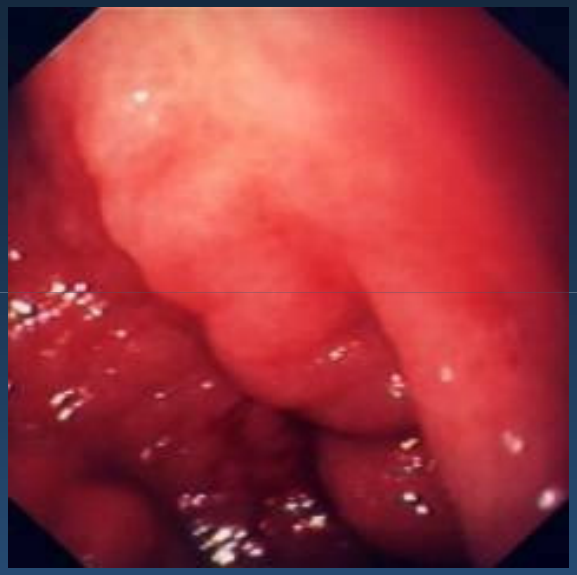
- Menos prevalentes que as esofágicas.

- Menor prevalência de sangramento

- Sangramento é de maior volume e mais dificil de controlar, possui maior mortalidade.

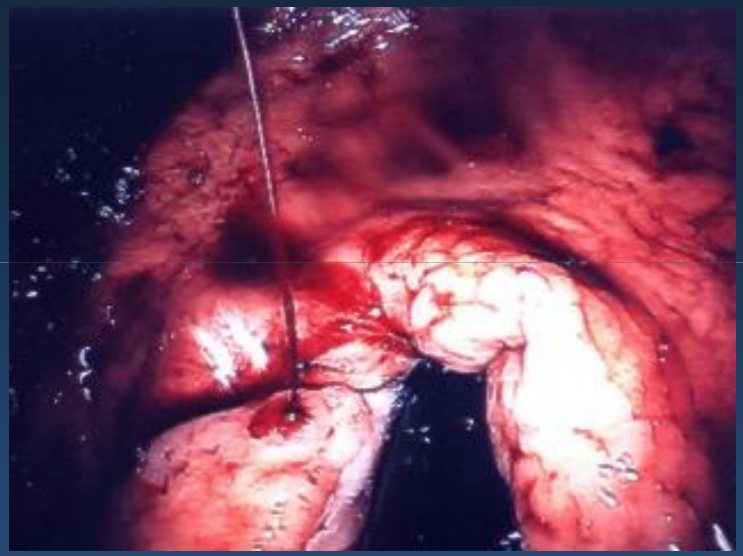
Varizes gástricas

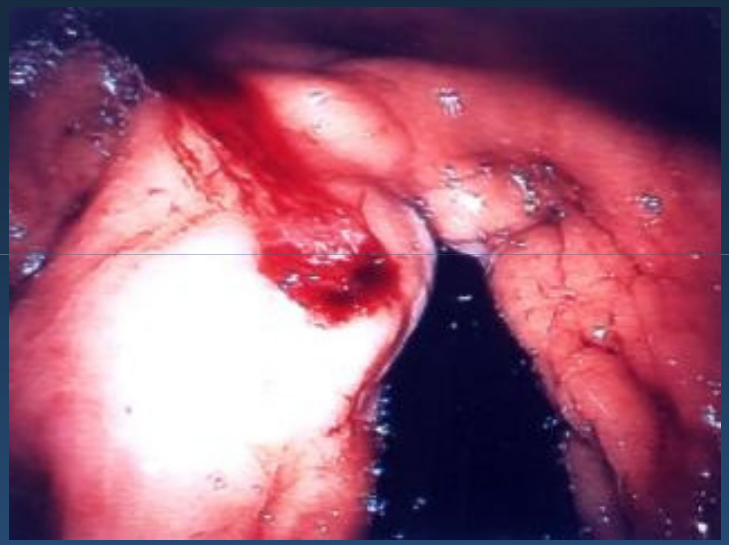
Fundo gástrico



Antro gástrico

Varizes gástricas



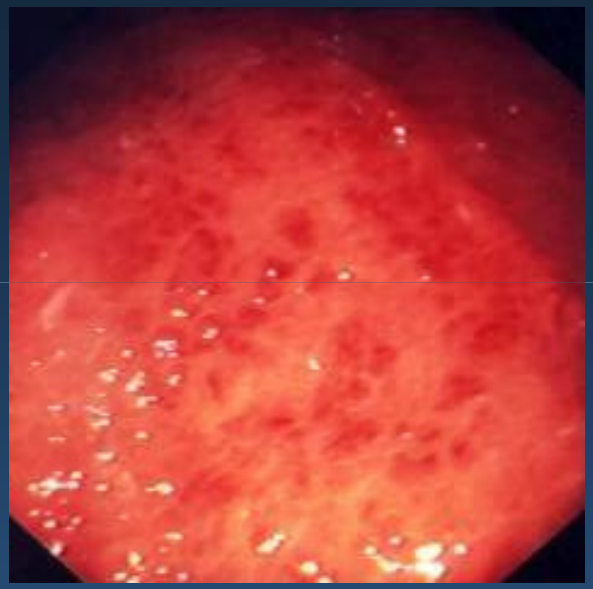


Gastropatia Hipertensiva

Definição

Mucosa gástrica mostra um padrão em mosaico com em pacientes com hipertensão portal cirrótica ou não cirrótica.

Gastropatia Hipertensiva



Gastropatia Hipertensiva

Características adicionais

- sangramento: raro e pequeno

- sangra menos que varizes e mortalidade é mais baixa

- se correlaciona com hipertensão portal embora não haja correlação linear com a severidade da disfunção hepática

Gastropatia Hipertensiva

Hemorragia difusa

Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension

Roberto de Franchis*, On behalf of the Baveno V Faculty [1]

Department of Medical Sciences, University of Milan, Head, Gastroenterology 3 Unit, IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Foundation, Milan, Italy

HDA varicosa

Pacientes com HDA requerem hospitalização e EDA urgente

1- Estabilização hemodinâmica

2- Prevenção e tratamento das complicações

