

12cl.M

CM 012

DANIEL FARACO NETO

RICARDO CESAR BATTISTA DA SILVA

100 ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS EM PACIENTES COM HEMORRAGIA
DIGESTIVA ALTA - ANALISE DO TEMPO DECORRIDO ENTRE
O INICIO DO SANGRAMENTO E A REALIZACAO DO EXAME.

Trabalho apresentado ao departamento
de Clínica Médica do Hospital Univer
sitário (UFSC), na conclusão do segun
do semestre do internato hospitalar
do curso de medicina.

FLORIANÓPOLIS - SC

1989

AGRADECEMOS:

Ao Professor Dr. Waldomiro Dantas, pelo interesse, segurança e dedicação aos seus orientados sempre que solicitado.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CASUÍSTICA E MÉTODOS	2
OBJETIVOS	4
RESULTADOS	5
DISCUSSÃO	11
CONCLUSÕES	21
RÉSUMO	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

O grande avanço e a propagação do uso de endoscopia de fibra óptica permitiu a realização em número cada vez maior de esôfago-gastro-duodenoscopia, um exame que se mostrou de grande valor nos casos de hemorragia digestiva alta, ou seja, aquela cujo sítio sangrante está acima do ângulo de Treitz.

Inicialmente se esperava que o sangramento cessasse para a realização da endoscopia, com o objetivo de não agravar o sangramento ou ter uma previsão diagnóstica diminuída pela presença de sangue no interior do tubo digestivo. Palmer foi o primeiro a afirmar o conceito da endoscopia precoce, como forma de aumentar a precisão diagnóstica do exame, resultado hoje em dia, confirmado por muitos outros autores.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram colhidos, retrospectivamente, dados referentes a 100 pacientes nos quais foi realizada endoscopia digestiva alta no serviço de endoscopia digestiva do Hospital Universitário por apresentarem sinais e/ou sintomas de hemorragia digestiva. Todos os exames foram feitos no período de três anos compreendidos de janeiro de 1986 a dezembro de 1988.

Após obtidos os laudos das endoscopias nos arquivos do serviço de endoscopia digestiva, foram colhidos outros dados nos prontuários arquivados no S.A.M.E. do Hospital Universitário. São eles: nome;

idade;

sexo;

profissão;

naturalidade;

registro geral;

antecedentes (uso de antiinflamatório não hormonal (AINH), bebidas alcoólicas, tabagismo, "stress", ingestão de cáusticos e derivados de petróleo);

clínica (hematêmese, melena, enterorragia, sinais de insuficiência hepática (ginecomastia, telangiectasia, eritema palmar, alteração da pilificação, encefalopatia hepática, hálito hepático, atrofia testicular, diminuição da libido e hipertrofia de parótida), hipotensão e/ou palidez);

laboratório (hematócrito);

tempo entre o episódio de sangramento inicial e a realização

da endoscopia;

seguimento (recuperação clínica, cirúrgica ou óbito);
número de transfusões sanguíneas necessárias.

OBJETIVOS

É nosso objetivo primordial verificar o tempo decorrido entre o início da hemorragia digestiva alta (HDA) e a realização da endoscopia, ponto fundamental para se obter bons índices de positividade e de diagnóstico do local sangrante, uma vez que um so exame pode mostrar várias lesões passíveis de sangramento, sendo impossível, em uma endoscopia tardia, dizer qual ou quais delas sangraram. Desta forma, torna-se muito importante demonstrar qual a faixa de tempo em que o exame se mostrou mais eficaz.

Também faz parte deste trabalho, verificar em nosso medio: a clínica mais frequente;

possíveis fatores desencadeantes;

através da endoscopia: os sítios de sangramentos e as lesões mais comuns;

finalmente, acompanhar a evolução para recuperação com tratamento clínico, cirúrgico ou para obito.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 15 a 84 anos, com uma média de 49,08 anos. Conforme tabela 1.

TABELA 1.

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR FAIXA ETÁRIA

IDADE	NUMERO DE CASOS	PERCENTAGEM
< 19	02	02
20-29	19	19
30-39	11	11
40-49	13	13
50-59	22	22
60-69	18	18
70-79	11	11
80-89	04	04

Fonte: SAME - Hospital Universitário

Houve um predomínio do sexo masculino, com 68% dos casos.

