

## Hemorragias digestivas altas

Cinco anos de experiência do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade Coimbra (\*)

CARLOS SOFIA (2\*), A. DONATO (3), ESPIRITO SANTO (6), M. LEITÃO (4), H. GOUVEIA (5), M. GODINHO DE OLIVEIRA (4), I. PIMENTA (4), J. M. ROMÃOZINHO (6), J. CANTANTE (5), A. CHAVES (7), A. DIAS (6), G. PINTO (6), E. BAPTISTA (6), E. GANHO (6), M. JÚLIO (6), V. TEIXEIRA (6), J. DOMINGOS (6), J. MOULES (6), J. BILHAU (6), F. ARRUDA (8), J. BARBOSA (8), DINIS FREITAS (1) e J. GOUVEIA MONTEIRO (1).

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA  
(Director: PROF. GOUVEIA MONTEIRO)

### RESUMO

Após uma introdução em que se constata a importância das hemorragias digestivas altas (H.D.A.), segue-se uma análise retrospectiva da experiência do Serviço de Gastrenterologia dos H.U.C. durante o período decorrente de Agosto/1974 a Agosto/1979. Dos 3167 internamentos verificados durante este intervalo de tempo, 597 foram devidos a H.D.A. ou seja 18,8% do total de admissões, sendo 65,5% correspondentes ao sexo masculino e 34,4% ao sexo feminino. O diagnóstico etiológico foi essencialmente baseado no estudo endoscópico. Assim, em relação ao n.º total de H.D.A. efectuaram-se 507 panendoscopias (84,9%) sendo, destas, 435 de urgência (primeiras 48 horas após a última hemorragia) o que representa 72,8%.

Foi obtido esclarecimento etiológico em cerca de 85% dos casos. Destes verificou-se um predomínio causal de úlcera péptica (U.G. e U.D.) — 40,8%; lesões agudas hemorrágicas (gastrite e duodenite erosivas) — 16,8%; varizes esofágicas/cirrose hepática — 13,5%.

(\*) Trabalho apresentado inicialmente, por um de nós, na I Reunião Anual de Gastrenterologia (Coimbra 1977) e sucessivamente actualizado e apresentado em diversas ocasiões, nomeadamente durante as Mesas-Redondas realizadas no III Congresso da Comunidade Lusitana de Gastrenterologia (Lisboa 1978) e nas I Jornadas da Acta Médica Portuguesa (Lisboa 1980) e ainda sob a forma de Comunicação nas II Jornadas Hispano-Lusas de Endoscopia Digestiva (La Coruña 1980).

- (1) Professores Catedráticos da Faculdade de Medicina.
- (2) Assistentes da Faculdade de Medicina e Especialistas de Gastrenterologia dos H. U. C.
- (3) Chefe de Clínica de Gastrenterologia dos H. U. C.
- (4) Especialistas de Gastrenterologia dos H. U. C.
- (5) Especialistas de Gastrenterologia do I. P. O.
- (6) Especialistas Eventuais de Gastrenterologia dos H. U. C.
- (7) Médica-Técnica dos H. U. C.
- (8) Internos de Gastrenterologia dos H. U. C.

A mortalidade foi de 10,2%, na qual o grupo etiológico mais importante correspondeu às V.E./cirrose com 40,9% em relação ao n.º total de casos falecidos.

Finalmente, os AA. realçam que uma redução significativa da mortalidade implicará:

- Diagnóstico etiológico urgente.
- Terapêutica médica enérgica e controlada.
- Avaliação médico-cirúrgica sistemática.
- Identificação dos doentes de alto risco (e sua selecção para uma eventual terapêutica cirúrgica electiva), com monitorização em unidades de cuidados intensivos e onde a determinação da pressão venosa central constitui um parâmetro fundamental.

### SUMMARY

*The authors are making a retrospective analyses of the experience executed by the Dept. of Gastroenterology of the U. of C. during the period August 1974-August 1979. Of the 3167 cases controlled during this time, 597 were due to acute upper gastrointestinal haemorrhage i.e., 18,8% of the total number of cases admitted. Of this total, 65,5% were men and 34,4% women.*

*The etiological diagnosis was essentially based upon endoscopic investigation. Thus in relation to the total number of acute upper gastrointestinal haemorrhage, 507 (84,9%) panendoscopies were executed, being 435 urgent endoscopies (first 48 hours), representing 72,8%. Etiological knowledge were obtained in 85% of the cases. From these, the predominant cause was peptic ulcer (gastric and duodenal ulcer) — 40,8%; acute hemorrhages (erosive gastritis and duodenitis) — 16,8%; varices of the esophagus/hepatic cirrhosis — 13,5%.*

*The mortality was 10,2% the most important etiological group being formed by varices of the esophagus/hepatic cirrhosis with 40,9% of the total death rate.*

### I — INTRODUÇÃO

Em 1978, num trabalho que publicamos [4], tivemos oportunidade de realçar a importância deste tema.

Na verdade, as hemorragias digestivas altas (H.D.A.) constituem uma das principais causas de internamento urgente hospitalar e representam um assunto de grande importância clínica, não só pelas implicações de diagnóstico etiológico que comportam, como também pela ainda significativa mortalidade de que são acompanhadas (Quadro I).

É, sem dúvida, um tema sempre actual, apesar de muito discutido.