3- Controle da hemorragia

4- Prevenção da recorrência precoce

HDA varicosa

Estabilização hemodinâmica

- Reposição volêmica conservadora e sangue (Hb ≈ 7 g/dL) (1b;A)
- Não há dados quanto ao manejo da coagulopatia e plaquetopenia
- Hb/Ht: 6/6h nos primeiros 2 dias → 12/12h, 3-5 dias
- Fatores de mau prognóstico: classificação de Child-Pugh, sangramento ativo na EDA, insuficiência renal, infecção, trombose de porta, hepatocarcinoma

HDA varicosa

Prevenção e tratamento das complicações

- Antibióticos

20 % estão infectados na admissão
50% desenvolverão infecção
↓ taxas de infecção 45% para 14%
↓ mortalidade 48% para 15%
↓ da recorrência do sangramento 44% para 10%

Droga de escolha:

Ceftriaxone EV ou Quinolona oral

↓ MORTALIDADE

HDA varicosa

Antibiotic Prophylaxis Using Third Generation Cephalosporins Can Reduce the Risk of Early Rebleeding in the First Acute Gastroesophageal Variceal Hemorrhage: A Prospective Randomized Study

C.-H. Jun, C.-H. Park, W.-S. Lee, *et al.*

J Korean Med Sci 2006; 21: 883-90
ISSN 1011-8934

HDA varicosa

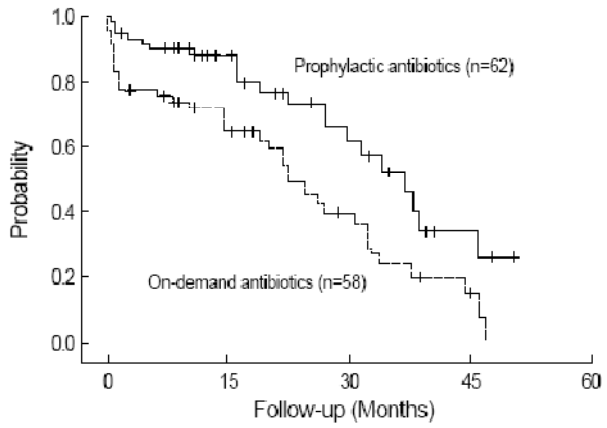


Fig. 1. Actuarial probability of remaining free of rebleeding in the patients in terms of prophylactic and on-demand antibiotics use. The difference between the groups was statistically significant (p=0.0035 by log-rank test).