Quanto aos antecedentes, o uso de álcool de maneira abusiva, associado ou não a outros fatores, ocorreu em 33% e o tabagismo em 37%. Houve a associação de ambos em 22% dos pacientes. O uso dos AINH foi constatado em 12% dos casos, sendo em metade destes isoladamente, e em um terço associado ao álcool. A presença de "stress"

(principalmente em pacientes internados em UTI) ocorreu em 8%.

A presença de melena foi o sinal mais importante aparecendo em 72% dos casos, em segundo lugar veio a hematêmese com 59%, havendo associação entre os dois sinais em 34% dos pacientes. A hipotensão e/ou palidez ocorreu em 55%, a presença de enterorragia em 11%. De menor frequência foi a observação de sinais de insuficiência hepática, apenas em 7% dos casos. Conforme tabela número 2.

TABELA 2.

INCIDÊNCIA DOS SINAIS DE SANGRAMENTO E DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

CLÍNICA	NÚMERO DE CASOS	PERCENTAGEM
MELENA ISOLADA	38	38
HEMATÊMESE + MELENA	34	34
HEMATÊMESE ISOLADA	25	25
S.I.H.E. [§]	07	07
HIPOTENSÃO E/OU PALIDEZ	55	55
ENTERORRAGIA	11	11

Fonte: SAME - Hospital Universitário

§ - sinais de insuficiência hepática

Quanto à evolução, 90% dos pacientes recuperaram-se com tratamento clínico, 4% necessitaram de tratamento cirúrgico com posterior recuperação e 6% foram a óbito, destes, apenas um foi levado à cirurgia.

O hematócrito não chegou a ser pedido em 10% dos casos.

Em 16% ele estava acima de 36%. 48% dos pacientes tinham seu hematócrito entre 25% e 36%. 25% entre 16% e 24% e somente 1% com hematócrito menor que 15%. Conforme tabela 3.

TABELA 3.

HEMATÓCRITO NO MOMENTO DO ATENDIMENTO

HEMATÓCRITO	NÚMERO DE CASOS	PERCENTAGEM
< 15	01	01
16-24	25	25
25-30	20	20
31-36	28	28
> 37	16	16
não solicitado	10	10

Fonte: SAME - Hospital Universitário

Somente 20% das endoscopias digestivas foram realizadas num período de até 48 horas após o primeiro episódio de sangramento, sendo 79% realizadas após este período. Em um caso não foi possível identificar este tempo. Conforme tabela 4.

Em 51% dos casos não houve necessidade de transfusões sanguíneas, em 42% dos pacientes foram feitas uma a três transfusões, em somente 7% dos casos houve necessidade de quatro ou mais unidades. Conforme tabela 5.

TABELA 4.

TEMPO ENTRE O INÍCIO DA H.D.A.[§] E A REALIZAÇÃO DA E.D.A.⁺

TEMPO	NUMERO DE CASOS	PERCENTAGEM
< 06 horas	02	02
06-11 horas	01	01
12-17 horas	01	01
18-23 horas	02	02
01-02 dias	14	14
03-07 dias	45	45
> 07 dias	34	34
não especificado	01	01

Fonte: SAME - Hospital Universitário

§ - Hemorragia digestiva alta

+ - Endoscopia digestiva alta

TABELA 5.

UNIDADES DE SANGUE TRANSFUNDIDAS EM CADA PACIENTE

UNIDADES	NUMERO DE CASOS	PERCENTAGEM
00	51	51
01-03	42	42
04-05	02	02
> 05	05	05

Fonte: SAME - Hospital Universitário

As lesões mais comumente encontradas foram: úlcera gástrica (28%), esofagite (22%), lesões agudas da mucosa gastroduodenal (LAMGD, com 21%), úlcera duodenal (19%) e varizes de esôfago (18%). Em menor percentagem vieram assegurar a duodenite, a gastrite ($\pm 10\%$ cada) e outras lesões em pequeno número. O exame endoscópico se mostrou normal em 10% dos casos. As lesões que mais estavam associadas com sinais de sangramento recente foram: LAMGD (28,6 por cento com sinais de sangramento), úlcera duodenal (21% *idem*), varizes de esôfago (16,7% *idem*) e finalmente a úlcera gástrica onde 14,3% apresentavam sinais de sangramento (ver tabela 6). Nas outras lesões, nenhuma tinha sinais de sangramento recente.

