

ESCLEROSE ENDOSCÓPICA NA HEMORRAGIA POR ÚLCERA PÉPTICA: UM AVANÇO REAL

JOSÉ COTTER, M. MARTINS ALVES, P. RUTGEERTS

Hospital Universitário de Santa Maria, Lisboa, Portugal. Hospital Universitário Gasthuisberg, Louvaine, Bélgica.

RESUMO

São referidos os novos métodos de hemostase endoscópica na hemorragia grave por úlcera gástrica ou duodenal, cuja aplicação é cada vez mais importante em doentes com elevado risco cirúrgico. Pelo baixo custo, simplicidade técnica e igual eficácia, parece aos autores ser a esclerose endoscópica o método de escolha.

SUMMARY

Endoscopic Sclerotherapy of Peptic Ulcers: a Real Progress

The new methods of endoscopic hemostasis for bleeding gastric or duodenal ulcers are discussed. These techniques are increasingly important in patients with high risk for surgery. Due to its low cost, technical simplicity and a success rate similar to the other methods, endoscopic sclerosis is probably the first choice therapy for these conditions.

A hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica ou duodenal permanece como um problema actual, principalmente devido ao facto de uma solução terapêutica totalmente eficaz não ter sido ainda encontrada. A cirurgia de emergência nestas situações está associada a uma significativa taxa de mortalidade de cerca de 20%¹, que aumenta substancialmente em doentes velhos ainda que sem particulares factores de risco². É pois com agrado que se acolhem métodos terapêuticos que permitam evitar a cirurgia ou façam com que esta seja realizada electivamente, isto é, com o doente recuperado sob o ponto de vista hemodinâmico, envolvendo assim um risco cirúrgico bastante menor.

A hemorragia aguda ocorre em 15-20% dos doentes com úlceras gástricas ou duodenais³, mas pára espontaneamente em cerca de 80% dos episódios. Contudo, a endoscopia de urgência permite verificar que 60% destes doentes que sofreram uma hemorragia aguda, têm úlceras com hemorragia activa não arterial, vaso visível não sangrante ou hemorragia arterial. Nestes casos, a persistência ou a recidiva hemorrágica são muito frequentes, obrigando a cirurgia de emergência em 24%, 38% e 59% respectivamente⁴. Por isso se aceita hoje que sejam estes casos submetidos de imediato a uma ou mais das várias modalidades terapêuticas de hemostase endoscópica disponíveis e de eficácia demonstrada: yag-laser⁵, electrocoagulação multipolar⁶ ou esclerose⁷.

O yag-laser tem fundamentalmente contra si o elevado preço, a difícil mobilização da unidade terapêutica e um maior risco de perfuração⁸. A electrocoagulação multipolar e a esclerose endoscópica são métodos mais baratos e tão ou mais eficazes^{8,9,10,11}. A esclerose é o método de mais baixo custo (apenas um injector e o agente esclerosante), pode ser utilizada com qualquer endoscópio e tem múltiplas aplicações: varizes esofágicas, injeção de grossos pedículos antes da polipectomia endoscópica, tratamento paliativo com álcool de alguns tumores do tubo digestivo. Assim ele poderá ser o método de escolha, particularmente em hospitais periféricos que disponham de material de endoscopia e de um médico treinado em endoscopia terapêutica. Por outro lado, a aquisição de material mais sofisticado (laser, electrocoagulação multipolar) para estes hospitais, nem sempre é facilmente justificável.

A esclerose das úlceras, tal como tem sido descrita por vários autores, consiste na injeção prévia de adrenalina (dilução 1/10 000) nos bordos da lesão e no vaso sangrante. Ao provocar uma vasoconstricção e tamponamento locais, não só fica diminuído o risco de hemorragia durante o exame mas também são melhoradas as condições de observação da lesão. Em seguida é injectado um produto esclerosante: polidocanol, álcool absoluto ou soro fisiológico hipertónico, conforme opção do endoscopista. Os resultados finais variam, nos estudos piloto, entre 80 a 100% de hemostase imediata e 6-21% de recidiva hemorrágica^{12,13}. Nos ensaios controlados já se demonstrou uma diminuição significativa da cirurgia de urgência, do volume de sangue transfundido e do tempo de internamento hospitalar^{7,14}.

Embora existam problemas que ainda não estão totalmente resolvidos — lesões localizadas na face posteroinferior do bulbo duodenal e algumas da parte alta da pequena curvatura gástrica, com mau acesso endoscópico e com recidivas hemorrágicas frequentes¹⁵ — é um facto que a esclerose constitui um avanço real no tratamento de urgência da hemorragia digestiva por úlcera, com evidente benefício para os doentes e diminuição dos custos hospitalares. Adicionalmente, os resultados conseguidos impõem uma redefinição obrigatória do *timing* para a execução da endoscopia de urgência, que deverá ser efectuada o mais precocemente possível e não até às 12-24 horas após a admissão hospitalar, como até agora se vinha propondo.

