

# VALOR PROGNÓSTICO DA PRESENÇA DE SANGUE/COÁGULOS NO LÚMEN GÁSTRICO NA ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA

ISABEL SEVES, CONCEIÇÃO SOUSA, ZAIDA LUZ

Serviço de Gastrenterologia. Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa.

## RESUMO/SUMMARY

**Introdução:** Em situações de hemorragia digestiva alta (H.D.A.), é frequente o achado, quando da realização de Endoscopia Digestiva Alta (E.D.A.), de uma quantidade significativa de sangue/coágulos no lúmen gástrico, impedindo a correcta observação da mucosa.

**Objectivos:** Determinar o valor prognóstico deste achado endoscópico e a necessidade de realizar EDA de controlo.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo de 100 doentes consecutivos submetidos a EDA por H.D.A., com conteúdo hemático no estômago (grupo A) e 100 nas mesmas condições mas sem este achado endoscópico (grupo B). Analisaram-se comparativamente as lesões identificadas e a presença de parâmetros clínicos, laboratoriais e endoscópicos de gravidade da hemorragia.

**Resultados:** As lesões sangrantes mais frequentemente identificadas nos dois grupos foram as úlceras gástrica e duodenal; as lesões relacionadas com a hipertensão portal, foram em maior número no primeiro grupo. Neste, verificou-se também uma associação significativa com outros sinais endoscópicos de gravidade da hemorragia, assim como com os parâmetros de mau prognóstico, na evolução clínica. Ao realizar EDA de controlo identificaram-se novas lesões em 46% dos indivíduos do grupo A e 15% dos do grupo B.

**Conclusões:** Ao realizar EDA por H.D.A., o

## PROGNOSTIC VALUE OF THE FINDING OF BLOOD/CLOTS IN THE STOMACH AT THE EMERGENCY UPPER ENDOSCOPY

**Introduction:** In the setting of upper endoscopy after upper gastrointestinal bleeding (UGIB), the presence of blood or clots in the gastric lumen precluding the complete mucosal examination is a frequent finding.

**Aims:** To define the prognostic value of this endoscopic finding and the need of a follow-up endoscopy.

**Methods:** Retrospective study of 100 consecutive patients with UGIB and the endoscopic finding of blood in the stomach (Group A) and 100 at the same conditions but without this endoscopic finding (Group B). In both groups we compared the bleeding lesions and the presence of clinic, laboratorial and endoscopic signs of severity. **Results:** Gastric and duodenal ulcers were the bleeding lesions more frequently identified in both groups. Lesions related to portal hypertension were more frequent in the first than in the second one. There was also a significant association with other endoscopic signs of severe haemorrhage and with the clinical signs of bad prognosis.

In the follow-up endoscopy we found new lesions in 46% of the patients in the first group and only in 15% of the second one.

**Conclusions:** The endoscopic finding of blood or

achado de sangue/coágulos no estômago deve ser considerado um factor de mau prognóstico e implicar a realização de EDA de controlo.

*Palavras-chave: Hemorragia gastrointestinal; Conteúdo gástrico; Gastroscoopia.*

clots in the stomach should be considered as a bad prognostic sign and lead to a second endoscopy.

*Key words: Gastrointestinal haemorrhage; Stomach contents; Gastroscopy.*

## INTRODUÇÃO

A Hemorragia Digestiva Alta (H.D.A.) é uma causa frequente de internamento hospitalar, com uma incidência de aproximadamente 100 casos/ 100000 adultos por ano<sup>1</sup>. A Endoscopia Digestiva Alta (E.D.A.) é o melhor método complementar de diagnóstico actualmente disponível, e ao realizá-la é frequente, apesar da lavagem prévia sistemática através da sonda naso-gástrica, o achado de uma quantidade significativa de sangue e/ou coágulos ocupando parte do lúmen gástrico, não passível de remoção através da lavagem com o endoscópio, o que impede a completa observação da mucosa. Este achado endoscópico foi recentemente considerado como um factor preditivo de mau prognóstico nesta situação clínica<sup>2,3</sup>.