TABELA 6.

LAUDO ENDOSCÓPICO

TIPO DE LESÃO	NÚMERO DE CASOS	LESÕES CSSR ⁺
ESOFAGITE	22 (22%)	00
GASTRITE	10 (10%)	00
DUODENITE	11 (11%)	00
VARIZES DE ESÔFAGO	18 (18%)	03 (16,7%)
ÚLCERA GÁSTRICA	28 (28%)	04 (14,3%)
ÚLCERA DUODENAL	19 (19%)	04 (21,0%)
LAMGD [§]	21 (21%)	06 (28,6%)
OUTROS	09 (09%)	00
NORMAL	10 (10%)	00

Fonte: SAME - Hospital Universitário

+ - Com sinais de sangramento recente

§ - Lesões agudas da mucosa gastroduodenal

A sigla LAMGD se refere à lesões agudas da mucosa gastroduodenal, englobando todas as lesões agudas do trato digestivo alto, como esofagite, gastrite ou duodenite agudas erosivas e/ou hemorrágicas, além das úlceras de "stress", etc (16).

DISCUSSÃO

Os extremos etários neste estudo correspondem a 15 e 84 anos, com uma média de 49,08 anos. Estes dados estão de acordo com três dos autores pesquisados (12,01,04) e variam em uma década, a mais ou a menos, conforme outros três (11,14,06).

Houve um predomínio do sexo masculino com 68% dos casos, como em quatro dos estudos encontrados (06,07,09,12), discordamos de outros três que demonstraram este mesmo predomínio mas por uma pequena diferença (55,6% do sexo masculino) ou por uma grande diferença (92% do sexo masculino) (10,14,18).

Existem certas substâncias que são irritantes da mucosa gastrointestinal, propiciando o aparecimento de lesões e mesmo de sangramento. No vigésimo segundo encontro da Divisão de Artrite do Comitê do "FOOD AND DRUG ADMINISTRATION" em 16 de maio de 1988, uma reunião inteira foi dedicada a elaboração de uma nova classificação dessas drogas e discutidos os riscos de ulceração, de hemorragia e de perfuração gastrointestinal com seu uso. Foi proposta a reformulação das bulas com inclusão de pontos importantes como: "eventos graves e mesmo fatais, podem ocorrer a qualquer hora em pacientes tratados cronicamente com anti-inflamatórios não hormonais".

Lesões de mucosa podem ocorrer sem sintomas e eventos mais sérios podem aparecer sem sintomas prévios (3). Milhares de pessoas estão morrendo a cada ano nos E.U.A. devido unicamente ao uso de AINH (3).

Além do uso dos AINH, em outros trabalhos consultados pudemos verificar a ação lesiva das bebidas alcoólicas e das situações de "stress" sobre a mucosa gastrointestinal (09,07,18). Em nos

so trabalho 33% dos pacientes faziam uso de álcool regularmente, percentagem que variou muito nos vários artigos pesquisados, de 11,4% até 65,3% (02,07,10,12,18). O uso de AINH foi de 12%, inferior ao encontrado na literatura, que variou de 20,4% a 44,8% (02,10,12,18). Situações de "stress" ocorreram em 8% dos pacientes, da demonstrado somente por Chirino (10) ocorrendo em 13,9% dos casos.

O tratamento cirúrgico se restringiu a 5% dos pacientes (5 casos, um dos quais foi a óbito), o que coincidiu com o trabalho de Petrillo (9) mas sendo uma percentagem pequena se comparada a de outros cinco autores (01,07,10,12,14) que encontraram índices variando entre 11% e 23%.

A mortalidade ocorreu em 6% dos casos (5 tiveram tratamento clínico e um, cirúrgico), número semelhante aos achados por quatro autores (09,10,05,12), ficando abaixo na estatística de quatro outros (01,04,07,14), variando de 11,8% a 23%.

