

# 1º Consenso de Hemorragia Digestiva Alta Varicosa

## Principais Recomendações do Relatório.

Nas últimas duas décadas, tem sido observada redução importante na mortalidade associada ao primeiro episódio de sangramento varicoso, atribuída à melhoria na assistência ao paciente cirrótico e à abordagem multidisciplinar do paciente com hemorragia digestiva alta varicosa. Visando estabelecer recomendações práticas para o manejo dessa complicação, a Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) realizou, em maio de 2009 na cidade de Salvador, a primeira reunião de consenso para elaboração de documento a ser utilizado como orientação de conduta médica. Disponibilizamos aqui um resumo das principais recomendações do Consenso, que será publicado em breve na revista Arquivos de Gastroenterologia.

No Consenso foram priorizados os aspectos concernentes ao diagnóstico, à terapêutica e aos aspectos preventivos, divididos em quatro blocos dos temas:

- Módulo I: Rastreamento de varizes e prevenção do primeiro sangramento varicoso.
- Módulo II: Tratamento de urgência do sangramento varicoso.
- Módulo III: Profilaxia secundária.

### **MÓDULO I: RASTREAMENTO DE VARIZES E PREVENÇÃO DO PRIMEIRO SANGRAMENTO VARICOSO**

#### **Tópico I: Rastreamento de varizes de esôfago no paciente com hipertensão portal**

Recomendações:

- 1) O rastreamento de varizes de esôfago deve ser realizado em todo paciente cirrótico no momento do diagnóstico independentemente do grau de comprometimento da função hepática.
- 2) O melhor método para o rastreamento é a endoscopia digestiva alta.
- 3) Na avaliação endoscópica, deve-se classificar o tamanho das varizes esofágicas em fino, médio e grosso, devendo-se também descrever presença de sinais vermelhos.
- 4) Pacientes classificados como Child-Pugh A que não tenham varizes na primeira endoscopia deverão realizar rastreamento a cada dois anos.
- 5) Pacientes Child-Pugh B ou C que não tenham varizes na primeira endoscopia devem ter seguimento endoscópico anual.
- 6) Pacientes com varizes finas, não submetidos a nenhum tratamento profilático, deverão realizar o rastreamento de forma anual, independente da gravidade de sua hepatopatia.

#### **Tópico II: Profilaxia pré-primária: qual a evidência de eficácia?**

Recomendações:

- 1) O conceito de profilaxia primária adotado foi aquele relacionado ao emprego de medidas para evitar o surgimento de varizes esofagianas em pacientes com hipertensão portal.
- 2) Profilaxia pré-primária de acordo com o conceito acima estabelecido não pode ser indicada pela evidência de ausência de benefício clínico.

#### **Tópico III: Indicação de profilaxia do primeiro sangramento varicoso; quais são as evidências?**

Recomendações:

- 1) Pacientes com varizes de fino calibre com doença hepática avançada Child-Pugh B ou C ou com sinais vermelhos nas varizes têm maior risco de sangramento e devem ser submetidos à profilaxia primária.
- 2) Pacientes com varizes de fino calibre Child-Pugh A e sem sinais vermelhos nas varizes podem se beneficiar de profilaxia primária, mas não existem evidências conclusivas para sua indicação.

3) Pacientes com varizes de médio e grosso calibre devem ser submetidos à profilaxia primária independentemente da presença de doença avançada (Child-Pugh B ou C) ou presença de sinais vermelhos nas varizes.

#### **Tópico IV: Qual a melhor estratégia terapêutica para profilaxia primária ?**

Recomendações:

1) Deve-se instituir profilaxia primária com beta bloqueadores não seletivos (BBNS) ou ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE) em pacientes com cirrose hepática e varizes de médio ou grosso calibre com alto risco de sangramento (Child B ou C e sinais vermelhos nas varizes).

2) Deve-se instituir profilaxia primária preferencialmente com BBNS em pacientes com cirrose hepática e varizes de médio ou grosso calibre sem alto risco de sangramento (Child A e ausência de sinais vermelhos nas varizes). O emprego de LEVE está indicado como primeira opção em cirróticos não aderentes, intolerantes ou com contraindicações aos BBNS.

3) Deve-se instituir profilaxia primária com BBNS em pacientes com cirrose hepática e varizes de fino calibre com alto risco de sangramento (Child B ou C e sinais vermelhos nas varizes).

4) Profilaxia primária com BBNS pode ser considerada em pacientes com cirrose hepática e varizes de fino calibre sem alto risco de sangramento (Child A e ausência de sinais vermelhos nas varizes), mas seu uso deve ser individualizado diante da ausência de evidências de maior benefício.

## **MÓDULO II: TRATAMENTO DE URGÊNCIA DO SANGRAMENTO VARICOSO**

### **Tópico I: Abordagem inicial do paciente com hemorragia digestiva alta varicosa**

Recomendações:

1) O manejo do paciente com HDAV deve ser conduzido preferencialmente em unidade de terapia intensiva.

