

# AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM VARIZES ESOFÁGICAS HEMORRÁGICAS SUBMETIDOS À ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA

RENER GUERRA BALAN<sup>1</sup>  
MILTON SHIGUEKI NAGAOKA<sup>1</sup>  
INÊS OGAI NAKAMOTO<sup>1</sup>  
ROSE MEIRE ALBUQUERQUE PONTES<sup>2</sup>  
EVELIN MASSAE OGATTA MURAGUCHI<sup>2</sup>  
FAISSAL JOSÉ MUARREK<sup>2</sup>  
PEDRO HUMBERTO PERIN LEITE<sup>2</sup>

BALAN, Rener Guerra; NAGAOKA, Milton Shigueki Nagaoka; NAKAMOTO, Inês Ogai; PONTES, Rose Meire Albuquerque; MURAGUCHI, Evelin Massae Ogata; MUARREK, Faissal José; LEITE, Pedro Humberto Perin. Avaliação dos pacientes com varizes esofágicas hemorrágicas submetidos à escleroterapia endoscópica. *Semina: Ci. Biol./Saúde*. Londrina, v. 16, n. 2, p. 292-294, jun. 1995.

**RESUMO:** A hemorragia alta por varizes de esôfago é uma das complicações mais graves de pacientes com hipertensão portal e a escleroterapia endoscópica tem sido utilizada para o tratamento e profilaxia do ressangramento. O presente estudo tem como objetivo avaliar a evolução dos pacientes submetidos à escleroterapia em relação à presença de ressangramento e as complicações, num período de dois anos. Dos 31 pacientes que foram admitidos no estudo, 48.4 % apresentaram ressangramento durante o acompanhamento e 51.6 % tiveram complicações, sendo a úlcera esofágica a mais freqüente (56.3%).

**PALAVRAS-CHAVE:** varizes esofágicas, escleroterapia endoscópica, úlcera esofágica.

## INTRODUÇÃO

A probabilidade de um paciente ressangrar após o primeiro sangramento por varizes esofágicas é de aproximadamente 70 % nas seis primeiras semanas seguintes, diminuindo essa incidência gradualmente. Os métodos conhecidos para a prevenção de ressangramento e os procedimentos cirúrgicos visam reduzir a hipertensão portal. Estes últimos constituem arma de maior efetividade mas limitados pela possibilidade de encefalopatia hepática. A escleroterapia endoscópica e o uso de propranolol apresentam resultados controversos, como sugere RIKKERS (1988).

Este estudo tem por objetivo conhecer a população de pacientes que frequenta o Programa de Esclerose Endoscópica Ambulatorial do Hospital Universitário de Londrina, avaliando o ressangramento e as possíveis complicações decorrentes da escleroterapia endoscópica em 31 pacientes submetidos ao procedimento.

## PACIENTES E MÉTODO

No período de 1984 a 1994, no Hospital Universitário de Londrina, oitenta e oito pacientes entraram no programa de esclerose endoscópica de varizes, por terem apresentado hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago. Desse total, trinta e um pacientes

foram admitidos no estudo, por estarem freqüentando regularmente o programa, com última revisão há no máximo dois anos. Assim, cinquenta e cinco pacientes foram excluídos por estarem sem revisão nos últimos dois anos (abandono, por parte do paciente, do tratamento e perda de contato).

A hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago foi definida clinicamente pela presença de hematêmese ou melena e exame endoscópico, que foi realizado nas primeiras 24 horas após o sangramento.

O diagnóstico etiológico da doença de base foi estabelecido através do quadro clínico, avaliação da função hepática, ultra-sonografia e, quando possível, biópsia hepática guiada por laparoscopia.

Os pacientes com diagnóstico de cirrose hepática foram classificados conforme o grau de insuficiência hepática segundo os critérios de Child-Pugh.

Para a escleroterapia utilizou-se solução de oleato de monoetanolamina a 2.5 %, com injeção de 2 a 3 ml dentro do cordão varicoso, num total de 20 a 40 ml por sessão. A primeira sessão era realizada em no máximo 24 horas após o início do sangramento.