O grande número de recuperações com tratamento clínico, a pequena percentagem de pacientes levados à cirurgia e um índice de mortalidade inferior a vários dos trabalhos analisados, deve-se em parte, ao fato deste estudo incluir 15% de pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário; ao passo que na totalidade dos outros trabalhos pesquisados, faziam parte apenas pacientes internados, cuja condição, subentende-se ser mais grave que a dos primeiros.

Correlacionando-se a evolução clínica do paciente com a quantidade de sangue transfundido, observou-se que pacientes que necessitaram de mais de três unidades de sangue tinham uma menor percentagem de recuperação clínica e maiores índices de resolução cirúrgica e mortalidade. Dos 51 pacientes que não receberam sangue, 49 se recuperaram clinicamente (96,08%), não houve óbitos e dois

foram a cirurgia (3,92%). Dos que necessitaram de uma a três unidades, que correspondeu a 42 pacientes, 37 deles (88,1%) recuperaram-se clinicamente, 4 faleceram (9,52%) e um foi a cirurgia (2,38%). Finalmente, dos 7 pacientes com 4 ou mais unidades transfundidas, cinco recuperaram-se clinicamente (71,43%) e dois faleceram (28,57%), destes um tinha sido levado a cirurgia. Estes achados vão de encontro aos dados apresentados por Larson (01), o qual afirma haver um progressivo aumento da mortalidade e necessidade de tratamento cirúrgico quando são necessárias mais de três unidades de sangue. Ver tabela 7.

TABELA 7.

RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE UNIDADES DE SANGUE TRANSFUNDIDAS E A EVOLUÇÃO DO PACIENTE

UNID. DE SANGUE	RECUPERAÇÃO CLINICA	OBITO	CIRURGIA
0	49 (96,08%)	0	2 (3,92%)
1-3	37 (88,10%)	4 (9,52%)	1 (2,38%)
> 4	5 (71,43%)	2 (28,5%)	§

Fonte: SAME - Hospital Universitário

§ - um dos pacientes que faleceu e que foi a cirurgia

Dos 6 óbitos, três foram ligados diretamente à hemorragia, enquanto os outros três estavam ligados a doenças pré-existentes, um paciente apresentava carcinoma de mama com metástase hepática, um paciente com hepatocarcinoma e cirrose hepática além de abscesso abdominal e um com cirrose hepática desenvolvendo poste

riormente edema agudo de pulmão. Portanto, somente 50% dos óbitos foram causados pela hemorragia digestiva. Achado semelhante ao de outros autores, segundo Larson (1), a mortalidade nos pacientes com HDA é em grande parte devida a enfermidade subjacente ou lesões nas quais o êxito do tratamento é limitado. A mesma conclusão é obtida por Provenzale (4), que desenvolveu em seu trabalho, um "score" para prever a mortalidade dos pacientes com HDA. Csendes (12) em seu estudo, constatou que nos 18 pacientes que foram a óbito em tratamento clínico, 7 faleceram por outra afecção que não a HDA.

O sintoma que de forma isolada mais revelou o sangramento digestivo foi a melena com 38% dos casos, o que coincide com o encontrado por Castilho (18) e acima do encontrado por outros três autores (06,07,10), que obtiveram percentagens variando entre 15,1% e 27,8%. Em segundo lugar aparece a associação de melena com hematêmese em 34% dos pacientes, o que está entre os valores percentuais encontrados (23,7% a 65,8%) por quatro autores (06,07,10,18). A hematêmese isoladamente apareceu em 25% dos casos, também se enquadrando entre as percentagens dos autores pesquisados (06,07,18), variando de 11% a 69,44%.

Tornou-se extremamente difícil qualquer tentativa de correlacionar os sinais de sangramento com o laudo endoscópico, devido ao grande número de pacientes com dois ou mais tipos de lesões apresentando-se à endoscopia. Isto associado a realização tardia das endoscopias, onde o número de lesões sangrantes é baixo, tornou impossível a detecção do sítio sangrante na grande maioria dos casos.

Sinais de hipotensão e/ou palidez foram um achado frequente ocorrendo em 55% dos casos.

