

BMJ Best Practice

Avaliação da hemorragia digestiva alta

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 21, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	5
Considerações de urgência	5
Diagnóstico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Visão geral do diagnóstico diferencial	12
Diagnóstico diferencial	13
Diretrizes de diagnóstico	18
Referências	21
Imagens	24
Aviso legal	29

Resumo

- ◊ A hemorragia digestiva alta se refere ao sangramento gastrointestinal cuja origem é proximal ao ligamento de Treitz na junção duodenojejunal. A hemorragia digestiva alta aguda pode se manifestar de várias maneiras, incluindo hematêmese, vômito em borra de café, retorno de sangue vermelho vivo através de um sonda nasogástrica e melena, com ou sem comprometimento hemodinâmico. Raramente, pode ocorrer hematoquezia (sangramento retal vermelho vivo) em pacientes com hemorragia digestiva alta extremamente intensa.[\[1\]](#) [\[2\]](#) As causas são diversas, mas, em países ocidentais, elas são geralmente secundárias a varizes ou úlcera péptica (UP). A hemorragia digestiva alta é responsável por mais de 300,000 internações hospitalares nos EUA, com mortalidade de 7% a 10%.[\[3\]](#) A incidência anual no Reino Unido é de 50 a 150 por 100,000, com incidência mais alta em áreas socioeconomicamente carentes.[\[4\]](#) Em geral, a mortalidade é secundária a choque hipovolêmico. Uma rápida avaliação, ressuscitação hemodinâmica e intervenções farmacológicas e endoscópicas adequadas constituem as bases da terapia.

Etiologia

Os pacientes com HDA geralmente podem ser segregados em 2 grupos: aqueles com lesões varicosas (esofágicas ou gástricas) e aqueles com lesões não varicosas (na maioria das vezes úlceras pépticas).

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

As etiologias da hemorragia digestiva alta mais frequentes são as seguintes:[5] [6]

- Úlcera péptica (35% a 50%)
- Erosões gastroduodenais (8% a 15%)
- Esofagite (5% a 15%)
- Varizes (5% a 14%)
- Lacerações de Mallory-Weiss (15%)
- Malformações vasculares, incluindo fístula aortoentérica e lesões de Dieulafoy (5%). As lesões de Dieulafoy são vasos aberrantes da submucosa, mais comumente observados no estômago ou no intestino delgado, que causam erosão da mucosa e sangramento volumoso na ausência de úlcera.[7]

Outras condições (por exemplo, neoplasia maligna, coagulopatia) constituem as demais. Geralmente, a hemorragia digestiva alta (HDA) causada por lesões malignas é de nível baixo e crônica, e raramente conduz a um sangramento agudo.

Na maioria dos pacientes, as causas prováveis do sangramento podem ser esclarecidas por meio de anamnese e exame físico detalhados.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Todos os pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta aguda devem ser internados e adequadamente monitorados por telemetria.

Têm sido desenvolvidos escores na tentativa de estratificar os pacientes que se apresentam ao pronto-socorro com hemorragia digestiva alta. Esses sistemas incluem o escore de sangramento de Glasgow-Blatchford (GBS)[8] [9] e o de Rockall.[10] [11] As diretrizes variam em suas recomendações no que diz respeito a qual é a ferramenta de avaliação de risco mais adequada a ser usada.[12] [13] [14] [15] No Reino Unido, o National Institute for Health and Care Excellence recomenda que todos os pacientes com hemorragia digestiva alta aguda sejam avaliados quanto ao risco, inicialmente por meio do GBS, e pelo escore de Rockall, após a endoscopia.[12] Alguns dados sugerem que o escore de sangramento de Glasgow-Blatchford (GBS) pode ser mais sensível na identificação de pacientes que não precisarão de endoscopia urgente.[16]

- O GBS é calculado utilizando os seguintes parâmetros: ureia, Hb, PA sistólica, pulso, melena, história ou evidências de doença hepática e DAC. Um escore de "0" indica baixo risco e potencial adequação para manejo ambulatorial ou adiamento do tratamento endoscópico. Um escore de "6 ou mais" está associado a um risco >50% de necessidade de intervenção.[8] [9]
- O escore de Rockall inclui critérios clínicos (aumento da idade, presença de comorbidades, choque), além de achados endoscópicos (como origem do sangramento e/ou sinais de sangramento recente), para identificar pacientes com risco de desfecho adverso após hemorragia digestiva alta aguda. O escore total é calculado por adição simples. Um escore inferior a 3 indica um bom prognóstico, mas um escore total de 8 ou mais indica risco elevado de mortalidade.[10] [11]

A hemorragia digestiva alta que causa hipotensão, taquicardia, hipotensão postural ou outros sinais de choque hipovolêmico deve ser tratada com rapidez, devendo ser considerada a internação dos pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI). Devem ser imediatamente estabelecidas duas linhas intravenosas de grosso calibre para o acesso venoso adequado. Devem ser infundidos cristaloïdes para manutenção da PA adequada. Deve ser realizada transfusão de eritrócitos concentrados em pacientes com evidências de sangramento ativo contínuo ou em pacientes que sofreram sangramento significativo ou isquemia cardíaca. Deve ser usado plasma fresco congelado para correção de coagulopatia (visto que é comumente observada em pacientes com doença hepática subjacente). Em casos extremos de sangramento não varicoso em que a perfusão adequada não pode ser mantida por outros meios, podem ser usados vasopressores. Além disso, um cirurgião deve ser notificado o quanto antes sobre esses casos graves de hemorragia digestiva alta, no caso de falha no manejo endoscópico.