Da situação de expectativa, ou ainda contemplativa, perante uma H.D.A., passou-se desde há alguns anos para uma investigação semiológica enérgica, de modo que o diagnóstico causal seja obtido o mais rapidamente possível em relação à última perda hemorrágica, ao mesmo tempo que um adequado e controlado tratamento médico e uma correcta selecção de doentes de alto risco para uma eventual terapêutica cirúrgica electiva, passam a ser factores primordiais no trato destes doentes.

Mas é o advento da endoscopia digestiva alta como método semiológico em Gastroenterologia, particularmente a partir de 1967 com o sucessivo desenvolvimento e aperfeiçoamento da fibroscopia digestiva, que permitiu que o estudo endoscópico urgente passasse a ter um lugar de destaque no diagnóstico diferencial etiológico das H.D.A. Aliás, o interesse que a panendoscopia alta tem merecido ao longo dos últimos anos na semiologia gastroenterológica coloca, no que concerne à

#### QUADRO I — Introdução

As Hemorragias Digestivas Altas (H. D. A.):

1. Constituem uma causa importante de internamento urgente hospitalar.
2. Apresentam ainda uma mortalidade significativa.

H.D.A., duas questões (Quadro II) às quais, no decorrer do nosso trabalho, tentamos dar resposta segundo a nossa perspectiva do problema.

A título de exemplo, e já em 1974, em trabalhos de revisão apresentados na VIII Conferência Escandinava sobre Gastreenterologia [11] se concluiu que a introdução da fibroscopia digestiva fez decrescer a percentagem de H.D.A. com etiologia não esclarecida de cerca de 40% — quando apenas utilizada a radiologia convencional não urgente como meio semiológico — para 10 a 15% com a adição do citado estudo endoscópico.

#### QUADRO II — Questões

1. Qual a importância da Endoscopia de Urgência (E. U.) no diagnóstico etiológico das H. D. A.?
2. Qual a contribuição da E. U. na diminuição da mortalidade?

Publicações mais recentes demonstram que a utilização dos modernos panendoscópios nas primeiras horas após a crise hemorrágica permite detectar a fonte da hemorragia digestiva em mais de 90% dos casos.

Note-se, por outro lado, que devido ao facto do estudo radiológico baritado convencional do tracto digestivo superior apresentar consideráveis limitações no diagnóstico causal urgente das H.D.A., diversos Centros Hospitalares (ainda não equipados com um adequado Serviço de Endoscopia) têm desenvolvido a radiologia de urgência com técnica de duplo contraste que pode, dentro de certos condicionalismos, surgir como método alternativo à investigação endoscópica.

Por fim, a arteriografia selectiva [19], em determinadas situações concretas, tem o seu lugar como meio de diagnóstico etiológico nas H.D.A., permitindo além disso, uma vez cateterizada a artéria apropriada e determinado o local da lesão sangrante, praticar a infusão local de agentes vaso-constrictores ou esclerosantes com o intuito de debelar a hemorragia.

## II — MATERIAL E MÉTODOS

Apenas consideramos (Quadro III) os casos de H.D.A. que constituíram a causa de internamento.

Há uma percentagem significativa de doentes admitidos por H.D.A. (Fig. 1) no nosso Serviço, desde que este passou a constituir uma unidade Gastreenterológica autónoma.

#### QUADRO III — Material e métodos

- I — Hemorragias Digestivas Altas como causa de internamento.  
Não são considerados os casos em que as H. D. constituem intercorrência no internamento.
- II — Período decorrente de 17 de Agosto de 1974 a 17 de Agosto de 1979.
- III — N.º total de casos admitidos = 597  
N.º total de doentes = 563
- IV — Meios de diagnóstico
  - Interrogatório. Dados clínicos.
  - Endoscopia Digestiva Alta: Panendoscópios GIF, D2-D3-K-P2 Olympus.
  - Radiologia.
  - Cirurgia (urgência).

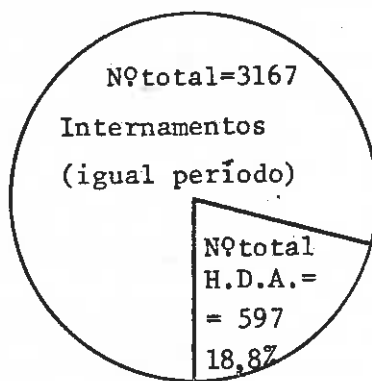


FIG. 1 — N.º de casos (em relação ao n.º total de Internamentos).

Quanto aos meios de diagnóstico utilizados, a anamnese e o exame clínico, apesar de indispensáveis, apenas nos permitiram, como é óbvio nestas situações agudas, dados semiológicos com valor de orientação. Requisitamos a radiologia convencional e não urgente naqueles casos em que, por motivos diversos, não efectuamos o respectivo estudo endoscópico. Como salientaremos mais adiante, o diagnóstico diferencial etiológico assentou fundamentalmente na esófago-gastro-bulbosopia de urgência. Este facto é explicitado no Quadro IV.

A leitura deste quadro demonstra que em apenas 15% dos casos não se realizou qualquer exame endoscópico. Note-se, ainda, que a maioria das panendoscopias se efectuaram nas primeiras 48 horas após o último acesso hemorrágico. Julgamos que estes dados são de importância apreciável, já que permitiram, em grande número de situações, um diagnóstico causal positivo e seguro.