Sinais de insuficiência hepática ocorreram em 7% enquanto que a presença de enterorragia foi verificada em 11% dos pacientes. Os três últimos dados não foram encontrados na literatura por nós consultada.

A maioria dos pacientes, 90%, evoluiu para a recuperação clínica em um número semelhante ao encontrado por Petrillo (09) mas está acima do encontrado por três outros autores (10,12,14), que tiveram percentagens variando entre 64,5% e 77,8%.

Os hematócritos dos pacientes distribuíram-se de maneira mais ou menos uniforme em cada faixa (ver tabela 3), sendo que 46% deles estiveram abaixo ou igual a 30% e 44% estiveram superior ou igual a 31%, o que demonstra a frequência semelhante entre hemorragias leves, moderadas e graves sem predomínio de um ou outro tipo.

Somente 6% dos pacientes haviam realizado endoscopia digestiva alta (EDA) nas 24 horas que sucederam o primeiro episódio de sangramento, o que está muito abaixo do encontrado na literatura, onde Vernasa (06) encontrou 36,9%, Gilbert (05) 62% e Provenza (04), 69%. Num período compreendido entre 24 e 48 horas ocorreram em nosso estudo, 14% das endoscopias. Semelhante ao achado por Gilbert (05) com 15,65%. A mesma relação, no entanto, não foi guardada para aquelas endoscopias feitas após 48 horas, onde a estatística de Gilbert (05) revelou 21,54% e a nossa, 80%. Não foi possível verificar em um caso, o tempo em que se realizou a endoscopia. Segundo Brandão (16), a precocidade da realização da endoscopia é particularmente importante quando se trata de LAMGD, cuja recuperação epitelial se verifica entre 2 a 6 dias, tornando difícil a de terminação do diagnóstico após este período, face a rápida regeneração da mucosa. Seguramente a positividade diagnóstica da EDA na HDA é dependente do intervalo decorrido entre a última manifesta

ção clínica de sangramento e a feitura do exame. Vernazo (06) corrobora esta afirmação, explicando a baixa incidência de gastrite hemorrágica (LAMGD) por ele encontrada devido à rapidez com que a mucosa se regenera. Segundo Varela (15), a abordagem nas primeiras 24 horas é fundamental para se tomarem as medidas terapêuticas adequadas, este princípio é aplicado em todos os centros gastroenterológicos do Chile. Rocha et al (17) em pacientes com mais de 60 anos com sangramento digestivo recente à endoscopia, não aguarda mais as 12 horas anteriormente pré-estabelecidas e o paciente é imediatamente preparado para a cirurgia.

Em nosso estudo, os pacientes que realizaram EDA nas primeiras 24 horas, tiveram em 57,14% dos casos presença de sinais de sangramento recente à endoscopia. Se compararmos a estas, aquelas executadas após este período, verificaremos uma redução para apenas 13,98% dos casos em que as lesões achadas tinham sinais de sangramento recente. Ver tabela 8.

TABELA 8.

RELAÇÃO ENTRE SINAIS DE SANGRAMENTO À ENDOSCOPIA E TEMPO DECORRIDO ATÉ SUA REALIZAÇÃO APÓS O INÍCIO DO SANGRAMENTO

TEMPO	Nº DE ENDOSCOPIAS	ENDOSCOPIAS CSSR ⁺
< 11 horas	03	03 (100%)
12-23 horas	03	01 (33,3%)
24-48 horas	14	03 (21,4%)
> 48 horas	79	10 (12,6%)
TOTAL	100 (100%)	17 (17%)