A terapia antissecradora com um inibidor da bomba de prótons (IBP) é indicada, podendo ser executada por via intravenosa ou oral.[17] [18] [19] As opções de IBP intravenosos incluem omeprazol, pantoprazol, lansoprazol e esomeprazol.

As recomendações acerca dos alvos ideais de contagem plaquetária em pacientes com hemorragia digestiva alta ativa não varicosa são principalmente determinadas por opinião de especialistas e não com base em evidências plenamente desenvolvidas.[20] Estando hemodinamicamente estabilizados, pacientes com hemorragia digestiva alta não varicosa podem ser submetidos à endoscopia. A infusão intravenosa de eritromicina antes da endoscopia deve ser considerada para melhorar o rendimento diagnóstico e diminuir a necessidade de outra endoscopia. No entanto, não se demonstrou consistentemente que a eritromicina

melhora os desfechos clínicos.^{[21] [13]} Pacientes com hematêmese significativa contínua ou aqueles que não podem proteger suas vias aéreas por qualquer motivo (hematêmese ativa, estado mental alterado etc.) e apresentam risco de aspiração devem ser considerados para intubação endotraqueal antes de serem submetidos à endoscopia.

Para hemorragia digestiva alta varicosa, o National Institute for Health and Care Excellence recomenda a administração por via intravenosa de terlipressina, um análogo de vasopressina, até que o sangramento seja interrompido, ou por um máximo de 5 dias, a menos que haja outra indicação.^[12] Alternativamente, pode ser infundida octreotida em bolus intravenoso, seguida de infusão intravenosa (IV) contínua por 2 a 5 dias.^[22] A anastomose portossistêmica intra-hepática transjugular é o tratamento de último recurso em pacientes com hemorragia digestiva alta varicosa não reparável por endoscopia. Pode ser usado tamponamento por balão de Sengstaken-Blakemore (para varizes esofágicas) ou balão de Linton-Nachlas (para varizes gástricas) para mitigar o sangramento até que a anastomose seja colocada.^[22]

Embora o uso mais difundido da terapia de supressão ácida pareça estar reduzindo a incidência de hemorragia digestiva alta, a causa mais provável ainda é a úlcera péptica, seguida por erosões, esofagite e varizes. Vale observar que as varizes não devem ser eliminadas em pacientes pediátricos jovens; a hipertensão portal pode ser causada por anomalias vasculares e outras afecções além da cirrose alcoólica.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

De um modo geral, a endoscopia se tornou fundamental para o diagnóstico e a terapia. Entretanto, a importância da anamnese e do exame físico completo deve ser extremamente enfatizada, pois eles possibilitam a triagem rápida entre pacientes que necessitam de cuidados clínicos ou intensivos e também possibilitam priorizar os pacientes para a endoscopia de urgência versus de emergência.

História

Sangue no trato gastrointestinal é um agente catártico e pró-emético. A obtenção de uma anamnese completa frequentemente permite identificar a provável causa do sangramento antes da confirmação endoscópica. Atenção específica deve ser direcionada aos seguintes sintomas:

- Náuseas e vômitos
 - A ausência de náuseas e vômitos no quadro de melena ou hematoquezia considerada como sendo de origem do trato gastrointestinal superior sugere uma fonte de sangramento distal ao piloro.
 - A permanência prolongada de sangue no lúmen do canal alimentar permite a oxigenação do ferro da Hb e tem o efeito de escurecer o sangue. O vômito em borra de café é sugestivo de um sangramento mais lento, possivelmente intermitente, e a melena (ver abaixo) está fortemente associada à hemorragia digestiva alta e não à baixa, que é distal à junção duodenjejunal no ligamento de Treitz.^[23] Portanto, o vômito em borra de café é mais indicativo de úlcera péptica (UP), com menor probabilidade de sangramento varicoso.
 - Por outro lado, hematêmese volumosa é sugestiva de lesão com sangramento ativo, mais frequentemente de sangramento varicoso (principalmente em pacientes com sinais de doença hepática ou hipertensão portal), um sangramento de úlcera gastroduodenal ativa, ou uma lesão de Dieulafoy duodenal.
 - Hemorragia digestiva alta que começa após vômitos ou esforço para vomitar é sugestiva de laceração de Mallory-Weiss, embora muitos pacientes com essa síndrome não tenham história de vômitos. Uma laceração espontânea do esôfago, do esforço para vomitar (síndrome de Boerhaave), pode estar associada a uma hematêmese significativa.
- Melena
 - Melena está fortemente associada à hemorragia digestiva alta.
 - A duração da melena pode ser útil para determinar se a hemorragia digestiva alta é aguda ou crônica, já que muitas condições (malformação arteriovenosa do intestino delgado etc.) podem ocasionar melena crônica. Melena com duração inferior a 24 horas é difícil de interpretar, mas melena persistente sugere hemorragia digestiva alta de duração mais longa.
 - A melena, por si só, não é motivo suficiente para uma endoscopia de emergência, mas a quantificação do volume de melena ainda pode ser útil para triar os pacientes.
 - É importante observar que um paciente relatar melena não é o mesmo que o paciente eliminar sangue pelas fezesativamente. Produtos contendo bismuto (por exemplo, Pepto-Bismol) e suplementos de ferro podem tornar a aparência das fezes escuras ou negras. Um exame de toque retal, incluindo o exame de sangue oculto nas fezes, deve ser realizado.
- Hematoquezia