The actuarial rebleeding rate in the prophylactic group was significantly lower than that in the on-demand group (33.9% vs. 62.1%, p=0.004).

The difference of rebleeding rate was mostly due to early rebleeding within 6 weeks (4.8% vs. 20.7%, p=0.012).

In conclusion, antibiotic prophylaxis using third generation cephalosporins can prevent bacterial infection and early rebleeding in patients with the first acute GEVB

HDA varicosa

Controle do Sangramento

- EDA assim que possível (em até 12 horas)

- Usar drogas vasoativas antes do diagnóstico endoscópico (1b;A)

  Terlipressina, somatostatina, octreotide, vapreotide: 2-5 dias (1a; A)

HDA varicosa

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Vantagens:

- Facilita a EDA
- Melhora o controle do sangramento
- Melhora os resultados do tratamento endoscópico
- Diminui o ressangramento em 5 dias
- Podem ser administrados precocemente, antes da endoscopia
- Sua administração não requer profissional especializado

HDA varicosa

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Vasopressina: Seus significantes efeitos colaterais (isquemia miocárdica, isquemia periférica, HAS, retenção de fluido, etc) faz com que a droga só possa ser administrada com uso combinado de nitroglicerina. Caiu em desuso.

Terlipressina: Análogo relativamente inerte da vasopressina, com uma longa biodisponibilidade que permite com que não haja necessidade de sua administração em BIC. A terlipressina é o único agente farmacológico que demonstrou em trials melhorar a sobrevida dos pacientes com sangramento ativo.

Bolus de 2 mg EV + 1 mg EV de 4/4 horas

HDA varicosa

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Somatostatina: Necessita de administração em BIC. Pára a hemorragia em mais de 80 % dos casos e é considerado equivalente à vasopressina, terlipressina e terapia endoscópica para cessar a hemorragia.

Bolus de 250 Mcg EV + 250 Mcg / hora EV em BIC

Octreotide: Análogo sintético da somatostatina. Apesar de seu uso subcutâneo em diversas situações clínicas, na HDA sua eficácia só é comprovada pela infusão EV contínua.