Fonte: SAME - Hospital Universitário

+ - Com sinais de sangramento recente

Gilbert (05), em seu trabalho, encontrou também marcante redução, no caso, de 37,9% para 21,72%. No total 17% dos pacientes pesquisados tinham laudo com sinais de sangramento recente, número bem inferior ao encontrado por Gilbert (05) com 32,6%. Para Berenstein et al (14), este número foi de 21% (número considerado baixo pelos autores, principalmente pelo hospital ter endoscopistas de plantão no serviço de endoscopia digestiva, sendo a causa por eles apontada a demora dos pacientes em procurar o hospital) e Sampaio (08) achou 11,26%, neste trabalho os exames foram realizados desde algumas horas até uma semana após o sangramento. Isto deveu-se tanto a demora na procura do hospital quanto a demora do médico em solicitar o exame. Segundo Gilbert (05), a frequência dos achados de lesões com sinais de sangramento foi decrescendo de forma não linear a medida que a endoscopia foi sendo feita mais tardiamente. Este estudo mostrou um significativo aumento no número de lesões sangrantes, quando o exame era feito num período menor que 12 horas, não havendo aumento na incidência das lesões sangrantes nos casos em que a endoscopia foi feita num tempo inferior a 3 ou 6 horas. A realização precoce do exame faz com que o endoscopista se depare com uma dificuldade técnica, que é a presença de sangue no interior da cavidade gástrica. Alguns autores (08,09,15) propõe a feitura de um lavado com soro gelado para retirar o excesso de sangue e melhorar a visibilidade. Varela (15) confirma as dificuldades técnicas geradas mas afirma serem estas preferíveis do que se deparar com o problema que se forma quando existe mais de uma lesão à endoscopia, sendo impossível afirmar qual estava sangrando. Para Sampaio (08), a intensidade do sangramento não constitui contra-indicação para a endoscopia, ao contrario, mais ainda o diagnóstico preciso e

rápido se faz necessário, pois este guiará todas as condutas terapêuticas.

As lesões mais encontradas na endoscopia foram, em ordem de frequência, úlcera gástrica, esofagite, LAMGD, úlcera duodenal e varizes de esôfago.

A úlcera gástrica incidiu em 28% dos pacientes, o que coincide com a maioria dos autores pesquisados (05,06,09,11,12,14, 15), que acharam resultados semelhantes com percentagens entre 20% e 29%. Dois autores (07,16), encontraram percentagens menores, 17% e 8% respectivamente.

A esofagite foi a segunda lesão mais frequente em nosso trabalho, aparecendo em 22% dos laudos. Em todos os outros trabalhos (05,07,11,15), ela apareceu pouco frequentemente variando entre 2,38% e 12,7%, ou nem mesmo foi mencionada.

A LAMGD foi diagnosticada em 21% dos pacientes, número semelhante ao encontrado por dois autores (12,16), com 23,2% e 24% respectivamente. Sendo superior ao encontrado por dois outros (06,07), com 5,13% e 10% respectivamente e inferior aos achados de quatro outros (05,09,11,14), que obtiveram valores entre 31,73% e 38,2%.

A úlcera duodenal ocorreu em 19% dos casos, na literatura esta percentagem varia de 12,15% a 29% (05,06,07,09,11,12,14,15, 16), com uma distribuição mais ou menos uniforme neste intervalo.

As varizes de esôfago foram constatadas em 18% dos casos, sendo semelhante ao encontrado por quatro autores (05,07,14,16), com percentagens entre 12,15 e 24,55. Outros trabalhos (06,11, 12, 15), demonstraram uma percentagem menor que vai de 7,14% a 10%.

Outros achados endoscópicos ocorreram em menor frequência como a gastrite, a duodenite, a neoplasia, o Mallory Weiss, a hérnia hiatal, o refluxo gastro esofágico. Em 10% dos pacientes, a EDA foi normal. Na literatura esta percentagem variou de 1,82% a 14,54% (05,06,07,09,11,12,14,15,16), sendo 10% considerada alta; uma vez que para Berenstein et al (14), este número deveria se situar em 2% e ele explica a grande percentagem ocorrida em seu trabalho (14,74%) causada por falsos diagnósticos de hemorragia digestiva e pela demora do paciente em procurar o serviço médico.

Verificamos em nosso estudo, em cada tipo de lesão, a percentagem dos casos em que havia sinais de sangramento recente. Assim, os tipos de lesão cujo exame revelou maior percentual dos casos com estes sinais foram: LAMGD com 28,6% dos casos, úlcera duodenal com 21%, varizes de esôfago com 16,7% e úlcera gástrica com 14,3%. Se comparado ao trabalho de Gilbert (05), veremos que estes quatro tipos de lesão são também as que mais sangram; apresentando, porém, alterações na ordem de frequência, tendo-se mostrado a incidência individual maior que em nosso estudo. Ver tabela 9.

TABELA 9.