- A hematoquezia é mais frequentemente observada na hemorragia digestiva baixa que na hemorragia digestiva alta. Entretanto, sangramento retal vermelho vivo pode ser observado em uma hemorragia digestiva alta intensa, em que a rapidez do tempo de trânsito impede qualquer digestão. Consequentemente, a avaliação do volume de sangramento é imperativa por 2 motivos primordiais:
 - Um grande volume de hematoquezia com outros fatores históricos, sugerindo uma origem no trato gastrointestinal superior, exige rápido diagnóstico e tratamento por endoscopia digestiva alta.
 - Um volume menor de hematoquezia associado apenas aos movimentos intestinais, ou na ausência de outros sinais que sugiram uma origem alta, aponta para hemorragia digestiva baixa. Portanto, é indicada colonoscopia, e não endoscopia digestiva alta.
- Observando que a duração do sangramento é saliente: hematoquezia persistente ou intermitente implica que uma fonte alta é menos provável. Além disso, a realização de um exame de toque retal com uma inspeção visual completa do ânus é necessária para descartar hemorroidas externas como causa da hematoquezia. Anoscópios devem estar disponíveis na maioria dos pronto-socorros.
- As varizes gástricas estão intimamente associadas a sangramento maciço e a rápido comprometimento hemodinâmico. As lesões de Dieulafoy se apresentam frequentemente com rápido sangramento, embora intermitente. A fistula aortoentérica frequentemente se apresenta com uma "hemorragia sentinela" (um episódio de sangramento autolimitado antes de um sangramento maciço que pode acarretar exsanguinação), na forma de hematoquezia ou hematêmese.
- Dieta
 - Não raro, pacientes que ingeriram grandes quantidades de gelatina vermelha ou bebidas vermelhas podem interpretar vômitos de cor vermelha como hematêmese.
- Sintomas constitucionais
 - Tumores do trato gastrointestinal superior podem estar associados à perda de peso involuntária ou sudorese noturna.
- Medicamentos
 - A UP frequentemente é causada pelo uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) isoladamente ou em combinação com corticosteroides e/ou agentes antiplaquetários ou anticoagulantes. Corticosteroides usados em combinação com AINEs são muito ulcerogênicos. Pacientes que sofrem eventos cardiovasculares agudos são frequentemente tratados simultaneamente com múltiplos agentes anticoagulantes e antiplaquetários, e frequentemente desenvolvem hemorragia digestiva alta. A revisão dos medicamentos do paciente para identificar potenciais agentes causadores é mandatória. Às vezes, os pacientes podem não ter conhecimento de que estejam ingerindo AINEs, pois estes podem estar incluídos em preparados antiácidos ou em combinações com analgésicos de venda livre.
- História de alcoolismo ou doença hepática crônica

- Quadros clínicos que causam hipertensão portal predispõem os pacientes a desenvolverem varizes. História de uso crônico e excessivo de álcool, de droga intravenosa (ou outro comportamento que ponha as pessoas em risco de contrair hepatite) ou de doença hepática subjacente, sugere enfaticamente um sangramento varicoso e são necessárias as precauções adequadas (ou seja, octreotida intravenosa). É importante observar que a função hepática comprometida causa coagulopatia; esta pode ser grave e pode complicar a terapia endoscópica.
- Outra história médica relacionada
 - Frequentemente, observa-se esofagite no contexto de pirose de longa duração. Os pacientes às vezes mencionam sensação de globus (nó na garganta); pode ocorrer também rouquidão. Muitos pacientes que apresentam melena e suspeita de úlcera péptica (UP) também poderão apresentar esofagite na endoscopia.
 - Uma história prévia de UP aumenta a probabilidade de recorrência.
 - A presença de hérnia hiatal deve levantar a suspeita de laceração de Mallory-Weiss.
 - Malformações arteriovenosas (MAVs) estão associadas a cirrose, doença renal em estágio terminal, idade avançada e doença de von Willebrand.
 - As lesões de Dieulafoy são consideradas aneurismas vasculares congênitos, ainda que sejam mais frequentemente sintomáticas em homens com história de consumo de bebidas alcoólicas, de doença cardiovascular incluindo hipertensão, de diabetes ou doença renal crônica.
 - Uma história de enxerto vascular ou aneurisma aórtico deve aumentar enfaticamente a suspeita clínica de fistula aortoentérica.
 - Uma coagulopatia deve ser considerada na presença de história de anomalias genéticas de coagulação (por exemplo, hemofilia, doença de von Willebrand).
- História social
 - Além do uso de AINEs, a UP também pode ser causada por infecção pelo Helicobacter pylori. É importante avaliar o risco de infecção por H pylori, pois pessoas que cresceram ou viajaram recentemente para países subdesenvolvidos onde a infecção é endêmica apresentam aumento do risco.
 - Uma possível causa de hipertensão portal é a esquistossomose. A infecção deve ser considerada em casos específicos de nascimento, trabalho ou permanência prolongada na Ásia, América do Sul ou Caribe.