QUADRO IV — H. D. A. — Diagnóstico  
Emprego da Endoscopia Alta

	Total	%
H. D. A.	597	—
Endoscopia	507	84,9
Endoscopia urgente (48 horas)	435	72,8

Ponto é de a tendência actual considerar que a endoscopia de urgência deve ser solicitada nas primeiras horas após a hemorragia (dentro das primeiras 24 horas ou mesmo 12 horas), mas, de qualquer modo, no caso concreto do nosso estudo, e devido às deficiências de articulação entre o Serviço de Endoscopia e os Serviços de Urgência Hospitalar (e não propriamente à falta de pessoal especializado ou de meios técnicos) rotulamos o período de urgência até às 48 horas.

Finalmente, em alguns casos, a intervenção cirúrgica de urgência esclareceu o diagnóstico etiológico da hemorragia.

### III — ANÁLISE DOS RESULTADOS

Verificou-se um predomínio do sexo masculino na proporção de 2/1 em relação ao sexo feminino (Fig. 2), enquanto a distribuição etária (Fig. 3) mostrou um predomínio das décadas 40, 50 e 60. O Quadro V foca que em mais de metade dos casos, a exteriorização das H.D.A. se apresentou sob o tipo associado de hematemeses e melenas.

Idades limites:

♂ mais novo = 10      ♀ mais nova = 14  
♂ mais velho = 85      ♀ mais velha = 92

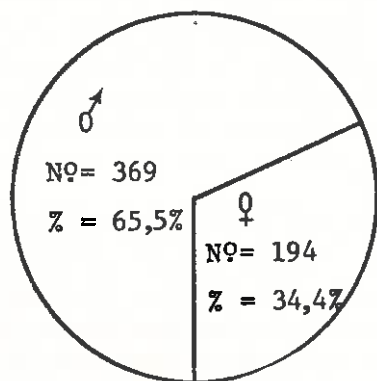


FIG. 2 — N.º de casos (segundo o sexo)

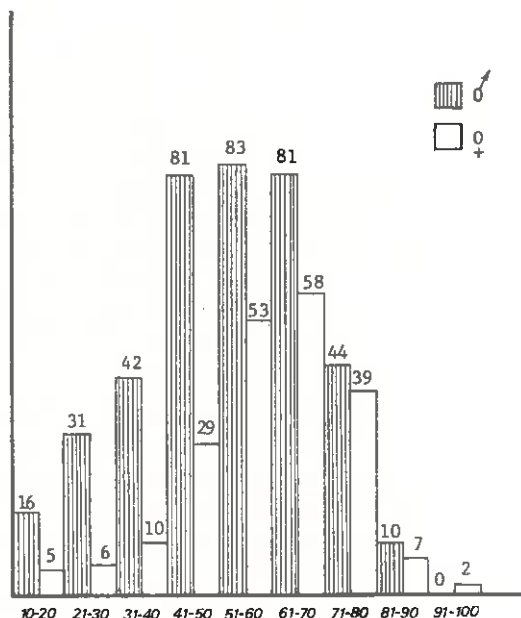


FIG. 3 — H. D. A. — Distribuição Etária

QUADRO V — Tipo de hemorragia digestiva alta  
(total = 597)

	Total	%
Hematemeses	104	17,4
Melenas	181	30,3
Hematemeses + Melenas	312	52,2

### A — Diagnóstico Etiológico

Já que a panendoscopia digestiva alta se individualizou como o principal método semiológico, ao endoscopista podem deparar-se, no doente hemorrágico, diversas eventualidades (Quadro VI). Em função dos pressupostos referidos no quadro anterior, o diagnóstico causal foi, em princípio, baseado em dois critérios:

- Visualização directa da lesão a sangrar ou sinais sugestivos de hemorragia recente.
- Quando o critério anterior não foi assegurado, consideramos como muito provável a causa da H.D.A. quando endoscopicamente a lesão presente era única.

QUADRO VI — O endoscopista perante uma H. D. A.

1. Lesão Sangrante Activa
2. Lesão Hemorrágica Recente
3. Inexistência de Sinais de Hemorragia

Como é sabido, o critério *b*) pode tornar-se particularmente falível no que respeita aos casos de varizes esofágicas por cirrose hepática, já que 1/3 a 2/3 destes doentes sangram por causas diversas das varizes esofágicas, como, por exemplo, de gastrite erosiva hemorrágica ou de úlcera péptica ou por vezes de Síndrome de Mallory-Weiss.

Quanto ao estudo radiológico baritado, que na nossa experiência se considerou como exame semiológico secundário, a segurança do diagnóstico reduz-se, na medida em que, além de impossibilitar a detecção de lesões agudas hemorrágicas, uma lesão potencialmente hemorrágica revelada ao Rx pode, na verdade, não representar a causa real da hemorragia digestiva.

Verificamos na nossa série (Quadro VII e VIII) um predomínio causal do grupo de úlcera péptica, que no total (úlcera gástrica e duodenal) se cifrou em 40,8%. Há uma taxa apreciável de lesões agudas (gastrite erosiva e duodenite erosiva hemorrágicas) — 16,8% — valor superior ao das varizes esofágicas — 13,5%. Em 16,2% não foi possível esclarecer a causa da hemorragia.

Para terminar esta análise, sob o ponto de vista etiológico, focam-se no Quadro IX as situações em que se demonstrou a presença de mais de que uma lesão potencialmente hemorrágica. Este facto chama a atenção, mais uma vez, para a importância da panendoscopia de urgência.