2) A ressuscitação volêmica deve ser criteriosa, mantendo hipovolemia relativa, almejando níveis de PAS entre 90-100mmHg e frequência cardíaca menor que 100 bpm.

3) A proteção de via aérea é mandatória em pacientes com diminuição do nível de consciência e hematêmese maciça e naqueles que necessitam uso de balão de Sengstaken-Blakemore.

4) O uso do balão de Sengstaken-Blakemore deve ser restrito aos casos de hemorragia maciça com instabilidade hemodinâmica não responsiva a volume, sendo considerado como ponte para tratamento definitivo em no máximo 24 horas.

### **Tópico II: Indicações e contraindicações do uso de sangue e hemoderivados**

Recomendações:

1) Deve-se ter como alvo valores de hemoglobina entre 7 – 9 g/dl em pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa (HDAV) a depender da presença de co-morbidades, sangramento ativo, idade e estado hemodinâmico.

### **Tópico III: Tratamento farmacológico na urgência. Quais as evidências de eficácia?**

Recomendações:

1) Deve-se iniciar o emprego de vasoconstrictores esplâncnicos o mais precocemente possível em pacientes sob suspeita de hemorragia varicosa, antes mesmo da realização de exame endoscópico.

2) Pode-se empregar terlipressina, somatostatina ou octreotida, devendo-se levar em consideração na escolha desses agentes seu perfil de eficácia, tolerabilidade, custo e segurança. Devido ao seu impacto na sobrevivência de pacientes com sangramento varicoso, a terlipressina deve ser considerada como agente de escolha, mas seu uso deve ser desaconselhado em pacientes com insuficiência coronariana, insuficiência vascular periférica e hipertensão arterial não controlada. Não se deve mais empregar vasopressina associada a nitratos como tratamento farmacológico para sangramento varicoso.

3) O uso dessas drogas deve ser estendido por 2 a 5 dias. O seu emprego por 5 dias pode reduzir a frequência de recidiva hemorrágica.

#### **Tópico IV: Tratamento endoscópico na urgência.**

Recomendações:

- 1) Deve-se realizar endoscopia digestiva alta idealmente dentro das primeiras 12 h de sangramento em todo paciente com HDAV.
- 2) A proteção de via aérea é recomendada na presença de sangramento maciço, encefalopatia hepática graus III e IV e insuficiência respiratória.
- 3) A hemostasia endoscópica com LEVE deve ser realizada em todo paciente com sangramento varicoso, optando-se pela escleroterapia apenas nos casos de indisponibilidade ou impossibilidade técnica de realização de LEVE.
- 4) O tratamento combinado farmacológico e endoscópico é superior a cada uma das modalidades terapêuticas, devendo o tratamento farmacológico preceder o endoscópico.

#### **Tópico V: Prevenção e manejo das complicações: infecções, encefalopatia hepática e insuficiência renal.**

Recomendações:

- 1) O emprego de antibioticoprofilaxia deve ser mandatório visando reduzir a frequência de infecções, recorrência de sangramento varicoso e mortalidade.
- 2) Pode-se empregar quinolonas orais (norfloxacino 400 mg duas vezes ao dia) ou cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxone 1 g IV/dia), sendo recomendado período de tratamento de 7 dias. Pacientes com cirrose avançada e/ou instabilidade hemodinâmica devem ser tratados preferencialmente com ceftriaxone intravenosa.
- 3) Com base nas evidências clínicas disponíveis, não se pode recomendar nenhuma medida profilática visando a prevenção de encefalopatia hepática em paciente com HDAV.

### **MÓDULO III: PROFILAXIA SECUNDÁRIA**

#### **Tópico I: Qual a melhor estratégia terapêutica para profilaxia secundária**

Recomendações:

- 1) A combinação de LEVE com BBNS tem se mostrado a melhor atitude terapêutica para profilaxia secundária de sangramento varicoso em cirróticos.
- 2) O uso de BBNS deve ser ajustado à dose máxima tolerada, considerada como a dose imediatamente abaixo daquela capaz de desencadear efeitos colaterais no paciente.
- 3) Os BBNS devem ser utilizados de forma contínua e ininterrupta, uma vez que a suspensão da droga pode induzir aumento rebote da pressão portal com surgimento de hemorragia.
- 4) A LEVE é atitude de primeira linha na profilaxia secundária do sangramento digestivo. A associação de LEVE com escleroterapia não se mostrou mais eficaz do que LEVE isolada.
- 5) Na falência de profilaxia secundária com terapêutica combinada, após uso das drogas vasoativas associadas a tratamento endoscópico, as terapias de resgate mais aceitas são o tamponamento transitório com balão esofágico, a colocação de TIPS e o tratamento cirúrgico da hipertensão portal na indisponibilidade de TIPS.