Exame físico

Em geral, o exame físico deve ser direcionado às respostas de 2 perguntas primárias:

- Qual o grau de anemia/hipovolemia?
- Existem sinais de doença hepática crônica que possam sugerir sangramento de varizes?

Sinais vitais podem ser usados para estimar a volemia do paciente. Se as outras comorbidades do paciente não forem contra-indicações, a taquicardia com hipotensão deve desencadear ressuscitação volêmica agressiva. Se o paciente estiver estável, devem ser obtidas as PAs ortostáticas. Enchimento capilar, umidade nas membranas mucosas e ausência de palidez também podem ajudar na avaliação do grau de anemia/hipovolemia.

Doença hepática crônica causando hipertensão portal pode se apresentar de 1 ou mais das seguintes maneiras:

- Encefalopatia com ou sem asterixis (flapping)
- Esclerótica ictérica
- Telangiectasias aracniformes, também conhecidas como aranha vascular, no rosto, tórax ou abdome
- Ginecomastia
- Hepatomegalia ou esplenomegalia
- Ascite
- Cabeça de medusa com ou sem sopro de Cruveilhier-Baumgarten
- Hipogonadismo
- Unhas de Terry (unhas brancas)[\[24\]](#)
- Eritema palmar.

A visualização das narinas e da orofaringe às vezes pode identificar uma origem de sangramento que não necessita de manejo endoscópico, pois epistaxe ou sangramento gengival pode ocasionalmente mimetizar hemorragia digestiva alta.

A realização de exame de toque retal é mandatória. A inspeção visual do períneo pode descartar a presença de hemorroidas externas. Exame de sangue oculto nas fezes deve ser realizado.

O grau, o local e a característica da dor e do desconforto podem ser úteis. Na úlcera péptica (UP), a ingestão de alimentos frequentemente melhora a dor abdominal; é comum ocorrer sensibilidade à palpação na região epigástrica média. O sangramento às vezes é acompanhado de dor na região epigástrica média ou de dor retroesternal em pacientes com laceração de Mallory-Weiss. A fistula aortoentérica pode se apresentar com dor abdominal ou dorsalgia significativas e febre.

A esofagite às vezes está associada à rouquidão. A caquexia deve levantar a suspeita de um tumor gastrointestinal ou outro tipo de tumor. Além disso, pacientes que apresentam tumores do trato gastrointestinal superior têm uma massa abdominal palpável e/ou hepatomegalia.

Exames laboratoriais e de imagem

Os testes decisivos em pacientes com hemorragia digestiva alta incluem hemograma completo e índices de coagulação. Uma vez que pacientes com HDA podem sofrer uma rápida deterioração clínica, o sangue deve ser enviado para tipagem e prova cruzada, caso o uso de hemoderivados se torne necessário. Não existe um limiar padronizado de Hb ou de hematócrito abaixo do qual pacientes anêmicos devem ser submetidos à transfusão. Na maioria das instituições, coagulopatias com uma INR >1.4 justificam a correção com vitamina K ou plasma fresco congelado, ou ambos. Um nível elevado de ureia pode frequentemente ser observado na hemorragia digestiva alta; à medida que o sangue passa ao longo do intestino delgado e é parcialmente digerido, o nível de ureia e a relação ureia/creatinina podem aumentar.

Lavagem gástrica por infusão de solução salina aspirada por uma sonda nasogástrica pode ser considerada, embora, às vezes, esse exame seja de difícil interpretação e frequentemente não altere o manejo clínico.[\[25\]](#) [\[26\]](#) A European Society of Gastrointestinal Endoscopy não recomenda o uso rotineiro de aspiração/lavagem nasogástrica ou orogástrica em pacientes que apresentam hemorragia digestiva alta (HDA) aguda.[\[13\]](#)

Nos casos em que a origem do sangramento não é evidente a partir da anamnese e do exame físico, uma tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste oral e intravenoso deve ser realizada.

Endoscopia

A endoscopia é altamente eficaz para diagnosticar e tratar a maioria dos casos de HDA^[2] e está associada a uma redução da necessidade de requisitos para transfusão de sangue e do tempo de permanência na UTI e no hospital.^[27] A realização precoce da endoscopia (em até 24 horas após a internação hospitalar) tem um impacto maior sobre o tempo de permanência hospitalar e a necessidade de transfusão de sangue do que a realização tardia da mesma.^[28] Em ambientes adequados, a endoscopia pode ser usada para avaliar a necessidade de internação hospitalar. Quando avaliados no ambiente do pronto-socorro, até 46% dos pacientes hemodinamicamente estáveis, avaliados quanto à presença de hemorragia digestiva alta por meio de endoscopia alta e que apresentam sinais de baixo risco para sangramento recorrente, podem receber alta com segurança e ser acompanhados como pacientes ambulatoriais.^{[29] [30]} Nem todos os hospitais têm condições de acomodar procedimentos endoscópicos no quadro de emergência, mas se isso for possível poderá facilitar a triagem e o início rápido do tratamento de pacientes com hemorragia digestiva alta (HDA).