LESÕES A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM SINAIS DE SANGRAMENTO

TIPO DE LESÃO	Nº DE CASOS	LESÕES CSSR ⁺
LAMGD [§]	21 (21%)	06 (28,6%)
ÚLCERA DUODENAL	19 (19%)	04 (21,0%)
VARIZES DE ESÔFAGO	18 (18%)	03 (16,7%)
ÚLCERA GÁSTRICA	28 (28%)	04 (14,3%)

Fonte: SAME - Hospital Universitário ; + - Com sinais de sangramento recente ; § - Lesões agudas da mucosa gastroduodenal.

Segundo Gilbert (05), na maioria dos pacientes com úlcera gástrica ou duodenal diagnosticadas previamente, o sangramento é em grande parte devido a estas lesões. Pelo contrário, na esofagite, somente cerca de 50% dos casos têm o sangramento decorrente da lesão. Nas varizes de esôfago, em 66,2% das vezes o sangramento é proveniente das mesmas. Em nosso estudo, é impossível obter este tipo de dados pela realização tardia das endoscopias, permitindo em alguns casos verificar mais de uma lesão potencialmente sangrante, 15%, na presente pesquisa, sendo impossível determinar qual delas havia realmente sangrado. Este dado é importante pois segundo Gilbert (05) e Larson (01), a presença de uma lesão com sangramento ativo indica maior mortalidade, um maior número de cirurgias e um aumento no número de unidades de sangue transfundidas.

CONCLUSÕES

A ingestão de bebidas alcoólicas foi o fator pré-disponente que mais se detectou, chamando atenção pela presença de 33% de pacientes que ingeriam álcool regularmente.

Aproximadamente metade dos casos cursou com hipotensão e ou palidez.

A presença de sangramento se manifestou mais frequentemente por melena isolada (38%) ou associada à hematêmese (34%), a hematêmese isoladamente foi menos frequente (25%).

A evolução dos pacientes foi muito boa, com 90% deles evoluindo com a recuperação clínica e a mortalidade situando-se em 6% (dos quais 50% foram a óbito por outra causa que não a hemorragia), sendo levados à cirurgia apenas 5% dos pacientes. Deve-se considerar que fazendo parte destes números estão 15% de pacientes ambulatoriais, que com um quadro de muito menor gravidade que o dos pacientes internados, contribuiu com uma percentagem desconhecida para que pudéssemos atingir estes números favoráveis.

As lesões mais frequentes na endoscopia foram: úlcera gástrica (28%), esofagite (22%), LAMGD (21%), úlcera duodenal (19%) e varizes de esôfago (18%).

Já a presença de lesões com sinais de sangramento recente teve pequena incidência (17%), sendo as lesões onde estes sinais mais estavam presentes, as seguintes: LAMGD, úlcera duodenal, varizes de esôfago e úlcera gástrica.

Somente 6% dos exames foram realizados em menos de 24 horas após o início do sangramento, 20% em menos de 48 horas e 79%

acima de 48 horas.

O atraso na feitura do exame prejudica o diagnóstico do sítio sangrante e conseqüentemente a tomada de medidas terapêuticas acertadas. Este atraso, segundo nossa pesquisa, deveu-se a um somatório de fatores como: a demora do paciente em procurar o hospital, a demora na solicitação do exame e na não disponibilidade no hospital, de alguém habilitado para a realização da endoscopia assim que se tornasse necessária.

Tendo-se em conta que a percentagem de lesões que apresentavam sinais de sangramento recente diminuiu com o passar do tempo de 100% para 12,6%, nas endoscopias feitas em menos de 12 horas e após 48 horas respectivamente, chega-se à CONCLUSÃO de que a grande maioria dos exames estão sendo realizados num período tardio, quando as possibilidades de se encontrar lesões com sinais de sangramento recente são menores (17% no presente trabalho).