Resta aguardar que com o constante desenvolvimento da endoscopia terapêutica e especialmente das técnicas de hemostase endoscópica, se possa em breve controlar todas as situações de hemorragia aguda por úlcera péptica, de forma a evitar a cirurgia de urgência e reduzir ainda mais a mortalidade nestas situações.

BIBLIOGRAFIA

1. WELCH C.E., RODKEY G.V., VON RYLL-GRYSKA P.: A thousand operations for ulcer diseases. *Ann Surg* 1986; 204: 454-67.
2. CARABALONA J.P., MASSENGO R., CARABALONA P.: Les hemorragies des ulcères duodénaux angiotérebrants. *J Chir (Paris)* 1985; 122: 379-82.

3. WALKER C.: Complications of peptic ulcer disease and indications for surgery. In: Sleisenger M.H., Fordtran J.S., eds. *Gastrointestinal Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1983: 725-38.
4. STEELE R.J.C.: Endoscopy hemostasis for non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Br J Surg* 1989; 76: 219-25.
5. SWAIN C.P., KIRKHAM J.S., SALMON P.R., BOWN S.G., NORTHFIELD T.C.: Controlled trial of Nd Yag laser photocoagulation in bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1986; 1: 1113-6.
6. LAINE L.: Multipolar electrocoagulation in the treatment of active upper gastrointestinal tract hemorrhage. *N Engl J Med* 1987; 316: 1613-7.
7. PANES J., VIVER J., FORNE M., GARCIA-OLIVARES E., MARCO C., GARAU J.: Controlled trial of endoscopic sclerosis in bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1987; 11: 1292-4.
8. RUTGEERTS P., VANTRAPPEN G., BROECKAERT L., COREMANS G., JANSSENS J., HIELE M.: Comparison of endoscopic polidocanol injection and Yag Laser therapy for bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1989; 1: 1164-7.
9. RUTGEERTS P., VANTRAPPEN G., VAN HOOTEGEM P., ET AL.: Neodymium Yag Laser photocoagulation versus multipolar electrocoagulation for the treatment of severely bleeding peptic ulcers: a randomized comparison. *Gastrointest. Endosc.* 1987; 33: 199-202.
10. RUTGEERTS P., BROECKAERT L., COREMANS G., JANSSENS J., VAN ISVELDT, VANTRAPPEN G.: Randomized comparison of three hemostasis modalities for severely bleeding peptic ulcers: epinephrine injection alone (1), epinephrine + polidocanol 1% injection (2), epinephrine injection followed by Yag Laser (3). *Gastrointest Endosc* 1987; 33: 182.
11. LAINE L.: Multipolar electrocoagulation in the treatment of peptic ulcers with nonbleeding visible vessels. A prospective, controlled trial. *Ann Int Med* 1989; 110: 725-38.
12. RUTGEERTS P., VANTRAPPEN G.: Current status of endoscopic hemostasis for severely bleeding ulcers. *Scand J Gastroenterol* 1988; suppl. 154: 22-9.
13. ALVES M.M., COTTER J., FIDALGO P., DE MOURA M.C.: Esclerose endoscópica na hemorragia grave por úlcera péptica. *Gastroenterologia (Portugal)* 1989; 24: 115-9.
14. CHUNG S.C.S., LEUNG J.W.C., STEELE R.J.C., CROFTS T.J., LI A.K.: Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers: a randomized trial. *Br Med J* 1988; 296: 1631-3.
15. SWAIN C.P., SALMON P.R., NORTHFIELD T.C.: Does ulcer position influence presentation or prognosis of upper gastrointestinal bleeding? *Gut* 1986; 27: A 632.

Pedido de Separatas:
 José Cotter
 Hospital de Guimarães
 (Secção de Endoscopia Digestiva)
 4800 Guimarães

Ter carro é razão para alarme

É razão, sobretudo, para ter o melhor alarme.

Porque o alarme THE MASTER GUARDIAN utiliza um sofisticado micro-computador Texas Instruments que assegura uma fiabilidade óptima e permite uma enorme diversidade de importantes funções:

Ligação automática em caso de esquecimento; auto-diagnóstico permanente; sistema anti-sabotagem; memória; possibilidade de anulação temporária da protecção do habitáculo através do telecomando; circuito de ultrasons com cristal de quartzo; 2 telecomandos miniaturizados (tecnologia SMT); possibilidade de utilização mesmo sem telecomando; aviso de utilização indevida do telecomando; etc. E ainda certificado de seguro automático e gratuito (Garantia Seguros).

THE MASTER GUARDIAN. O mais recente e evoluído sistema de protecção do veículo. Cómodo e fácil de utilizar. É o melhor investimento que o seu carro merece.



Oráculo



Comércio de Equipamentos de Electrónica, Lda.
 R. do Figueiredo 10-A (A Belém) 1400 LISBOA — Tel.: 64 41 56

A.J.FONSECA, LDA

R. Barão Forrester, 801 — 4000 PORTO
 Tel. (02) 81 89 18 - 81 46 54 — Fax (02) 82 59 16