QUADRO VII — Hemorragias digestivas altas — Etiologia

Diagnóstico	N.º de casos	%
U. Gástrica	132	22,1
U. Duodenal	112	18,7
Var. Esofágicas (Cirrose)	81	13,5
Gast. Erosiva Hemorrágica	81	13,5
Duodenite E. Hemorrágica	20	3,3
Neoplasia Gástrica	23	3,8
Gastrectomizados	20	3,3
Etiologia Várias (Quadro VIII)	31	5,1
Etiologia não esclarecida	97	16,2

QUADRO VIII — Hemorragias digestivas altas — Etiologias várias

Esofagite Péptica	8
Pólipo Gástrico	6
Var. Esof./Cavernoma da Porta	3
Var. Esof./H. Portal (Causas não esclarecidas)	2
Var. Esof./H. Portal (Schistosomíase)	1
Mallory-Weiss	2
Úlcera do Esófago	1
Hérnia do Hiato	1
Hemangioma Gástrico	1
Rendu-Osler (mesmo doente)	4
H. Digestiva/Auto-Provocada	2

QUADRO IX — Lesões associadas

Lesão hemorrágica	Lesões associadas	N.º de casos
U. Duodenal	U. G.	7
	Gastrite Erosiva	1
	Pólipo Gástrico	1
U. Gástrica	U. D.	7
	V. Esofágicas	4
	Gastrite Erosiva	2
	U. Jejunal	1
	H. Hiato + Esofagite	1
V. Esofágicas	U. G.	5
	Pólipo Duodenal	1
	U. D.	1
G. Erosiva	U. G.	3
	V. Esofágicas	7
	U. D.	2
D. Erosiva	U. G.	1
	V. Esofágicas	1
<i>Total</i>		45 → 7,5%

## B — Tratamento

Como já referimos, as H.D.A. constituem uma urgência médico-cirúrgica e como tal implicam cuidados terapêuticos adequados de modo a reduzir ao mínimo a mortalidade.

O tratamento médico convencional (Quadro X), com controlo através dos parâmetros vitais habituais, permitiu debelar a hemorragia aguda em 87,9% dos casos. Seja-nos permitido apresentar com intuídos didáticos, embora não propriamente dentro do âmbito da nossa publicação, qual a atitude terapêutica que tomamos usualmente no nossos Serviço em face de uma H.D.A. É o que

fazemos sumariamente através dos Quadros XI e XII. A título de curiosidade, sintetizamos no Quadro XIII as possibilidades da terapêutica endoscópica de urgência no decorrer de uma crise hemorrágica, salientando o facto de o nosso Serviço praticar já, desde há algum tempo, o tratamento esclerosante das varizes esofágicas quer como medida profiláctica quer para estancar a hemorragia aguda.

QUADRO X — Hemorragias digestivas altas  
Tratamento

Médico	525 casos (% êxitos = 87,9)		
		U. Gástrica	3
		U. Duodenal	3
		Gast. Erosiva	1
Cirúrgico de urgência (1,8%)	11 casos	Hemangioma Gástrico	1
		Hemangioendoteliosarcoma	1
		Causa não esclarecida	1
		Neo Gást. c/ Perfuração	1

QUADRO XI — Hemorragias digestivas altas  
Tratamento médico

Medidas Gerais:

- \* Avaliação clínica e paraclínica da situação
- \* Atenção especial à T. A. — Pulso — Hemograma e outros parâmetros de avaliação de um eventual estado de choque.
- Sempre que possível — Pressão Venosa Central
- \* Sonda Naso-Gástrica — Lavagens (1/1 ou 2/2 h.) c/ soro ou água gelada. Hemostáticos.
- \* Critérios convencionais para as Transfusões:
  - Pulso > 100/mn
  - T. A. sist. < 100 mm Hg
  - Hb < 9 g%

Medidas Particulares:

- \* Diagnóstico etiológico precoce — Panendoscopia de urgência.
- Orientação do tratamento em função da etiologia.

↓  
Úlcera Péptica.

Lesões Agudas gastro-duodenais:

- Repouso. Leite frio 1/1 ou 2/2 h.
- Antiácidos.
- Cimetidina E. V. (medida a ponderar).

Varizes Esofágicas:

- Pituitrina E. V.
- Sonda de Sengstaken-Blakemore.
- Esclerose por via endoscópica.

QUADRO XII — Hemorragias digestivas altas  
Indicação cirúrgica

- \* Importância da avaliação médico-cirúrgica.
- \* Atenção especial aos doentes de alto risco.
- \* Critérios a ponderar:
  - Queda persistente dos parâmetros vitais apesar das medidas terapêuticas médicas.
  - Persistência ou recorrência da hemorragia requerendo mais do que 3 000-4 000 c.c. de sangue nas 48 h.
  - H. D. em quantidade superior a 600 c.c./h.
  - Perfuração associada.

QUADRO XIII — Hemorragias digestivas altas  
Tratamento endoscópico

Requisitos:

- 1.º Abordagem perfeita da lesão.
- 2.º Visibilidade perfeita do ponto que sangra.

A — Injecções locais de:

- \* Agentes Esclerosantes (Varizes Esofágicas).
- \* Agentes Vaso-Constritores.

B — Agentes Térmicos:

- \* Electrocoagulação
  - \* Termocoagulação
  - \* Criocoagulação
- } Acção por contacto
- \* Fotocoagulação — Acção à distância
  - LASER —

C — Agentes Mecânicos (balões, clips, etc.).

Como teremos oportunidade de focar nas conclusões deste trabalho, é particularmente na avaliação médico-cirúrgica e nos cuidados terapêuticos dos doentes de alto risco que existem lacunas a colmatar no sentido de reduzir a mortalidade.