RESUMO

No período entre janeiro de 1986 e dezembro de 1988 colheram-se, retrospectivamente, dados referentes a 100 pacientes que realizaram endoscopia digestiva alta por apresentarem sinais de hemorragia digestiva. A média de idade encontrada foi de 49,08 anos, com predomínio do sexo masculino (68%). O uso de bebidas alcoólicas foi dos antecedentes o mais importante incidindo em um terço dos pacientes. A apresentação clínica mais frequente foi a melena (72%), seguida da hematêmese (59%), e pela hipotensão e/ou palidez cutâneo-mucosa (55%). A mortalidade foi de 6% (destes somente 50% foram a óbito pela hemorragia). A maioria das endoscopias (79%) foram realizadas num período tardio, após 48 horas do início do sangramento, fator que contribuiu para que somente 17% dos pacientes apresentasse na endoscopia, sinais de sangramento recente. As lesões que mais apresentaram estes sinais foram: LAMGD, úlcera duodenal, varizes de esôfago e úlcera gástrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LARSON M. D., et al: Upper gastrointestinal bleeding: Predictors of outcome. *Surgery* 1986; 100 (4): 765-773.
2. LONGSTRETH G.F., et al: Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *J. Clin. Gastroenterol.* 1986; 8: 23-29.
3. GREGORY L., Eastwood M. D.: DOES EARLY ENDOSCOPY BENEFIT THE PATIENT WITH ACTIVE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING? *Gastroenterology* 1977; 72:737-9.
4. PROVENZALE D., et al: Development of a scoring sistem to predict mortality from upper gastrointestinal bleeding. *The American Journal of the Medical Sciences* 1987; 294 (1): 26-32.
5. GILBERT D. A., et al: The National ASGE Survey on Upper Gastrointestinal Bleeding. *American Society for Intestinal Endoscopy* 1981; 27 (2): 94-102.
6. VERNAZA A.: Hemorragia Gastrointestinal Superior. *COLOMBIA MEDICO* 1983; 14 (1): 32-35.
7. GONÇALVES J. L., et al: Hemorragia Digestiva Alta. *ARS CURANDI* 1986; outubro: 60-70.
8. SAMPAIO J. A.: Endoscopia na Hemorragia Digestiva Alta. *CEARÁ MEDICO* 1982; 4 (2): 40-41.
9. PETRILLO R. C., BOURDON M. L.: Experiência Endoscópica en Hemorragia Digestiva. *PRENSA MÉDICA ARGENTINA* 1983; 70 (15):657-9.
10. CHIRINO J., et al: Hemorragias Digestivas Altas. *PRENSA MÉDICA ARGENTINA* 1984;71 (2): 76-8.
11. RISIO C., et al: ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: *PRENSA MÉDICA ARGENTINA* 1985; 72 (5):170-2.

12. CSENDES A., et al: Variables que inciden en la evolución de pacientes con hemorragia digestiva alta. Rev. Méd. Chile 1983; 111: 676-683.
13. RÚBIO E. F., et al: Utilidad de la endoscopia precoz en hemorragias digestivas altas: un análisis crítico basado en nuestra experiencia. Rev. Esp. Ap. Digest. 1987; 71(5): 383-385.
14. BERENSTEIN E. G., et al: Endoscopia de urgencia en hemorragia digestiva alta (H.D.A.). Acta Gastroint. Lat. Amer. 1982; 12: 351-359.
15. VARELA N. J., et al: Etiología de hemorragia digestiva alta. Hallazgos endoscópicos. Bol. Hospital Viña Del Mar 1983; 40(4):19-22.
16. BRADÃO J. F., et al: Endoscopia de urgência na hemorragia digestiva alta, sua utilidade diagnóstica - análise de 167 casos. Revista Médica da Bahia 1983; 27(1): 15-17.
17. ROCHA J. W., et al: Hemorragia digestiva alta maciça em pacientes de alto risco. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgiões, 1981; 8(1): 30-33.
18. CASTILLO A. R., SANCHES M. M.: Endoscopia de urgencia em 100 pacientes com hemorragia digestiva alta. Revista Gastroent-Del Peru 1985; 5: 68-73.
- X 19. ROTH S. H.: Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: Gastropathy, Deaths, and Medical Practice. Annals of Internal Medicine 1985; 109(5): 353-354.

TCC
UFSC
CM
0012

N.Cham. TCC UFSC CM 0012
Autor: Faraco Neto, Danie
Título: 100 endoscopias digestivas em pa



972801689

Ac. 253211

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM