

# **HEMORRAGIA VARICOSA**

## **Profilaxia primária e secundária**

# Anvisa RDC 96

## Declaração de potencial conflito de interesse

---

**Nada a declarar. Nenhum dos participantes da reunião declarou exercer atividades em associação com fabricantes de equipamentos ou medicamentos citados no consenso, que poderiam ser considerados potenciais conflitos de interesse.**

## **Comissão Organizadora**

Alberto Queiroz Farias (SP)  
Angelo Alves de Mattos (RS)  
Edna Strauss (SP)  
Paulo L Bittencourt (BA)

## **Moderadores**

André Lyra (BA)  
Andréa R. Cavalcanti (BA)  
Helma Cotrim (BA)  
Igelmar Paes (BA)  
Luiz Guilherme Lyra (BA)  
Luciana Silva (BA)  
Ramiro Mascarenhas (BA)  
Raymundo Paraná (BA)

## **Painelistas**

Adriana V. S. Ribeiro (SOBED)  
Ajacio B. de Mello Brandão (RS)  
Arnaldo Dominici (MA)  
Carlos Terra (RJ)  
Cláudio Augusto Marroni (RS)  
Cristiane Valle Tovo (RS)  
Debora Crespo (PA)  
Edison Roberto Parise (SP)  
Fábio Marinho (PE)  
Flair José Carrilho (SP)  
Francisco J. Dutra Souto (MS)  
Henrique Sérgio Coelho (RS)  
João Galizzi (MG)  
Jorge Segadas Soares (RJ)  
Marcelo Abrahão Costa (DF)  
Paulo Herman (SP)

# Algoritmos de tratamento

## ❖ **Consenso de Baveno IV - 2005**

De Franchis R. J Hepatol 2005; 43:167

## ❖ **Practice Guideline da AASLD - 2007**

Garcia-Tsao G, Sanyal A. Hepatology 2007; 46:922

## ❖ **Consenso brasileiro de HDA varicosa- 2009**

Bittencourt PL, Farias AQ, Mattos A. et al. Arq Bras Gastroenterol 2009



- Por que um consenso brasileiro?
  - Redução da mortalidade associada à HDA de 50% para 15% com tratamento padronizado na literatura
  - Tratamento inicial geralmente realizado por médicos do P.S. ou intensivista. Raramente por hepatologistas
  - Dificuldade em adaptar as diversas opções de monitorização e tratamento à realidade brasileira
    - Disponibilidade de drogas vasoativas, ligadura elástica, medida de gradiente, etc.

# Cenários no tratamento da Hipertensão portal

## **PROFILAXIA PRÉ-PRIMÁRIA**

prevenção de varizes

## **PROFILAXIA PRIMÁRIA**

prevenção do 1<sup>o</sup> episódio de HDA

## **TRATAMENTO DO SANGRAMENTO AGUDO**

## **PROFILAXIA SECUNDÁRIA**

prevenção da recorrência da HDA

# **INDICAÇÃO DE PROFILAXIA DO PRIMEIRO SANGRAMENTO VARICOSO: QUAIS 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.***

## **INDICAÇÃO DE PROFILAXIA DO PRIMEIRO SANGRAMENTO VARICOSO: QUAIS AS EVIDÊNCIAS?**

**Recomendações:**

**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**

**4) A determinação do HVPG pode ser útil na seleção de pacientes de maior risco para sangramento antes e mesmo após a instituição de profilaxia primária, mas seu uso rotineiro não pode ainda ser recomendado, ficando seu emprego restrito a centros especializados.**



## **QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA PROFILAXIA PRIMÁRIA ?**

### **Recomendações:**

- 1) Deve-se instituir profilaxia primária com BBNS ou LEVE em pacientes com cirrose hepática e varizes de médio/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/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**

## **QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA PROFILAXIA PRIMÁRIA ?**

### **Recomendações:**

**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**

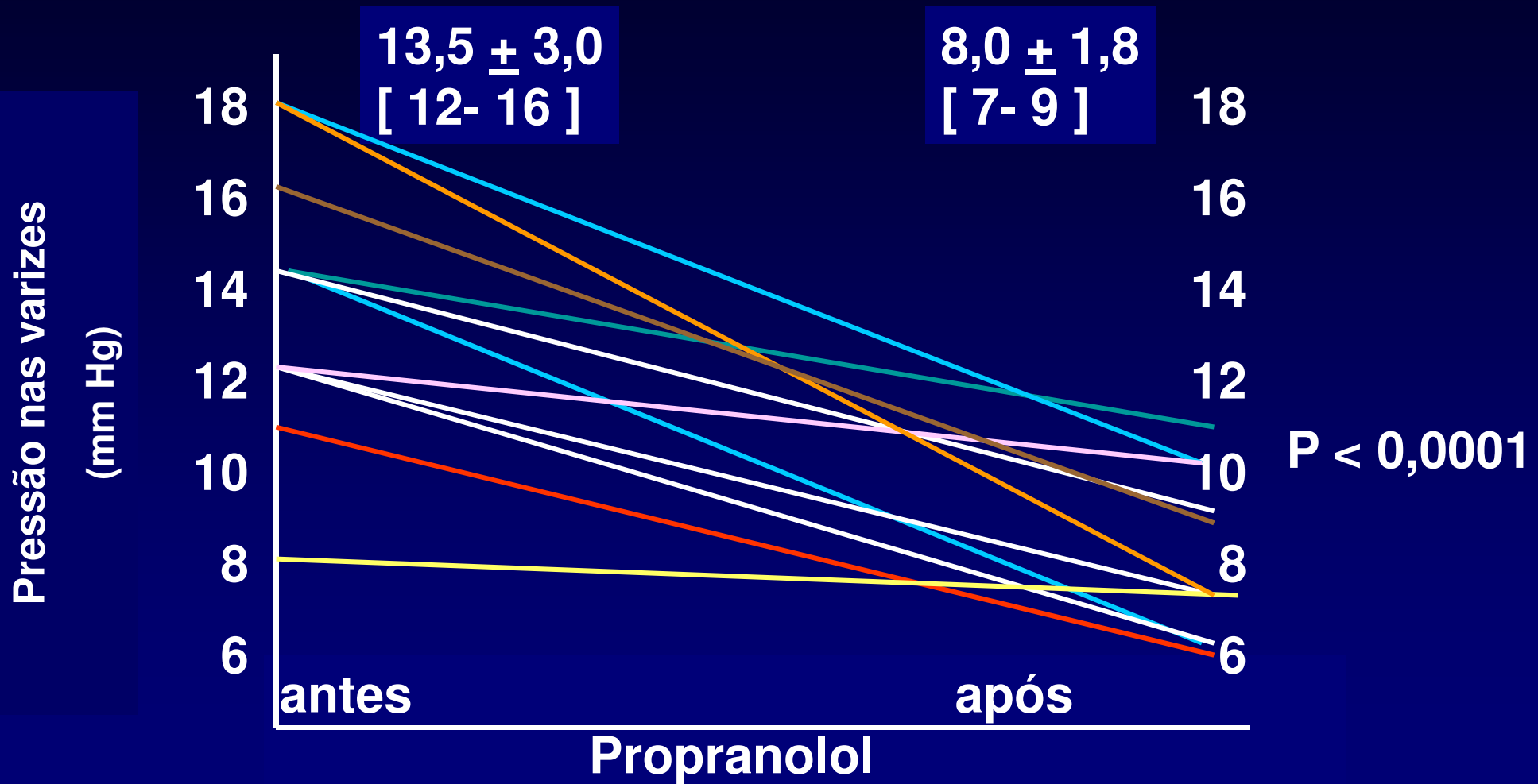
# Propranolol controverso na esquistossomose mansônica

	antes	após	valores
Índice cardíaco	4,0±0,9	3,3±0,5	3-3,4 l/min/m <sup>2</sup>
Índice de trabalho ventrículo esquerdo (LVSWI)	64,6±15,9	52,7±11,8	50-62 g/m/m <sup>2</sup>
Índice de trabalho ventrículo direito (RVSWI)	11,4±3,3	13,5±3,6	7,9-9,7 g/m/m <sup>2</sup>
Fluxo veia ázigos	390,5±165,3	257,5±128,2	100-200 ml/min

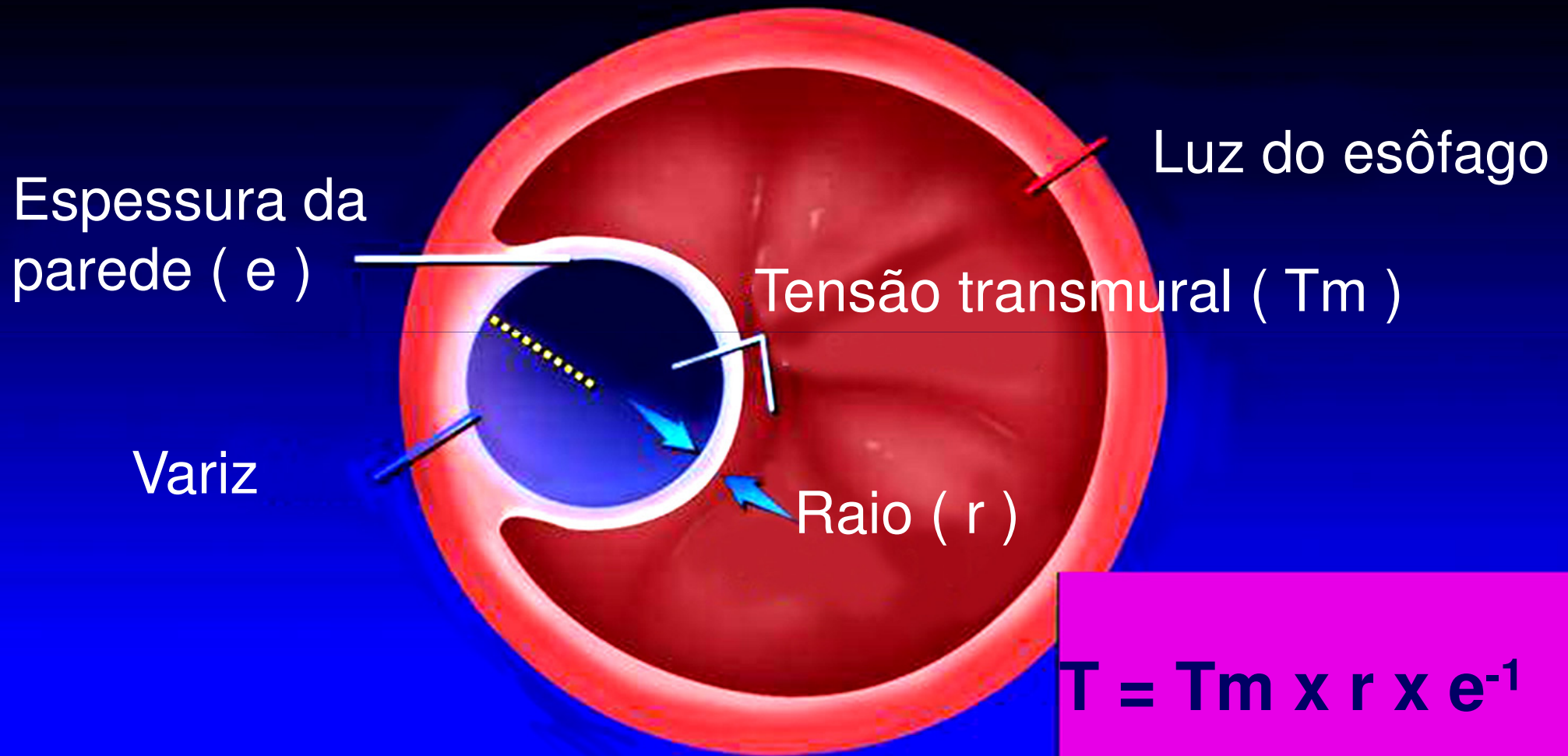
**NÃO REDUZIU PRESSÃO PORTAL**

# Esquistossomose mansônica

Beta-bloqueadores reduzem a pressão nas varizes



A Tensão (T) da parede da variz é um fator determinante no risco de ruptura



$$T = Tm \times r \times e^{-1}$$

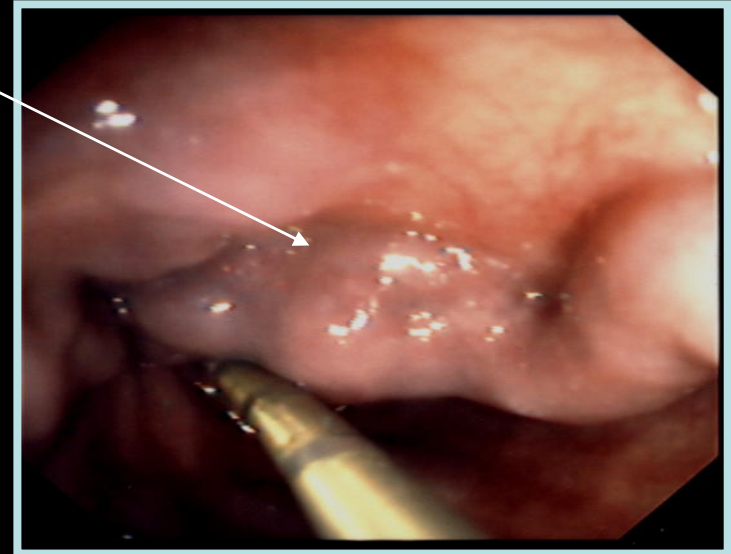
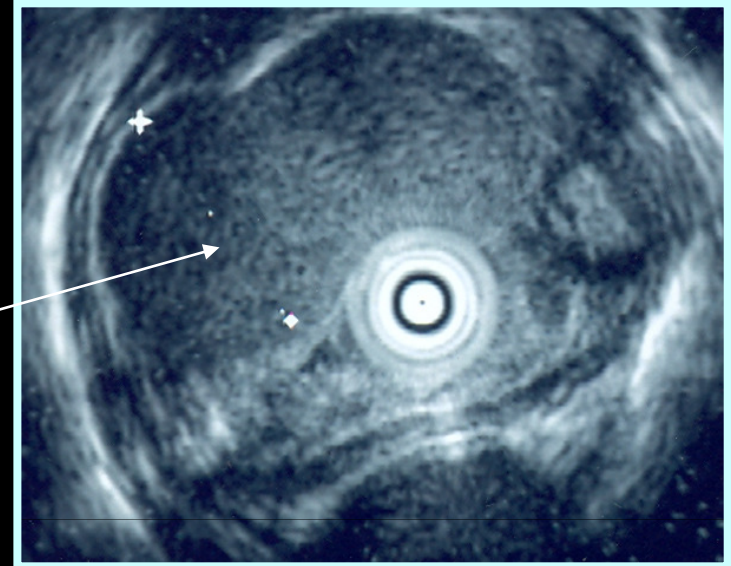


# Risco de HDA e tensão de parede

Lei de Laplace

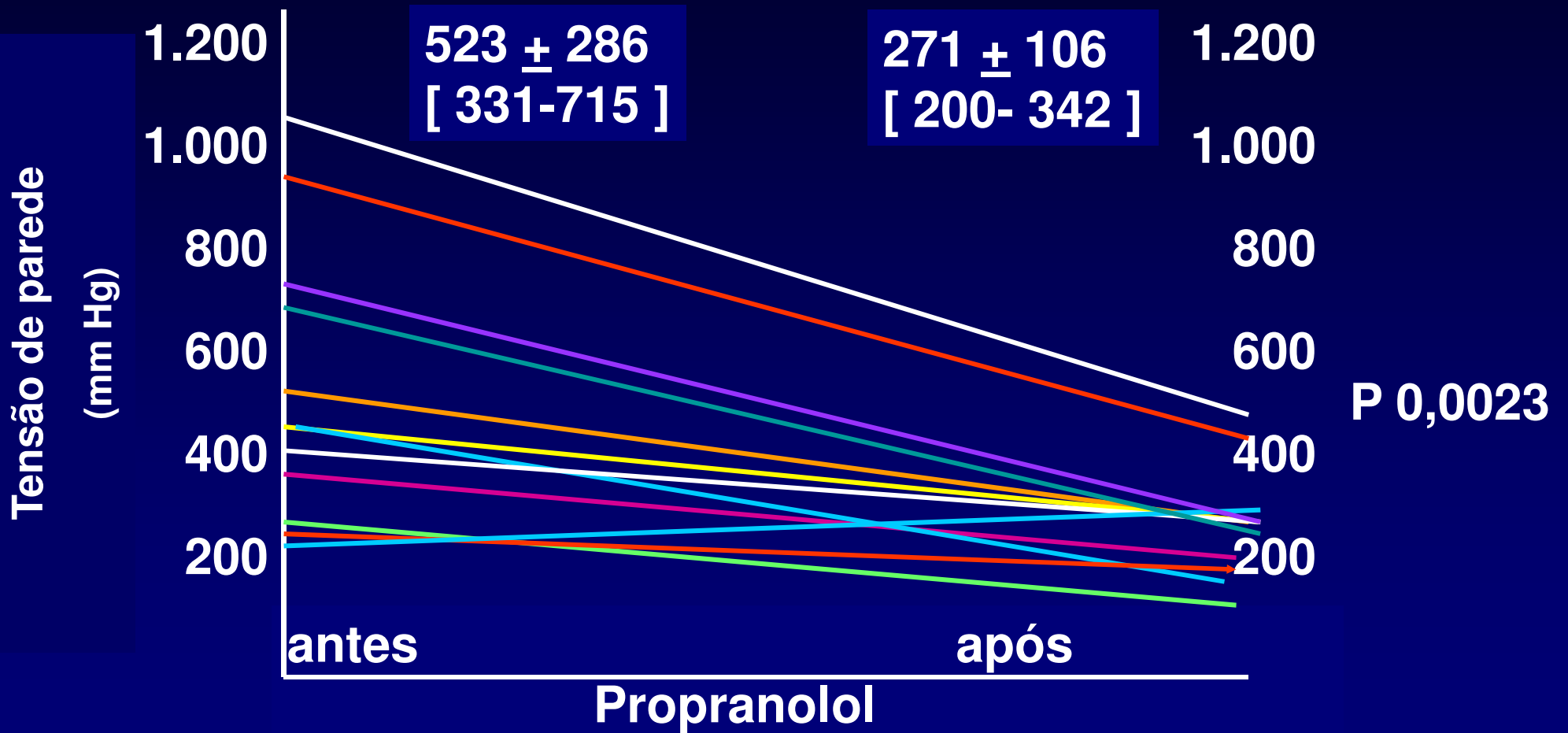
$$T = P \times r \times E^{-1}$$

$$T = P \times r \times f$$



# Esquistossomose mansônica

Beta-bloqueadores reduzem a tensão da parede das varizes



## **MANEJO DA HP NA ESQUISTOSSOMOSE**

**Na hipertensão portal esquistossomótica, os dados publicados são limitados para estabelecer recomendações formais acerca do uso de beta-bloqueadores ou tratamento endoscópico para profilaxia primária. Entretanto, ambas as opções são aceitáveis. Não se recomenda esclerose de varizes para profilaxia primária.**



# Complicações vasculares da hipertensão portal

---

- Síndrome Hepato-pulmonar
  - Primariamente, distúrbio de troca gasosa resultando em hipoxemia
  - 10% dos pacientes da lista de transplante hepático
- Hipertensão Porto-pulmonar
  - Primariamente, distúrbio hemodinâmico resultando em insuficiência cardíaca direita
  - 1% dos pacientes com cirrose hepática

# Hipertensão pulmonar na esquistossomose mansônica hepato-esplênica

**Ecocardiograma 18,5%**

**Cateterismo 7,7%**

Lapa M, Dias B... Farias A et al. *Circulation* 2009; 119:1518

# Deleterious Effects of $\beta$ -Blockers on Exercise Capacity and Hemodynamics in Patients With Portopulmonary Hypertension

STEEVE PROVENCHER,\* PHILIPPE HERVE,<sup>†</sup> XAVIER JAIS,\* DIDIER LEBREC,<sup>§</sup> MARC HUMBERT,\*  
GERALD SIMONNEAU,\* and OLIVIER SITBON\*

\*Centre des Maladies Vasculaires Pulmonaires (UPRES EA 2705), Service de Pneumologie, Hôpital Antoine Bécclère, Clamart; <sup>†</sup>Centre Chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson; and <sup>§</sup>Laboratoire d'Hemodynamique Splanchnique et de Biologie Vasculaire, INSERM Unité 481, Hôpital Beaujon, Clichy, France

# **QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA PROFILAXIA SECUNDÁRIA**

- 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 pelo paciente (frequência cardíaca entre 55 e 60 bpm)**

# **QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA PROFILAXIA SECUNDÁRIA**

**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 método de primeira linha na profilaxia secundária do sangramento digestivo. A associação de LEVE com escleroterapia não se mostrou mais eficaz do que LEVE isolada**

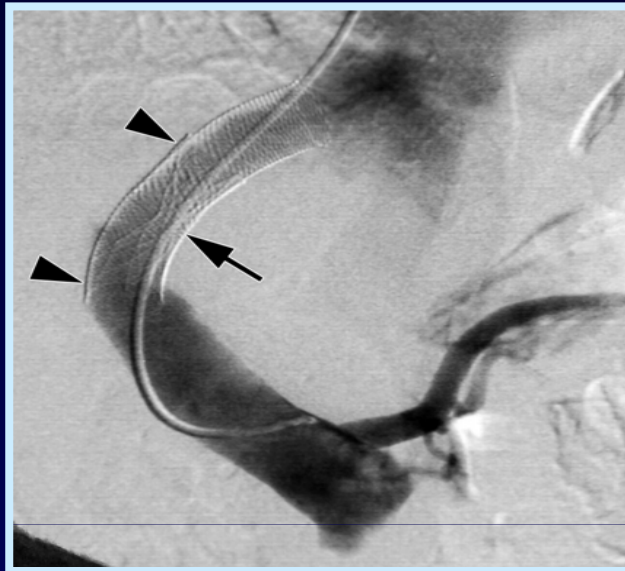
## **CONDUTA NO PACIENTE COM RECORRÊNCIA DE SANGRAMENTO**

**Na falência de profilaxia secundária com terapêutica combinada, após uso das drogas vasoativas associadas a tratamento endoscópico, as terapias de resgate mais aceitas são uso tamponamento transitório com balão esofágico, a colocação de TIPS e o tratamento cirúrgico da hipertensão portal na indisponibilidade de TIPS**

**Em cirróticos as cirurgias de derivação, tipo anastomose porto-cava calibrada ou meso-cava também estão indicadas como terapia de resgate nos casos de ressangramentos Quando da utilização de próteses, dá-se preferência àquelas com diâmetro de 8mm, para reduzir a frequência de encefalopatia hepática**

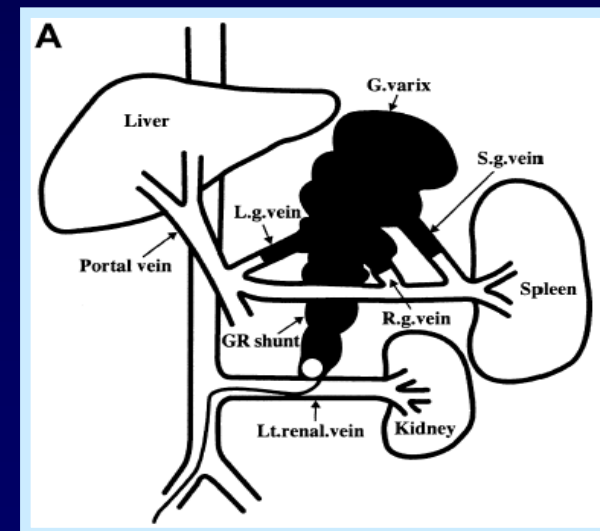
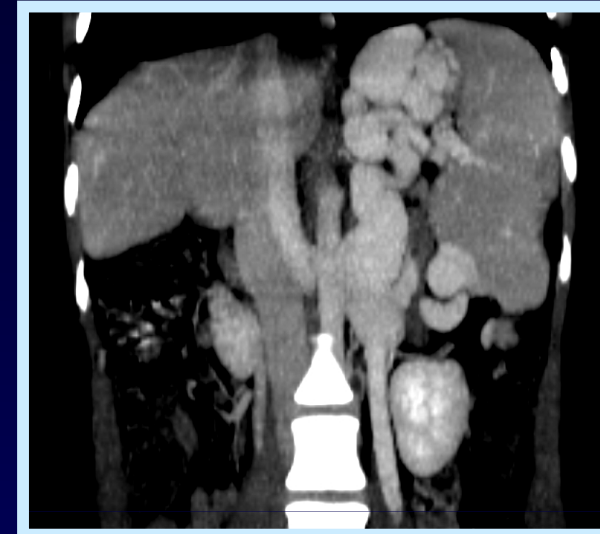
# Opções de Radiologia Intervencionista

TIPS



Transjugular Intrahepatic  
Porto-Systemic Shunt

BRTO



Balloon-occluded Retrograde  
Transvenous Obliteration


## **MANEJO DA HP NA ESQUISTOSSOMOSE**

***3) Para profilaxia secundária, o tratamento farmacológico e/ou endoscópico é possível e aceitável.***

***4) Não há estudos comparativos mostrando superioridade da cirurgia em relação a outras terapias. Dada a eficácia e segurança da ligadura elástica, o tratamento cirúrgico é recomendado somente como resgate do tratamento endoscópico.***

***5) As diferentes técnicas cirúrgicas influenciam o resultado terapêutico, sendo a desconexão ázigos-portal considerada como método de escolha.***



An endoscopic view of the esophagus showing a large, dark, rounded variceal lesion. The lesion is located in the lower esophagus and appears to be a large, dilated vein. The surrounding mucosa is reddish and shows some inflammation. The text "Ainda existe lugar para a escleroterapia de varizes de esôfago?" is overlaid on the image.

**Ainda existe lugar para a escleroterapia de varizes de esôfago?**

**A ligadura elástica é o método de escolha em todas as diretrizes atuais**

**Consenso de Baveno IV**

J Hepatol 2005;43:167

---

**Guidelines AASLD**

Hepatology 2007;46:922

**AASLD / EASL**

Hepatology 2008;47:1764

---

**Consenso Brasileiro de Hemorragia Digestiva**

2009; em publicação

# **Sustained Rise of Portal Pressure After Sclerotherapy, But Not Band Ligation, in Acute Variceal Bleeding in Cirrhosis**

Alec Avgerinos,<sup>1,2</sup> Anastasios Armonis,<sup>1</sup> Gerasimos Stefanidis,<sup>1</sup> Nikoleta Mathou,<sup>1</sup> Jiannis Vlachogiannakos,<sup>1</sup>  
Anastasios Kougioumtzian,<sup>1</sup> Christos Triantos,<sup>1</sup> Costas Papaxoinis,<sup>1</sup> Spilios Manolakopoulos,<sup>1</sup>  
Anna Panani,<sup>2</sup> and Sotiris A. Raptis<sup>2</sup>

**(HEPATOLOGY 2004;39:1623–1630.)**