Bolus de 50 Mcg EV + 50 Mcg / hora EV

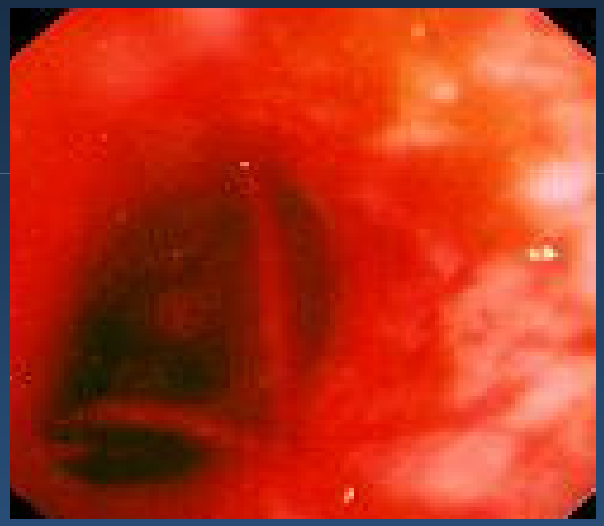
HDA varicosa

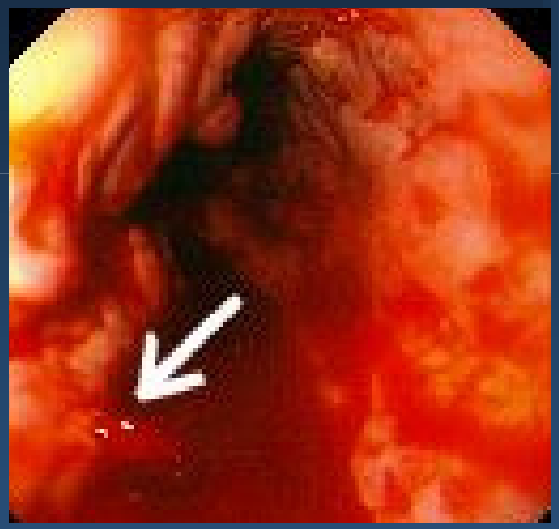
Tratamento endoscópico

- Todos os casos de HDA (1a; A)
- Ligadura (de escolha) ou escleroterapia (1b; A)
- Varizes gástricas: cianoacrilato (1b; A)
- Associação com drogas vasoativas melhora os resultados, preferencialmente iniciadas antes da EDA (1a; A)

HDA varicosa

Endoscopia





HDA varicosa

Escleroterapia

- Cessa sangramento em 80 a 90 % dos casos
- Reduz o risco de ressangramento precoce
- Aumenta a sobrevida

Tem 30% de recidiva da HDA nas primeiras 24 a 72h.

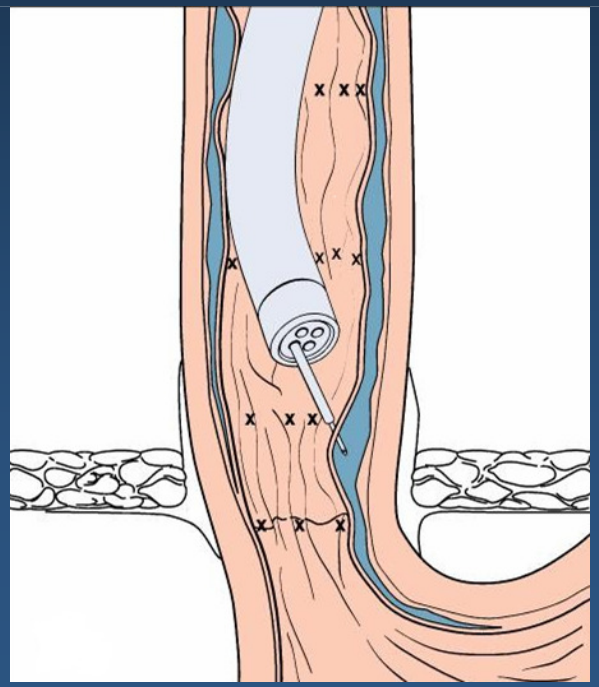
Taxa de complicações atingem 10 a 30 % e de mortalidade de 0,5 a 2 %.

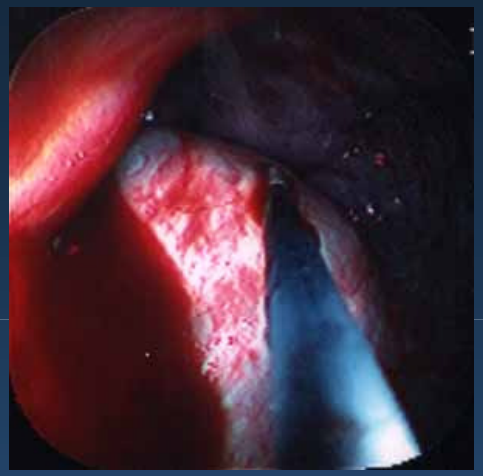
HDA varicosa

Escleroterapia

Técnica:

Injeção intravasal de etanolamina 3%





HDA varicosa

Ligadura elástica

Mesma eficácia da escleroterapia para controle

< ressangramento

< nº de complicações quando comparado a escleroterapia

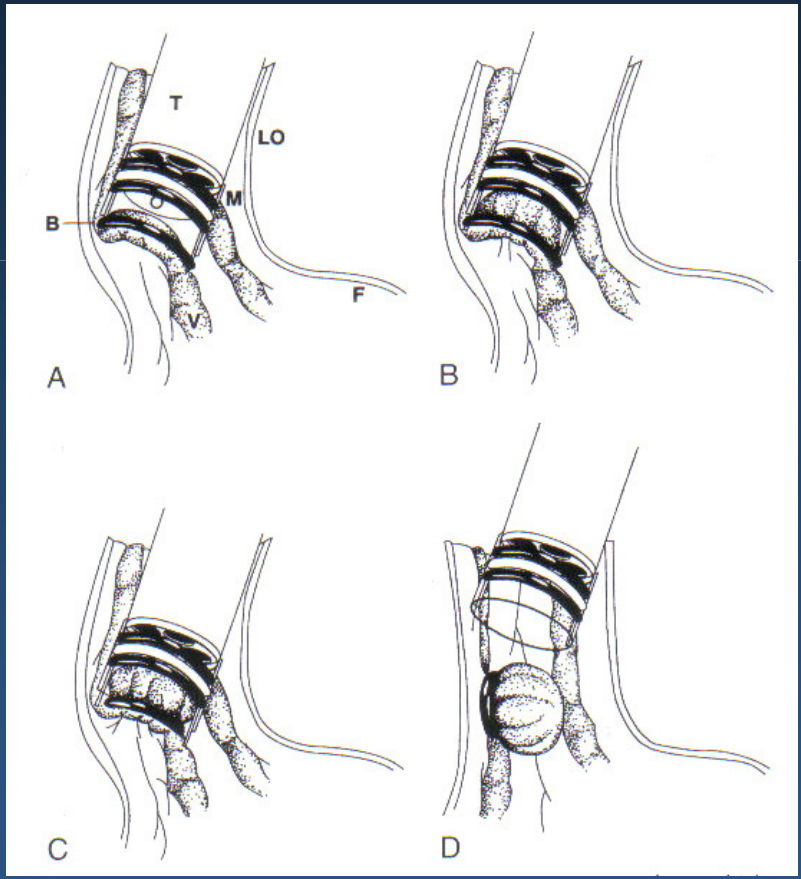
< mortalidade

HDA varicosa

Ligadura elástica

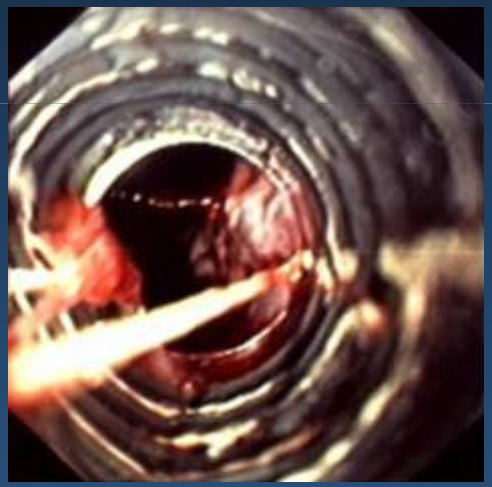
- Aproximação da ponta do endoscópio até pleno contato com a variz
- Sucção da variz esofágica para dentro do cilindro
- Tração do fio de náilon até liberação da banda elástica
- Estrangulamento da variz pela banda elástica

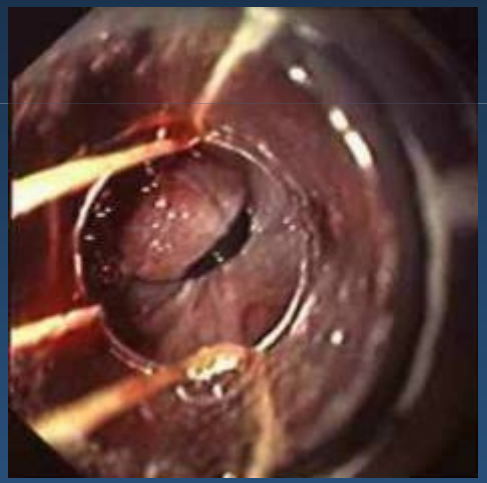
* pode ser difícil visualizar o ponto de ruptura na vigência de sangramento

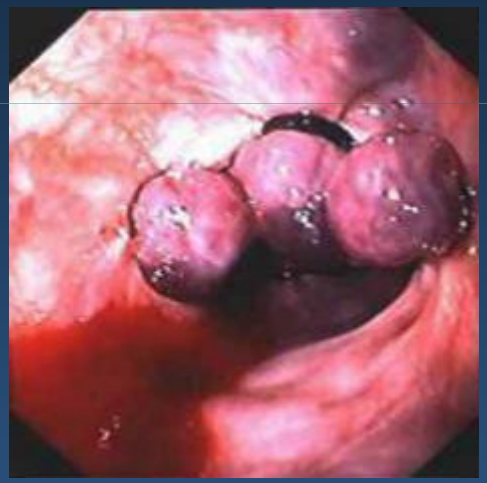


HDA varicosa

Ligadura elástica







HDA varicosa

Ligadura elástica x escleroterapia:

- Eficácia semelhante na hemostasia aguda
- Menores taxas de complicações (úlcera e estenose)
- Maior rapidez na erradicação das varizes
- Menor percentual de recidiva de sangramento
- Maior taxa de recidiva das varizes
- Maior dificuldade técnica no sangramento ativo

HDA varicosa

Obliteração de Varizes Gástricas

1 - Injeção de cianoacrilato (Histoacryl)

2 - Solidificação ou trombose das varizes

3 - Ulceração posterior (6 semanas)

HDA varicosa

Tratamento do sangramento agudo

10-20% não respondem as terapias habituais

Opções :

1- Nova tentativa endoscópica

2- Tamponamento por balão

3- Cirurgia

4- TIPS

HDA varicosa

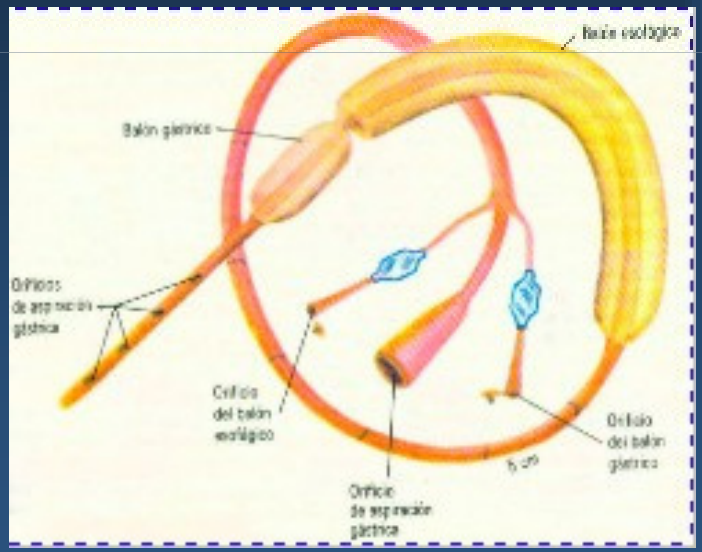
Tamponamento por balão

- Medida eficaz (90%) para hemostasia temporária

- Controle da HDA por compressão das varizes

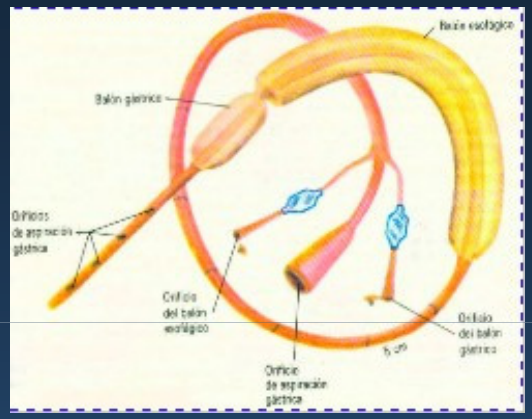
- Alto risco de aspiração e
de ressangramento à desinsuflação

- Balão de Sengstaken-Blakemore
é um balão de 3 lúmens, sendo o mais usado.