A endoscopia oferece aos médicos muitas opções de tratamento das causas de HDA. Métodos térmicos para induzir cauterização (sondas aquecedoras, sondas bipolares, coagulação com plasma de argônio) são amplamente utilizados. Divulgava-se antigamente a injeção de soro fisiológico ou adrenalina diluída para induzir o tamponamento, mas isso não é mais usado como monoterapia (somente em combinação com outros agentes). Clipes mecânicos (desde os pequenos clipes do sistema "through-the-scope" até os clipes do sistema "over-the-scope") estão amplamente disponíveis. Sprays hemostáticos estão disponíveis em algumas partes do mundo, mas não estão disponíveis nos EUA.^{[31] [32] [33] [34]}

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Úlcera péptica (UP)

Varizes esofágicas

Esofagite

Lacerção de Mallory-Weiss

Incomum

Síndrome de Boerhaave (perfuração espontânea do esôfago)

Varizes gástricas

Malformações arteriovenosas (MAVs)

Lesões de Dieulafoy

Tumores do trato gastrointestinal superior

Fístula aortoentérica (FAE)

Coagulopatia

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Úlcera péptica (UP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de anti-inflamatório não esteroidal (AINE) (frequentemente com o uso concomitante de corticosteroides) ou úlceras anteriores é comum; a ingestão de alimentos frequentemente melhora a dor abdominal temporariamente; vômito em borra de café e hematêmese são muito comuns	sensibilidade à palpação na região epigástrica média	<ul style="list-style-type: none"> »endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta da úlcera Permite o diagnóstico e a terapia definitivos de sangramento decorrente de UP. [Fig-2] [Fig-3] [Fig-6] [Fig-5] <p>O endoscopista deve considerar a realização de uma biópsia da mucosa gástrica para detectar <i>Helicobacter pylori</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> »radiografia com bário: bário no interior da cratera de uma úlcera Muito menos sensível que a EDA. <p>Para uso em casos não complicados quando a EDA for impossível.</p> <ul style="list-style-type: none"> »Sorologia ou teste respiratório para <i>Helicobacter pylori</i>: positivo para <i>H pylori</i> A <i>H pylori</i> está frequentemente presente nas pessoas com úlceras pépticas.

☒ Varizes esofágicas

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de droga intravenosa que possa acarretar hepatite crônica, alcoolismo crônico ou cirrose deve imediatamente levantar a suspeita de hipertensão portal e, portanto, varizes; sangramentos varicosos frequentemente causam hematêmese volumosa	sinais de doença hepática crônica frequentemente estão presentes, por exemplo, icterícia, hepatomegalia, esplenomegalia e ascite	<ul style="list-style-type: none"> »endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta das varizes Esse exame permite não apenas o diagnóstico, mas também o tratamento de ligadura das varizes esofágicas com bandas. [Fig-4] 	<ul style="list-style-type: none"> »tomografia computadorizada (TC)/angiografia da veia porta: pode mostrar as veias colaterais e a veia umbilical recanalizada »procedimento de anastomose portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS): para descomprimir hemorragia esofágica por varizes não tratável

Comum

◊ Esofagite

História	Exame	1º exame	Outros exames
comumente observada no contexto de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE); algumas vezes associada a disfagia ou odinofagia; a história pode incluir ou não pirose crônica; os pacientes às vezes mencionam sensação de globus (nó na garganta); rouquidão também pode estar presente; muitos pacientes que apresentam melena e que têm suspeita de úlcera péptica também poderão apresentar esofagite na endoscopia	dor reproduzível pode ser demonstrada na deglutição	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta de irritação/inflamação esofágica	

🚩 Laceração de Mallory-Weiss

História	Exame	1º exame	Outros exames
classicamente, os pacientes notam hematêmese após esforço para vomitar ou vômitos, mas qualquer aumento na pressão intraesofágica (por exemplo, decorrente de convulsões, soluços ou esforços) pode causar uma laceração; algumas lacerações se desenvolvem espontaneamente; uso de álcool, idade avançada e presença de hérnias hiatais são aspectos subjacentes comuns	o sangramento às vezes é acompanhado de dor na região epigástrica média ou de dor retroesternal	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta de dissecções intramurais Esse exame permite não apenas o diagnóstico, mas também o tratamento (por clipagem, cauterização etc.) da lesão.	