O objectivo dos autores foi estudar um grupo de doentes com hemorragia digestiva alta e conteúdo hemático no estômago quando da observação endoscópica, em comparação a um grupo controlo, determinando o valor prognóstico deste achado e a necessidade da realização de endoscopia de controlo.

## MATERIALE MÉTODOS

Foram seleccionados 100 doentes consecutivos submetidos a E.D.A. de urgência por H.D.A. no Hospital de Santo António dos Capuchos (H.S.A.C.), em que foi encontrado sangue e/ou coágulos no lúmen gástrico (grupo A). No grupo controlo (grupo B) incluíram-se 100 doentes também consecutivos com E.D.A. urgente por H.D.A., estes sem conteúdo hemático no estômago.

Os doentes eram provenientes de Serviços de Urgência ou de internamento do H.S.A.C. e de outros hospitais centrais ou distritais não dispendo de urgência de gastroenterologia. Após a realização da E.D.A., 33 doentes do grupo A e 44 do grupo B regressaram ao hospital de origem, permanecendo os restantes em observação no H.S.A.C. por um período mínimo de 12 horas.

Todas as E.D.A. foram realizadas menos de 24 horas após manifestações de H.D.A. No decurso da E.D.A. foi

realizada terapêutica endoscópica quando se verificou a presença de: lesão Dieulafoy, úlcera com hemorragia activa, vaso visível ou coágulo recente aderente, varizes esofágicas ou gástricas com hemorragia activa ou protuberância pigmentada. A terapêutica endoscópica realizada variou com o critério clínico e experiência do endoscopista, incluindo (isolados ou associados): injeção de Adrenalina a 1/10000, Polidocanol a 1% ou 2%, Etanolamina, Bicap. Incluiu-se ainda a colocação de Sonda de Sengstaken-Blakemore.

O estudo realizado foi retrospectivo com base no processo clínico dos doentes e foram registados na altura da admissão: idade, sexo, lesões sangrantes detectadas, incluindo a classificação de Forrest nas úlceras gástricas e duodenais<sup>4</sup> e presença de parâmetros clínicos, laboratoriais e endoscópicos de gravidade da hemorragia. No grupo de doentes que permaneceu no H.S.A.C. avaliou-se: - a percentagem de internamentos (> 24 horas); - ocorrência de recidiva hemorrágica; - necessidade de suporte transfusional e intervenção cirúrgica (imediate ou por manutenção / recidiva da hemorragia) e mortalidade em consequência da HD.

Em 39 doentes do grupo em estudo e 20 do grupo controlo, foi realizada E.D.A. de controlo no serviço de Gastroenterologia do H.S.A.C., avaliando-se as novas lesões aqui identificadas.

A análise estatística dos dados foi feita pelo teste de  $\chi^2$ , considerando-se *p* estatisticamente significativo quando  $\leq 0.05$ .

## RESULTADOS

No grupo A, 64% dos doentes eram do sexo masculino e 36% do feminino e no grupo B, esta proporção era de 62% / 38%. A idade média foi de 65 anos no 1º grupo (25-93) e 62 anos no 2º (19-90).

Na E.D.A. inicialmente realizada determinou-se a causa provável da hemorragia em 85 doentes do grupo A (85%) e em todos os do grupo B (100%). As lesões mais

frequentemente detectadas em qualquer dos grupos foram as úlceras gástrica e duodenal, de acordo com o que é habitualmente descrito na literatura<sup>5,6</sup>. As lesões relacionadas com a hipertensão portal assumiram maior importância no primeiro grupo, representando 23.4% do total, face a 8% no grupo B (quadro I).

Quadro I - Causas de hemorragia detectadas na primeira E.D.A.

Lesões detectadas	Grupo A (n=100)	Grupo B (n=100)
Úlcera gástrica	28,7%	33%
Úlcera duodenal	20,2%	29%
Varizes esofágicas	17%	4%
Gastrodúdenopatia erosiva	12,8%	17%
Lesão Dieulafoy	6,4%	1%
Esofagite grave	5,3%	6%
Varizes gástricas	5,3%	0%
Neoplasia	3,2%	1%
Gastropatia H.T.P.	1,1%	4%
Síndrome de Mallory Weiss	0%	5%

E.D.A. - Endoscopia Digestiva Alta; H.T.P. - hipertensão portal.