Se houvesse persistência de sangramento, era colocado o balão de Sengstaken-Blakemore por 24-36 horas e nova esclerose após sua retirada.

A segunda sessão era efetivada após uma semana da primeira; a terceira após 15 dias e as subseqüentes mensalmente até sua redução para

1 - Residente de Gastroenterologia Clínica

2 - Docente do Departamento de Clínica Médica da Disciplina de Gastroenterologia Clínica - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina - Caixa Postal 6001 - CEP 86051-970

tamanho mínimo; depois bimensalmente até desaparecimento completo das varizes. Após seu desaparecimento, realizava-se controle endoscópico anual.

Na primeira endoscopia, as varizes eram classificadas segundo a Sociedade Japonesa de Endoscopia :

grosso calibre - grandes cordões, espiraladas e ultrapassando 1/3 da luz esofágica.

médio calibre - quando tortuosas e ocupando menos de 1/3 da luz.

pequeno calibre - quando apresentavam cordões lineares não tortuosos.

Utilizou-se o Método Exato de Ficher para testar a significância estatística dos achados, com nível de significância de alfa de 0.05, devido ao número pequeno da amostra.

## RESULTADOS

Observou-se, que do total de 31 pacientes estudados, 50.0% eram de Londrina, sendo os demais de cidades vizinhas. Vinte e três (74.2%) pacientes eram do sexo masculino e 8 (25.8%) do sexo feminino. A idade variou de 25 a 78 anos, com média de 46 ± 12.65 anos.

Quinze (48.4%) pacientes estavam entre 1 a 3 anos no programa de esclerose, e foram necessários no mínimo 5 sessões de escleroterapia para o desaparecimento das varizes para 32.3% dos pacientes. Os demais requereram número maior.

Em relação à doença hepática causadora da hipertensão portal, a cirrose foi encontrada em 16 (51.6%) pacientes: 12 por ingestão alcoólica e 4 pós-hepatite. Observou-se que, desses pacientes cirróticos, 2 (11.8%) eram Child A, 10 (53.8%) eram Child B e 5 (29.4%) eram Child C. A esquistossomose foi observada em 12 pacientes (38.7%) ; esquistossomose e cirrose em 1 (3.2%) e com patologia não definida em 2 (6.5%).

Considerando-se o calibre das varizes observado durante a primeira endoscopia, 27 (87.1%) dos pacientes apresentavam grosso calibre, 4 (12.7%) varizes de médio calibre e não se observou a ocorrência de pequeno calibre.

Dos 31 pacientes estudados, 15 (48.4%) apresentaram pelo menos 1 episódio de ressangramento das varizes. Desses, 14 (93.3%) tinham varizes de grosso calibre e 1 (6.7%) varizes de médio calibre.

O ressangramento não pôde ser associado à patologia de base, uma vez que não houve significância estatística ( $p=0.25$ ) no número de pacientes cirróticos e esquistossomóticos que ressangraram.

Sete pacientes (22.5%) não responderam à

terapêutica endoscópica, sendo submetidos à intervenção cirúrgica (esplenectomia com ligadura gastro-esofágica e derivação à zigo portal).

Complicações devido à escleroterapia ocorreram em 13 (41.9%) pacientes, sendo em 3 (18.7%) estenose esofágica, 1 (6.3%) paciente com sangramento e 9 (56.3%) com úlcera esofágica. As complicações, como um todo, ocorreram independente do calibre das varizes na primeira endoscopia ( $p=1.00$ ), embora todos os pacientes com úlcera esofágica tivessem varizes de grosso calibre.

## DISCUSSÃO

TERÉS & BOSCH (1993) estudando pacientes com varizes esofágicas sangrantes, compararam o uso de propranolol e a realização de escleroterapia endoscópica, demonstrando que 65% dos pacientes do grupo do propranolol ressangraram contra 45% da escleroterapia, e concluíram que este procedimento era mais eficaz que o uso do propranolol. No presente estudo, 48.8% dos pacientes ressangraram, o que se assemelha a seu achado. Como não houve diferença entre o número de cirróticos e esquistossomóticos que ressangraram, a doença de base não foi determinante para o índice de ressangramento.