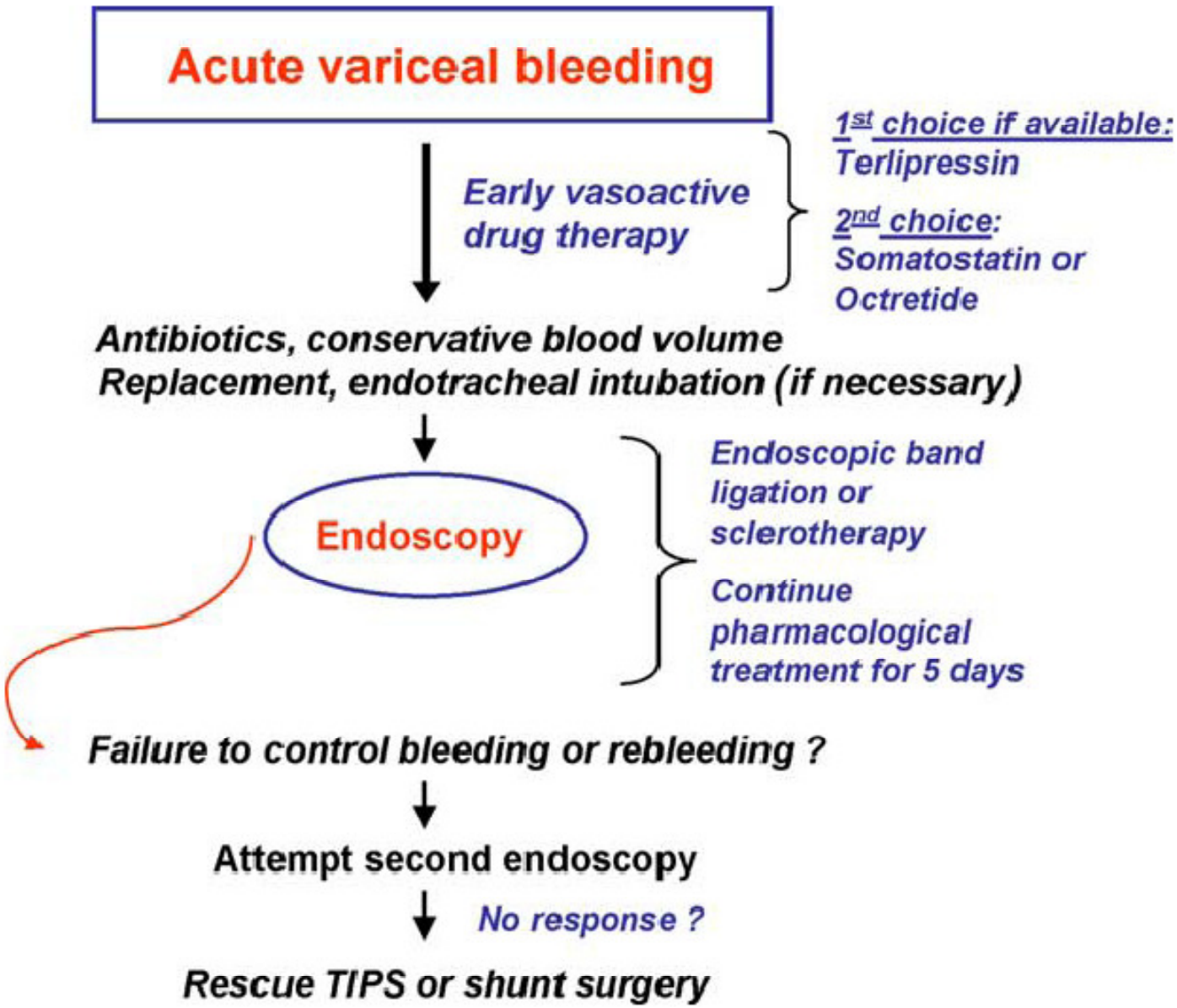
HDA varicosa

Tamponamento por balão



- Introdução por via nasal.
- Insuflação de 100-200ml de ar no balão gástrico.
- Tração e fixação nasal da sonda.
- Insuflação de 30 a 40mmHg no balão esofágico
- Após 6 a 12h: desinsuflação do balão e remoção da sonda

- Atualmente é usado apenas para prover estabilização temporária até que se adote medida mais definitiva (cirurgia ou TIPS)


Acute variceal bleeding
Early vasoactive drug therapy
1st choice if available:
Terlipressin
2nd choice:
Somatostatin or Octretide
Antibiotics, conservative blood volume Replacement, endotracheal intubation (if necessary)
Endoscopy
Endoscopic band ligation or sclerotherapy
Continue pharmacological treatment for 5 days
Failure to control bleeding or rebleeding ?
Attempt second endoscopy
No response ?
Rescue TIPS or shunt surgery

Obrigado !!!