Incomum

Síndrome de Boerhaave (perfuração espontânea do esôfago)

História	Exame	1º exame	Outros exames
tradicionalmente, os pacientes mencionam ânsia de vômito ou vômito seguido por dor retroesternal intensa e/ou dor epigástrica; história de consumo de álcool é obtida em 40% dos pacientes; outros sintomas e sinais comuns incluem dispneia, taquipneia, cianose, sepse e choque	é importante procurar enfisema subcutâneo, que pode estar ausente em 10% a 30% dos pacientes	» radiografia convencional torácica: pode revelar ar livre mediastinal, peritoneal ou pré-vertebral; derrame pleural com ou sem pneumotórax, mediastino alargado e enfisema subcutâneo podem ser observados em apresentações tardias A avaliação endoscópica não deve ser realizada em pacientes com suspeita de perfuração esofágica.	» medição da amilase do líquido pleural: indicativa de ruptura esofágica » contraste hidrossolúvel (gastrografina): útil para localizar a lesão » Tomografia computadorizada (TC): pode ser usada como exame confirmatório; os achados incluem edema da parede esofágica, líquido periesofágico com ou sem bolhas e mediastino alargado

Varizes gástricas

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de droga intravenosa que possa acarretar hepatite crônica, alcoolismo crônico ou cirrose deve imediatamente levantar a suspeita de hipertensão portal e, portanto, varizes; fortemente associadas a sangramento maciço e a rápido comprometimento hemodinâmico	sinais de doença hepática crônica frequentemente estão presentes, por exemplo, icterícia, hepatomegalia, esplenomegalia e ascite	» endoscopia digestiva alta (EDA): classicamente, as varizes são observadas no cárdia do estômago Esse exame permite não apenas o diagnóstico, mas também o tratamento, embora o uso de bandas, comumente usadas para varizes esofágicas, não seja tão eficaz para varizes gástricas.	» tomografia computadorizada (TC)/angiografia da veia porta: veias colaterais e veia umbilical recanalizada » procedimento de anastomose portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS): para descomprimir hemorragia esofágica por varizes não tratável

Incomum**🚩 Malformações arteriovenosas (MAVs)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente indolores e, como tal, frequentemente assintomáticas, até causarem sangramento evidente; associadas à cirrose, doença renal em estágio terminal, idade avançada e doença de von Willebrand	frequentemente presentes no exame físico não focal em virtude da sua natureza frequentemente indolor; os pacientes podem ter sangramento crônico, do qual não estão cientes	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta de capilares dilatados expandindo-se centrifugamente Pode ser terapêutica e diagnóstica. As MAVs visualizadas podem ser submetidas à ablação por eletrocautério ou por coagulação com plasma de argônio.	» Angiotomografia: acúmulo de vasos na parede colônica, veia com preenchimento precoce ou aumento das artérias supridoras A sensibilidade e especificidade são relatadas como 70% e 100%, respectivamente.[35]

🚩 Lesões de Dieulafoy

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente indolores; as lesões consistem em vasos da submucosa que penetram no lúmen gástrico e, por erosão, se rompem e produzem sangramento rápido; consideradas displasias arteriais congênitas, mas são mais frequentemente sintomáticas em homens com história de consumo de bebidas alcoólicas, de doença cardiovascular, incluindo hipertensão, de diabetes ou doença renal crônica	frequentemente presentes no exame físico não focal; o sangramento pode ser intermitente	» endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta da lesão Permite terapia imediata.	» ultrassonografia endoscópica: identificação da lesão Pode, em casos muito raros, ser usada para identificar lesões de Dieulafoy não observadas na EDA padrão.[36]

◊ Tumores do trato gastrointestinal superior

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas constitucionais, como perda de	paciente caquético, às vezes com massa abdominal palpável	» endoscopia digestiva alta (EDA) e biópsia: visualização	» ultrassonografia endoscópica: presença de lesão

Incomum**◊ Tumores do trato gastrointestinal superior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
peso involuntária ou sudorese noturna		<p>direta da massa e histologia positiva</p> <p>Frequentemente útil para estancar agudamente a hemorragia digestiva alta, mas aproximadamente um terço dos pacientes volta a apresentar sangramento. A mortalidade em um ano é de 89%.[37]</p>	<p>maligna no trato gastrointestinal superior</p> <p>Útil para determinação do diagnóstico inicial e estadiamento local subsequente.</p> <p>»tomografia por emissão de pósitrons/tomografia computadorizada (PET/TC): exame não invasivo, visualização indireta da massa</p> <p>Útil para determinação do diagnóstico inicial e detecção de metástases a distância.</p>

🚩 Fístula aortoentérica (FAE)

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente presente com uma "hemorragia sentinela" (episódio de sangramento autolimitado antes que o sangramento maciço possa causar exsanguinação), na forma de hematoquezia ou de hematêmese; pode se apresentar com dor abdominal ou dorsalgia significativas e febre; história de enxerto vascular ou aneurisma aórtico deve aumentar enfaticamente a suspeita clínica	pode ocorrer choque séptico; sopros abdominais ou massas pulsáteis podem raramente ser detectados	<p>»endoscopia digestiva alta (EDA): visualização direta da fístula</p> <p>Frequentemente útil para descartar outras causas de hemorragia digestiva alta.</p> <p>Se for visualizado material de enxerto intraluminal, a terapia cirúrgica deve ser providenciada rapidamente.</p> <p>Se não forem diagnosticadas ou tratadas, as FAEs apresentam um índice</p>	<p>»tomografia computadorizada (TC) abdominal, aortografia, ultrassonografia abdominal:</p> <p>contiguidade da aorta com o intestino</p> <p>Pode ser útil, mas há controvérsias quanto à confiabilidade.[38]</p>

Incomum**Fistula aortoentérica (FAE)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		de mortalidade de quase 100%.	

Coagulopatia

História	Exame	1º exame	Outros exames
a história pode incluir doença hepática, medicamento anticoagulante, anomalias genéticas de coagulação (por exemplo, hemofilia, doença de von Willebrand)	pode haver sinais de doença hepática subjacente, por exemplo, icterícia, hepatomegalia, esplenomegalia, ascite	»coagulograma: tempo de protrombina anormal: INR prolongada	

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management****Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence**Última publicação em:** 2016**Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage****Publicado por:** European Society of Gastrointestinal Endoscopy**Última publicação em:** 2015**Internacional****International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding****Publicado por:** International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group**Última publicação em:** 2010

América do Norte

The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy
Última publicação em: 2016

The role of deep enteroscopy in the management of small-bowel disorders

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy
Última publicação em: 2015

The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy
Última publicação em: 2014

Management of patients with ulcer bleeding

Publicado por: American College of Gastroenterology
Última publicação em: 2012

The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy
Última publicação em: 2012

Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis

Publicado por: American Association of the Study of Liver Diseases; American College of Gastroenterology
Última publicação em: 2007

Asia

Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding

Publicado por: Japan Gastroenterological Endoscopy Society
Última publicação em: 2016

Asia

Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding (2015, Nanchang, China)

Publicado por: Chinese Society of Gastroenterology

Última publicação em: 2016

Artigos principais

- Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:1132-1138. [Texto completo](#)
- Garcia-Tsao G. Current management of the complications of cirrhosis and portal hypertension: variceal hemorrhage, ascites, and spontaneous bacterial peritonitis. *Gastroenterology.* 2001;120:726-748.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152:101-113. [Texto completo](#)

Referências

1. Wilcox CM, Alexander LN, Cotsonis G. A prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia. *Am J Gastroenterol.* 1997;92:231-235.
2. Hwang JH, Fisher DA, Ben-Menachem T, et al. The role of endoscopy in the management of acute non-variceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:1132-1138. [Texto completo](#)
3. Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, et al. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:568-573.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding: costing report. Implementing NICE guidance. June 2012. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg141/> (last accessed 6 April 2017). [Texto completo](#)
5. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. Steering Committee and members of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *BMJ.* 1995;311:222-226. [Texto completo](#)
6. Jutabha R, Jensen DM. Management of upper gastrointestinal bleeding in the patient with chronic liver disease. *Med Clin North Am.* 1996;80:1035-1068.
7. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92:548-554.
8. Srirajaskanthan R, Conn R, Bulwer C, et al. The Glasgow Blatchford scoring system enables accurate risk stratification of patients with upper gastrointestinal haemorrhage. *Int J Clin Pract.* 2010;64:868-874.
9. Masaoka T, Suzuki H, Hori S, et al. Blatchford scoring system is a useful scoring system for detecting patients with upper gastrointestinal bleeding who do not need endoscopic intervention. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:1404-1408.

10. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, et al. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Gut. 1996;38:316-321. [Texto completo](#)
11. Tham TC, James C, Kelly M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall Score. Postgrad Med J. 2006;82:757-759. [Texto completo](#)
12. National Institute for Health and Care Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding in over 16s: management. August 2016. <http://nice.org.uk/> (last accessed 20 March 2017). [Texto completo](#)
13. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2015;47:a1-a46. [Texto completo](#)
14. Fujishiro M, Iguchi M, Kakushima N, et al. Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Dig Endosc. 2016;28:363-378. [Texto completo](#)
15. Bai Y, Li ZS. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding (2015, Nanchang, China). J Dig Dis. 2016;17:79-87.
16. Yaka E, Yılmaz S, Doğan NÖ, et al. Comparison of the Glasgow-Blatchford and AIMS65 scoring systems for risk stratification in upper gastrointestinal bleeding in the emergency department. Acad Emerg Med. 2015;22:22-30. [Texto completo](#)
17. Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (7):CD005415.
18. Sung JJ, Chan FK, Lau JY, et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with nonbleeding visible vessels or adherent clots: a randomized comparison. Ann Intern Med. 2003;139:237-243.
19. Khuroo MS, Yattoo GN, Javid G, et al. A comparison of omeprazole and placebo for bleeding peptic ulcer. N Engl J Med. 1997;336:1054-1058. [Texto completo](#)
20. Razzaghi A, Barkun AN. Platelet transfusion threshold in patients with upper gastrointestinal bleeding: a systematic review. J Clin Gastroenterol. 2012;46:482-486.
21. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2012;107:345-360.
22. Garcia-Tsao G. Current management of the complications of cirrhosis and portal hypertension: variceal hemorrhage, ascites, and spontaneous bacterial peritonitis. Gastroenterology. 2001;120:726-748.
23. Witting MD, Magder L, Heins AE, et al. ED predictors of upper gastrointestinal tract bleeding in patients without hematemesis. Am J Emerg Med. 2006;24:280-285.