LEBREC et al. (1980) demonstraram, em seu estudo com pacientes cirróticos, que o calibre das varizes esofágicas era fator preditivo do sangramento, e os resultados obtidos neste trabalho demonstram que a maioria dos pacientes que ressangraram apresentavam à primeira endoscopia varizes de grosso calibre.

BERTGES et al. (1993) observaram em seu estudo aparecimento de úlcera esofágica em 50% dos pacientes.

AYRES et al. (1982), avaliando a ulceração esofágica e sangramento após escleroterapia endoscópica, constataram que 10 a 40% dos pacientes desenvolveram úlceras esofágicas por esclerose e que são mais frequentes em pacientes com varizes de grosso calibre. O presente estudo mostrou a presença de complicações em 41.9% dos pacientes, sendo a mais frequente a úlcera esofágica (56.3%) e todos os pacientes com esta complicação apresentavam varizes de grosso calibre. Este fato não parece se relacionar ao tipo de agente esclerosante utilizado, uma vez que outros autores como BERTGES et al. (1993) e GREGORY (1987) encontraram índices semelhantes com a utilização de polidocanol a 1%.

## CONCLUSÕES

A presença de varizes de grosso calibre em

---

pacientes portadores de doença hepática predispõe ao sangramento por rotura das varizes, e estes pacientes são os que estão mais sujeitos às complicações, mais freqüentemente se observando a formação de úlcera

esofágica.

Em cerca de 51 % dos casos, o programa de escleroterapia endoscópica foi efetiva em manter o paciente sem sangramento pelas varizes.

---

BALAN, Rener Guerra; NAGAOKA, Milton Shigueki Nagaoka; NAKAMOTO, Inês Ogai; PONTES, Rose Meire Albuquerque; MURAGUCHI, Evelin Massae Ogata; MUARREK, Faissal José; LEITE, Pedro Humberto Perin. Evaluation of patients with hemorrhagic varices submetid to endoscopic sclerotherapy. *Semina: Ci. Biol./Saúde*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 292-294, Jun. 1995.

**ABSTRACT:** *The high digestive bleeding by esophageal varices is one of the most dramatic complications of patients with portal hypertension and the endoscopic sclerotherapy has been used on the treatment and as so a prevention from rebleeding. The present study has as objective to evaluate the evolution of patients submitted to sclerotherapy related to the presense of rebleeding and method complications, on a minimum period of two years. Thirty one patients took part in the study, 48.4 % of which had rebleeding during the follow-up and 51.6 % had complications due to sclerosis; the esophagic ulceration was the most frequent complication (56.3%).*

**KEY WORDS :** *esophageal varices, endoscopic sclerotherapy, esophagic ulceration.*

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, S.J.; GOFF, J.S.; WARREN, G.H.; SCHAFER, J.W. Esophageal ulceration and bleeding after flexible fiberoptic esophagealvein sclerosis. *Gastroenterology*, v. 83, p. 1136, 1982.
- FLEIG, W.E.; STANGE, E.F. Esophageal varices : current therapy in 1989. *Endoscopy*, v.21, p.89-96, 1989.
- GREGORY, P. et al. Prophylactic sclerotherapy for esophageal varices in alcoholic liver disease : resultats of a VA cooperative randomized trial. *Gastroenterology*, v. 92, p. 1414, 1987.
- LEBREC, D. et al. Portal hipertension, size of esophageal varices and risk of gastrointestinal bleeding in alcoholic cirrhosis. *Gastroenterology*, v.79, p.1139-1140, 1980.
- RIKKERS, L.F. Variceal hemorrhage. *Gastroenterology*, v.17, p.289-302, 1988.
- SMITH, J.L.; GRAHAM, D.Y. Variceal hemorrhage: a critical evaluation of survival analysis. *Gastroenterology*, v.82, p. 968, 1982.
- TERÉS, J. et al. Propranolol versus sclerotherapy in preventing variceal rebleeding : a randomized controlled trial. *Gastroenterology*, v.105, p.1508-1514, 1993.