Para além destas, em 35% dos doentes do grupo A e 54% dos do grupo B foram detectadas outras lesões, não consideradas pelo endoscopista como causa da hemorragia.

Classificando segundo os critérios de Forrest todas as úlceras observadas (gástricas e duodenais) verificou-se que no grupo A predominaram as lesões dos graus I e II e no grupo B as dos graus II e III (quadro II).

Quadro II - Classificação de Forrest das úlceras detectadas

	Grupo A (n=46)	Grupo B (n=62)
Forrest I	13 (28,3%)	6 (9,7%)
Forrest II	29 (63%)	34 (54,8%)
Forrest III	4 (8,7%)	22 (35,5%)

Para além da classificação de Forrest, foi analisada a coexistência de conteúdo hemático no estômago e outros parâmetros de gravidade da hemorragia, verificando-se que havia uma associação significativa com os critérios endoscópicos mas não com os clínicos (quadro III).

Nos 67 doentes do grupo A e 56 do grupo B que permaneceram nesta instituição, verificou-se o internamento durante mais de 24 horas em 95,5% dos do grupo A e 76,8% do grupo B ( $p \leq 0.0021$ ), verificando-se também uma

Quadro III - Outros parâmetros de gravidade da hemorragia

Parâmetros de gravidade	Grupo A	Grupo B	p
Hb < 10 g/dl após H.D.A.	51%	45%	NS
Instabilidade hemodinâmica *	14%	9%	NS
Hemorragia activa	29%	9%	$p \leq 0.0003$
Necessidade de terapêutica endoscópica **	51%	18%	$p \leq 0.0001$

\* Definiu-se instabilidade hemodinâmica como Tensão Arterial sistólica  $\leq 90$  mm Hg ou Frequência Cardíaca  $> 100$ /min.

\*\* Segundo os critérios anteriormente referidos.

associação aos restantes parâmetros de mau prognóstico, com excepção da necessidade de intervenção cirúrgica pela hemorragia digestiva. A mortalidade foi também significativamente maior no grupo A do que no B (quadro IV).

Foi realizada E.D.A. de controlo no nosso hospital em 39 doentes do grupo A e 20 do grupo B, tendo-se identificado novas lesões em 46,2% / 15% ( $p \leq 0.0180$ ).

Quadro IV - Parâmetros de mau prognóstico

Evolução clínica	Grupo A	Grupo B	P
Recidiva hemorrágica	29,9%	12,5%	$p \leq 0.0206$
Necessidade de suporte transfusional	65,2%	39,3%	$p \leq 0.0035$
Necessidade de cirurgia	7,46%	7,14%	NS
Mortalidade pela H.D.	20,9%	3,6%	$p \leq 0.0045$

H.D. - Hemorragia digestiva.

Estas foram, no grupo A, varizes gástricas em 2 doentes, gastropatia da hipertensão portal em 4, ambos em 3, úlcera esofágica em 1, do fórnix gástrico em 2, do corpo em 4, bulbo em 1 e lesão de Dieulafoy em 1. No grupo B encontraram-se 2 doentes com úlcera do bulbo e 1 caso de gastropatia de hipertensão portal não anteriormente detectadas.

Verificámos que, dos 15 doentes em que não tinha sido possível determinar a causa da hemorragia no 1º exame, em 7, a E.D.A. de controlo realizada no nosso hospital permitiu identificá-la. Dos restantes 8, em 5 o exame de controlo foi realizado noutra instituição, em 2 não foi possível realizá-lo, por óbito num caso e noutro, por necessidade de intervenção cirúrgica por outro motivo e em 1 doente, houve necessidade de cirurgia urgente pela gravidade da hemorragia digestiva.

## DISCUSSÃO

A hemorragia digestiva alta ocorre na actualidade e segundo dados internacionais, com uma incidência de cerca de 100 casos / 100 000 adultos por ano (EUA e Reino Unido) e mantém uma mortalidade considerável (14%) apesar dos progressos terapêuticos<sup>1</sup>.

Nas situações de hemorragia aguda a E.D.A. é actualmente o melhor método complementar disponível, permitindo o diagnóstico da lesão sangrante em mais de 90 % dos casos<sup>7</sup>. Para além da elevada acuidade diagnóstica, este exame permite a total caracterização das lesões observadas e a realização, quando indicado, de terapêutica hemostática endoscópica.

A presença de sangue e/ou coágulos no lúmen gástrico em quantidade considerável impedindo a completa observação da mucosa gastroduodenal ocorre com uma frequência que varia entre os 4 e os 13%, consoante os autores<sup>7, 3</sup> e impede muitas vezes a determinação da causa da hemorragia. No nosso estudo ela impediu o diagnóstico da lesão sangrante em 15 % dos doentes.

Verificou-se que este achado se associou de modo significativo a maior gravidade segundo os critérios de Forrest e à necessidade de terapêutica endoscópica. Quanto aos critérios clínicos e laboratoriais, nomeadamente a presença de instabilidade hemodinâmica e de Hb < 10 g/dl, verificou-se uma maior incidência mas sem significado estatístico.

Verificámos ainda no presente estudo que, ao longo da evolução clínica, houve associação significativa com parâmetros clínicos e endoscópicos aceites como preditivos de pior prognóstico ( recidiva de hemorragia, necessidade de suporte transfusional) e com maior mortalidade. Estes achados estão de acordo com um estudo publicado em 1994<sup>2</sup> em que a presença de sangue no estômago foi avaliada comparativamente com outros factores de mau prognóstico, revelando-se o mais importante na previsão de recidiva e o factor endoscópico mais significativo na previsão de morte, superado apenas pela idade > 60 anos e

a ocorrência de recidiva hemorrágica<sup>2</sup>.

Habitualmente a necessidade de intervenção cirúrgica pela hemorragia digestiva é também considerado um factor de mau prognóstico. No nosso estudo não se verificou associação a este factor, o que consideramos estar em relação com o número menor de úlceras gástricas e duodenais e maior de lesões relacionadas com a hipertensão portal no grupo estudado.

A E.D.A. de controlo assumiu uma importância primordial neste grupo de doentes, revelando lesões não anteriormente detectadas em 46% dos casos.

## CONCLUSÕES

Podemos assim concluir deste estudo que, ao realizar E.D.A. por hemorragia digestiva alta, o achado de sangue/coágulos no estômago que impeça a visualização de toda a mucosa deve ser considerado um factor de mau prognóstico e implicar sempre a realização de E.D.A. de controlo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sleisenger & Fordtran's. Gastrointestinal and Liver Disease. 6<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: W.P. Saunders Company, 1998:198
2. Bettina Katschinski, Richard Logan, Jackie Davies, Gail Faulkner, Jim Pearson and Michael Langman. Prognostic Factors in Upper Gastrointestinal Bleeding. Dig. Dis. and Sci. 1994; 39: 706-712
3. Neil H. Stollman, Rajesh V. Putcha, Brett R. Neustater, Martin Tagle, Jeffrey B. Raskin, Arvey I. Rogers. The Uncleared Fundal Pool in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: Implications and Outcomes. Gastrointest. Endosc. 1997; 46: 324-327
4. Mondardini A., Barletti C., Rocca G. et al. Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Forrest's Classification: Diagnostic Agreement Between Endoscopists From The Same Area. Endoscopy 1998; 30 (6): 508-512
5. George F. Longstreth. Epidemiology of Hospitalization for Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage: a population-based study. Am. J. Gastroenterol. 1995; 90: 206-210
6. Sleisenger & Fordtran's. Gastrointestinal and liver Disease. 6<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998: 205
7. David A. Gilbert, Fred E. Silverstein, Francis J. Tedesco et al. The National ASGE Survey on Upper Gastrointestinal Bleeding. Gastrointest. Endosc. 1981; 27: 94-102.