Mas voltando à análise do Quadro X, verifica-se que há uma reduzida indicação no que respeita ao tratamento cirúrgico urgente. Se o baixo número de situações com indicação cirúrgica pode ser explicável no grupo das varizes esofágicas por cirrose hepática, por motivos sobejamente conhecidos, não o será na patologia gastro-duodenal e particularmente no que se refere à úlcera péptica crónica em doentes com idades superiores a 50 anos que se sabe estarem incluídos num grupo de alto risco pela frequência de hemorragia recidivante. Note-se, que estamos a considerar apenas a terapêutica cirúrgica de urgência — 1,8% — sendo inexistentes as indicações da chamada intervenção cirúrgica electiva, que implica uma menor

mortalidade do que a anterior, mas que pressupõe, como veremos mais adiante, uma monitorização conveniente dos pacientes de alto risco em unidades de cuidados intensivos (com particular atenção à determinação da pressão venosa central) e ainda, em cada caso, a uma estreita avaliação médico-cirúrgica desde o início da hemorragia digestiva. Actualmente, ainda não nos é possível usufruir destes cuidados de grande importância no tratamento e na consequente redução da mortalidade.

Como também se deduz do quadro em análise, não se faz referência aos casos em que, após vencido o surto hemorrágico e o doente totalmente recuperado, se solicitou posteriormente a cirurgia em função da histórica clínica e do diagnóstico etiológico.

### C — Mortalidade

A mortalidade da nossa série atinge ainda uma quota apreciável, na ordem dos 10,2% (Quadro XIV). Realçamos, contudo, o contributo importante do grupo das varizes esofágicas (por hipertensão portal de causa cirrótica) que perfaz quase metade — 40,9% — das causas de morte. Na verdade, a título de curiosidade, excluindo as varizes esofágicas a mortalidade desce para cerca de 6%.

QUADRO XIV — Hemorragias digestivas altas

\* Mortalidade: N.º de casos = 61  
% em relação ao N.º Internamentos/H D. = 10,2  
% em relação ao N.º Doentes = 10,8

Diagnóstico	Total	% a)	% b)
Var. Esofágicas (Cirrose)	25	40,9	30,8
Úlc. Gástrica	4	6,5	3,0
Úlc. Duodenal	c) 3	4,9	2,6
Gast. Erosiva	d) 3	4,9	3,7
Causa não esclarecida	e) 26	42,6	26,8

- \* Inclui 8 casos/Alta piorada  
a) em relação ao n.º total/falecidos  
b) em relação à etiologia  
c) 1 caso após Cirurgia/Urgência  
d) 1 caso associado c/ A. V. C.  
e) 17 casos com Cirrose Hepática

Numa análise mais pormenorizada dos casos fatais verificamos que dos 4 casos de úlcera gástrica: — 1 associou-se com edema pulmonar agudo; 1 faleceu dentro de 24 horas e 2 faleceram alguns dias após o internamento. Dos 3 casos de úlcera duodenal: — 1 apresentou concomitantemente perfuração (comprovada na mesa de autópsias); 1 tinha associadamente diabetes mellitus; 1 faleceu seis dias após o internamento. Dos doentes com gastrite erosiva hemorrágica: — 1 faleceu dentro das 24 horas após a admissão hospitalar; 1 sofreu um acidente vascular cerebral e ao terceiro associou-se uma insuficiência respiratória aguda.

No que se refere à distribuição etária (Fig. 4) a mortalidade por varizes esofágicas predominou na década de 50 e 60, enquanto ao casos de úlcera péptica aumentaram a partir dos 60 anos, o que está de acordo com a ideia atrás anotada sobre a inclusão destes doentes num grupo de alto risco.

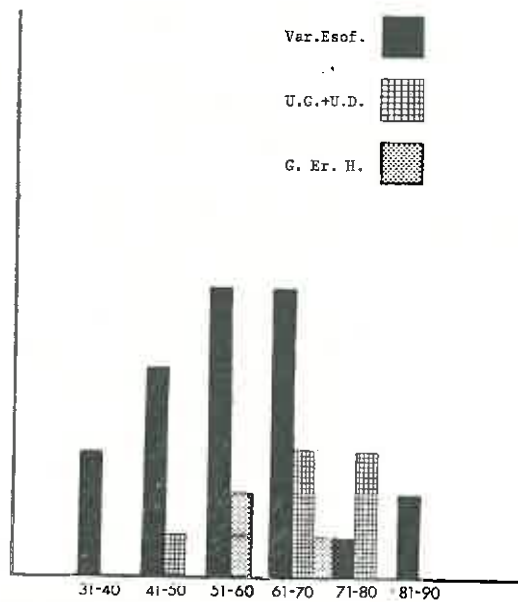


FIG. 4 — Mortalidade. Distribuição Etária

De algum modo interessante é a observação do Quadro XVI em que consideramos três períodos de análise desde 1974 a 1979. Os períodos referidos correspondem aos estudos parcelares que efectuamos ao longo destes últimos cinco anos. Sem o intuito de dissecar em pormenor alguns dos dados ou tirar conclusões apressadas, chamamos apenas a atenção para o facto de a morta-

QUADRO XV — H. D. altas — Comparação da série actual com outras já publicadas

Autores	Palmer 1969	A. Jones 1970	Schiller col. 1970	Walls col. 1971	Cotton col. 1973	P. Correia col. 1974	Weil col. 1975	Actual 1979
N.º de casos	1400	4131	2149	165	208	516	210	597
Diagnóstico %								
U. D.	27,7	35	29	41	24	32,1	18,1	18,7
U. G.	12,5	16,5	15,1	14,6	28,3	9,7	21,4	22,1
Var. Esof.	18,7	2,7	2,4	3	3,4	25,2	18,1	13,5
Gast. Erosiva a)	12,4	25,6 b)	—	10	11	—	27,6	16,8
Neo Gástrico	1,4	2,7	2,2	4,2	1,9	2,9	2,8	3,8
N/ Esclarecido	7	3	26,2	15,3	14,9	15,9	2,4	16,2
Mortalidade %	7,9	9	8,9	8	3,8	17,4	—	10,2

a) E outras lesões agudas hemorrágicas.

b) Diagnóstico não totalmente confirmado.

QUADRO XVI

17/Agosto/1974 a	N.º total H. D. A. = 330 = 22,3% Endoscopia Alta = 82% Endoscopia/Urgente = 71% U. G. + U. D. = 44,1%
31/Março/1977	Var. Esofágicas = 15,1% Gast./Duod. Erosivas = 15,1% Mortalidade = 11,2%
31/Março/1977 a	N.º total H. D. A. = 102 = 14,9% Endoscopia Alta = 92,1% Endoscopia/Urgente = 74,5% U. G. + U. D. = 40,1%
31/Março/1978	Var. Esofágicas = 11,7% Gast./Duod. Erosivas = 15,6% Mortalidade = 11,7%
31/Março/1978 a	N.º total H. D. A. = 165 = 16,3% Endoscopia Alta = 84,8% Endoscopia/Urgente = 75,7%
17/Agosto/1979	U. G. + U. D. = 35,1% Var. Esofágicas = 11,5% Gast./Duod. Erosivas = 21,2% Mortalidade = 7,2%

li lade descer do primeiro para o terceiro período de 11,2% para 7,2% o que se deve com certeza ao aumento da taxa das lesões agudas erosivas (15,1% para 21,2%) em detrimento da percentagem das varizes esofágicas (15,1% para 11,2%), factos acompanhados por um aumento das endoscopias de urgência de 71% para 75,7%.

Para terminar este capítulo referente à análise dos resultados obtidos da experiência do nosso Serviço, comparam-se (Quadro XV) as etiologias e a mortalidade da série actual com outras já publicadas. Como é evidente, a comparação entre

as diversas séries publicadas (1, 2, 5, 12, 15, 17, 18) enfermará sempre de algumas limitações como por exemplo:

- Dos diversos meios semiológicos utilizados.
- Dos critérios de diagnóstico que podem variar de autor para autor.
- Da especificidade dos Serviços e da selecção dos doentes.
- Das diferenças geográficas de patologia.

Não devemos esquecer [5] que nas séries publicadas em que se utilizou a radiologia não urgente como método semiológico principal na detecção da causa da hemorragia, os resultados devem ser apreciados, no que respeita à sua exactidão e segurança, dentro de determinados limites.

#### IV — DISCUSSÃO. CONCLUSÕES

Será lícito, desde já e em função da análise dos resultados, sublinhar algumas conclusões que constituirão, por sua vez, um ponto de partida para uma discussão ulterior.

- Durante o período decorrente assinalado para este estudo, a percentagem de internamentos no Serviço de Gastrenterologia dos H.U.C. por H.D.A. é alta — 18,8% — em relação ao total das 3167 admissões.
- Apresentamos um diagnóstico causal positivo próximo dos 85%, o que se deve com certeza à efectivação do estudo endoscópico em mais de 80% dos doentes inter-



nados devido a H.D.A., constituindo portanto o método semiológico principal.

- 3.º Há um predomínio causal do grupo da úlcera péptica (úlceras gástrica e duodenal) com uma taxa de 40,8%.
- 4.º As lesões agudas hemorrágicas (gastrite e duodenite erosivas) ocupam o segundo lugar na frequência etiológica com uma quota (16,8%) apreciável e mesmo superior ao grupo de varizes esofágicas (13,5%). Este facto é fundamentado no papel que a endoscopia de urgência possui na nossa experiência, método que, como se sabe, é essencial para o diagnóstico das lesões agudas da muosca gastro-duodenal.
- 5.º Em 97 casos (16,2%) não foi possível esclarecer a causa da hemorragia digestiva.
- 6.º A mortalidade da série actual — 10,2% — apesar de não se afastar demasiado da média da mortalidade referida em muitos trabalhos sobre este tema, é ainda significativa. Frisamos de novo, no entanto, a quota parte representada pelos doentes com varizes esofágicas por cirrose hepática.

Estas constatações levam-nos à asserção, aliás de acordo com as opiniões defendidas por diversos autores [3, 6, 8, 9, 14, 18] que o número de casos (Quadro XVII) em que não é possível detectar o local e a natureza da lesão hemorrágica, será tanto mais reduzido quanto mais, de um modo sistemático, se realizar a panendoscopia de urgência nas primeiras 24 ou melhor ainda 12 horas após a hemorragia, tendo esta noção uma premência particular nos doentes com sinais de hipertensão portal de causa cirrótica, devido à frequência com que estes pacientes sangram de outros processos que não as varizes esofágicas.

#### QUADRO XVII

Etiologia não esclarecida	97 casos
Não se realizou Endoscopia Urgente em 66 casos → 68%	

Ora, este desiderato implica que:

- a) Exista uma adequada articulação entre os Serviços de Endoscopia e os Serviços de Urgência Hospitalar.

- b) Existam meios técnicos e equipas de endoscopistas preparados para atingir aqueles objectivos.

Na verdade, a frequência crescente das lesões agudas erosivas ou superficiais tipo Mallory-Weiss está relacionada, além de outros factores, com uma maior solicitação da panendoscopia precoce e, como é afirmado por alguns autores [3], este grupo de causas corresponderá provavelmente a cerca de 30% das H.D.A. de etiologia não esclarecida apontadas em trabalhos publicados anteriores ao desenvolvimento da fibroscopia digestiva.

Mas se há certezas no que respeita à abordagem semiológica dos pacientes com uma hemorragia digestiva alta, já quanto à mortalidade alguma discussão e controvérsia têm aflorado em numerosas publicações, mesas redondas ou simples comunicações.

Com efeito, é um facto que a mortalidade se tem mantido em valores estacionários (rondando os 8%) em muitas séries publicadas, ou por outras palavras, o seu decréscimo não tem acompanhado a nítida evolução e melhoria no que respeita aos meios semiológicos utilizados no diagnóstico etiológico urgente das H.D.A. (Quadro — Conclusões I). Daí a controvérsia que, aqui e além, ainda surge no que respeita ao problema alternativo diagnóstico conservador «versus» diagnóstico agressivo ou sobre a questão de saber se um doente com hematemese e/ou melenas beneficiará de facto de um exame endoscópico de urgência.

Não estando propriamente no âmbito deste trabalho uma apresentação exaustiva dos argumentos [7,15] daqueles que militam num ou noutro campo, seja-nos permitido dar a nossa opinião como corolário da experiência adquirida ao longo destes últimos anos. Assim, admitimos que:

- a) A clarificação da situação clínica com um diagnóstico etiológico seguro.
- b) O esclarecimento da localização e da natureza da lesão hemorrágica. É conhecido que as varizes esofágicas e as úlceras crónicas têm um pior prognóstico do que as lesões agudas.
- c) A orientação dada ao cirurgião no que respeita ao tempo óptimo e à abordagem cirúrgica planeada, em caso de intervenção urgente.
- d) As potencialidades já actuais e futuras no tratamento endoscópico urgente das H.D.A., facto considerado por muitos como um

apoio de peso dos que estão do lado da investigação semiológica precoce com a endoscopia de urgência,

são aspectos que constituem argumentos importantes daqueles que, como nós, defendem a necessidade sistemática, e sempre que possível, de um estudo endoscópico urgente e consequentemente da pesquisa rápida e segura do ponto lesional que sangra.

Certamente que há outros dados, digamos limitativos, de tipo económico que nem sempre podem permitir adequados Serviços de Endoscopia, contudo, este aspecto deverá ser subestimado num Hospital Central e mesmo num Hospital Distrital.

Se voltarmos de novo à análise do Quadro — Conclusões I, o problema não se pode colocar de um modo tão linear já que os pacientes com H.D.A. são doentes complexos em que outros factores exteriores ao aperfeiçoamento dos meios técnicos de diagnóstico condicionam o prognóstico. São os chamados factores de risco ou de prognóstico [10, 13, 16], a saber:

1 — Características de risco da hemorragia:

- a) Abundância inicial.
- b) Tendência à persistência e à recorrência particularmente nas primeiras 48 horas.
- c) Tipo hematemese.

2 — Idade acima dos 50-60 anos.

3 — Localização e natureza da lesão hemorrágica: — lesões crónicas com maior mortalidade do que as lesões agudas.

4 — Patologia grave concomitante.

#### CONCLUSÕES I

##### Hemorragias Digestivas Altas

#### Factos:

\* Melhoria significativa dos Métodos Semiológicos.

- Endoscopia de Urgência
- Rx de Urgência com Duplo Contraste
- Arteriografia Selectiva

\* Mortalidade ainda significativa na maioria das séries publicadas.

Será da ponderação destes factores, que podemos individualizar os doentes de alto risco.

No Quadro — Conclusões II tentamos sumariar o que atrás explicitamos, dando assim a ideia que o prognóstico não depende só do progresso tecnológico no domínio da semiologia gastroenterológica, mas também da importância da monitorização desses doentes em unidades de cuidados intensivos e da avaliação sistemática (e não concorrência) médico-cirúrgica.

#### CONCLUSÕES II

##### Hemorragias Digestivas Altas

#### Medidas a tomar:

1. Diagnóstico Etiológico Urgente
  - a — Articulação S. Endoscopia/S. Urgência Hospitalar
  - b — Meios Técnicos — Equipas de Endoscopistas

2. Tratamento Médico agressivo e controlado

3. Selecção/Doentes de Alto Risco
  - Avaliação Médico-Cirúrgica
  - Cirurgia Electiva

a — Persistência ou Recorrência da Hemorragia

b — Idade (acima 50-60 anos)

c — Natureza e Localização da Lesão (Lesões Crónicas versus Lesões Agudas)

d — Patologia grave concomitante

UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS

Não queremos deixar aqui de sublinhar o destaque que se tem dado à determinação da pressão venosa central. Com efeito, no controlo destes pacientes, além dos parâmetros habituais como o pulso, T.A. e o hemograma, a avaliação da P.V.C. permitirá, além de controlar a reposição de sangue necessário ao reequilíbrio do doente e restaurar rapidamente a massa sanguínea sem perigo de sobrecarga cardíaca, detectar precocemente uma recidiva hemorrágica (mesmo antes do aparecimento de outros sinais clínicos) e portanto objectivar um agravamento na situação com a sua carga de risco importante [16].

Em resumo, o objectivo último destas medidas (que no nosso meio hospitalar se encontram condicionadas por deficiências estruturais e ainda por uma visão clássica no estudo e no trato destes

doentes) será completar o avanço já conseguido com o diagnóstico endoscópico de urgência no sentido de, por um lado, controlar e tornar mais eficiente o tratamento médico, e por outro lado, solicitar na devida altura e quando necessário uma terapêutica cirúrgica electiva. Será deste modo que contribuiremos para uma efectiva redução na mortalidade.

Para concluir o nosso trabalho, apresentamos no Quadro — Conclusões III, e de um modo sintético, a evolução ideal de um doente com uma H.D.A. Como se verifica, um Hospital Central, além dos requisitos próprios indicados num Hospital Distrital, deve estar equipado com uma Unidade de Cuidados Intensivos onde os doentes hemorrágicos de alto risco possam ser monitorizados.

## CONCLUSÕES III

## Hemorragias Digestivas Altas

H. D. A. = Internamento

## HOSPITAL CONCELHIO

- Triagem
- Primeiros Cuidados

## HOSPITAL DISTRITAL

- S. Endoscopia e/ou Rx de Urgência
- T. Médico com vigilância adequada
- Avaliação Médico-Cirúrgica

## HOSPITAL CENTRAL

- Doentes de Alto Risco
- Unidade de Cuidados Intensivos

## BIBLIOGRAFIA

- [1] ABREU M. B., CORREIA J. P., FARIA A., MENEZES V. M. — Hemorragias Digestivas — Experiência do Serviço de Patologia Médica do Hospital de Santa Maria de 1968 a 1974 — *J. Sociedade Ciênc. Médicas de Lisboa*, 10:885, 1975.
- [2] AVERY-JONES, GUMMER J. W. P., LENNARD-JONES J. C. — *Clinical Gastroenterology*, 2.º Ed., Ed. Blackwell S. C. Publ. Oxford: 548-562.
- [3] BODIN F., LICHTENSTEIN H., ROUDIER M., CONTE, M. — Renseignements fournis par l'exploration endoscopique de 368 malades examinés à l'occasion d'une Hémorragie Digestive Haute — *Arch. Fr. Mal. App. Dig.* 5:415, 1974.
- [4] CARLOS SOFIA e outros — Hemorragias Digestivas Altas — Experiência do Serviço de Gastroenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra — *O Médico* 1422:473, 1978.
- [5] COTTON P. B., ROSENBERG M. T., WALDRAM R. P. L., AXON A. T. R. — Early Endoscopy of Oesophagus, Stomach and Duodenal Bulb in patients with haematemesis and melaena — *B.M.J.*, 2:505, 1973.
- [6] GINESTAL A. C., CARDOSO A. F. — A endoscopia de urgência no diagnóstico etiológico das hemorragias digestivas altas — *J. Sociedade Ciênc. Médicas de Lisboa*, 10:901, 1975.
- [7] HOARE A. M. — Comparative study between endoscopy and radiology in acute upper gastrointestinal haemorrhage — *B.M.J.* 1:27, 1975.
- [8] KATON R. M., SMITH F. W. — Panendoscopy in early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding — *Gastroenterology* 65:728, 1973.
- [9] LEE E. R., DAGRADI A. E. — Hemorrhagic erosive gastritis — *A.J.G.* 63(3):201, 1975.
- [10] LOGAN R. F. A., FINLAYSON N. D. C. — Death in acute acute upper gastrointestinal bleeding. Can endoscopy reduce mortality? — *Lancet*, I:1173, 1976.
- [11] News trends in diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding — *Scand. J. Gastroent.* 5:415, 1974.
- [12] PALMER E. D. — The vigorous diagnostic approach to upper gastrointestinal tract haemorrhage — *J.A.M.A.* 207:1477, 1969.
- [13] PASCAL J. P., TOURNUT R. — Peut-on améliorer de pronostic des hémorragies digestives hautes? (en dehors de l'hypertension portale) — *Gastr. Clin. Biol.*, 1:409, 1977.
- [14] SCHILLER K. F. R., SALMON P. R. — Haematemesis and melaena — Modern topics in *Gastrointestinal Endoscopy*, 1.º Ed., W. H. Medical Books, Lda., London:109, 1976.
- [15] SCHILLER K. F. R., TRUELOVE S. C., WILLIAMS D. G. — Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing the outcome — *B.M.J.*, 2:7, 1970.
- [16] TRUELOVE S. C., GOODMAN M. J. — Acute upper gastrointestinal haemorrhage — Topics in *Gastroenterology* 3, 1.º Ed. Blackwell S. Publications:3, 1975.
- [17] WALLS W. D., GLANVILLE J. N., CHANDLER G. N. — Early investigation of haematemesis and melaena — *Lancet* 7721:387, 1971.
- [18] WEILL F. — A propos de 210 endoscopies en urgence dans les hemorragies digestives hautes — *Sem. Hop. Paris*, 51:1267, 1975.
- [19] WEILL F., RICATTE J. P. — Les indications de l'artériographie selective d'urgence dans les hémátémeses graves — *Sem. Hop. Paris*, 49, 2:149, 1973.