24. Fawcett RS, Linford S, Stulberg DL. Nail abnormalities: clues to systemic disease. *Am Fam Physician*. 2004;69:1417-1424. [Texto completo](#)
25. Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152:101-113. [Texto completo](#)
26. Palamidessi N, Sinert R, Falzon L, et al. Nasogastric aspiration and lavage in emergency department patients with hematochezia or melena without hematemesis. *Acad Emerg Med*. 2010;17:126-132.
27. Chak A, Cooper GS, Lloyd LE, et al. Effectiveness of endoscopy in patients admitted to the intensive care unit with upper GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:6-13.
28. Lin HJ, Wang K, Perng CL, et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. *J Clin Gastroenterol*. 1996;22:267-271.
29. Lee JG, Turnipseed S, Romano PS, et al. Endoscopy-based triage significantly reduces hospitalization rates and costs of treating upper GI bleeding: a randomized controlled trial. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:755-761.
30. Longstreth GF, Feitelberg SP. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use of practice guidelines in a large patient series. *Gastrointest Endosc*. 1998;47:219-222.
31. Hu ML, Wu KL, Chiu KW, et al. Predictors of rebleeding after initial hemostasis with epinephrine injection in high-risk ulcers. *World J Gastroenterol*. 2010;16:5490-5495. [Texto completo](#)
32. Chan SM, Chiu PW, Teoh AY, et al. Use of the over-the-scope clip for treatment of refractory upper gastrointestinal bleeding: a case series. *Endoscopy*. 2014;46:428-431.
33. Sulz MC, Frei R, Meyenberger C, et al. Routine use of hemospray for gastrointestinal bleeding: prospective two-center experience in Switzerland. *Endoscopy*. 2014;46:619-624.
34. Babiuc RD, Purcarea M, Sadagurschi R, et al. Use of Hemospray in the treatment of patients with acute UGIB - short review. *J Med Life*. 2013;6:117-119. [Texto completo](#)
35. Junquera F, Quiroga S, Saperas E, et al. Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology*. 2000;119:293-299.
36. Squillace SJ, Johnson DA, Sanowski RA. The endosonographic appearance of a Dieulafoy's lesion. *Am J Gastroenterol*. 1994;89:276-277.
37. Savides TJ, Jensen DM, Cohen J, et al. Severe upper gastrointestinal tumor bleeding: endoscopic findings, treatment, and outcome. *Endoscopy*. 1996;28:244-248.
38. Voorhoeve R, Moll FL, de Letter JA, et al. Primary aortoenteric fistula: report of eight new cases and review of the literature. *Ann Vasc Surg*. 1996;10:40-48.

Imagens

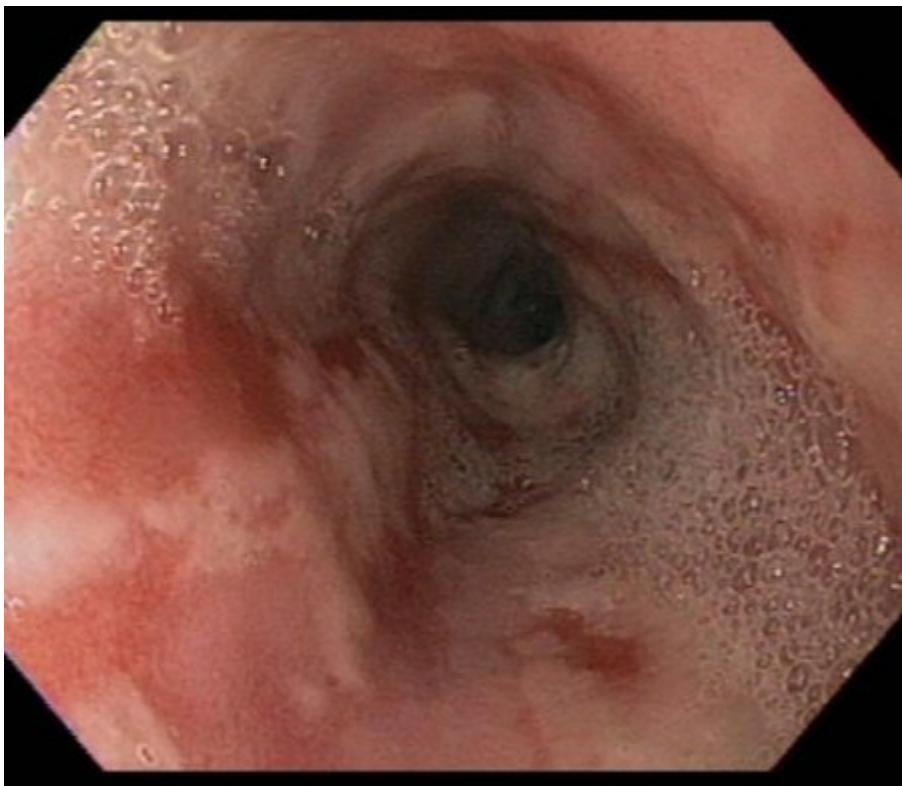


Figura 1: Esofagite moderada a grave com várias úlceras esofágicas lineares limpas

Do acervo de Douglas G. Adler, MD

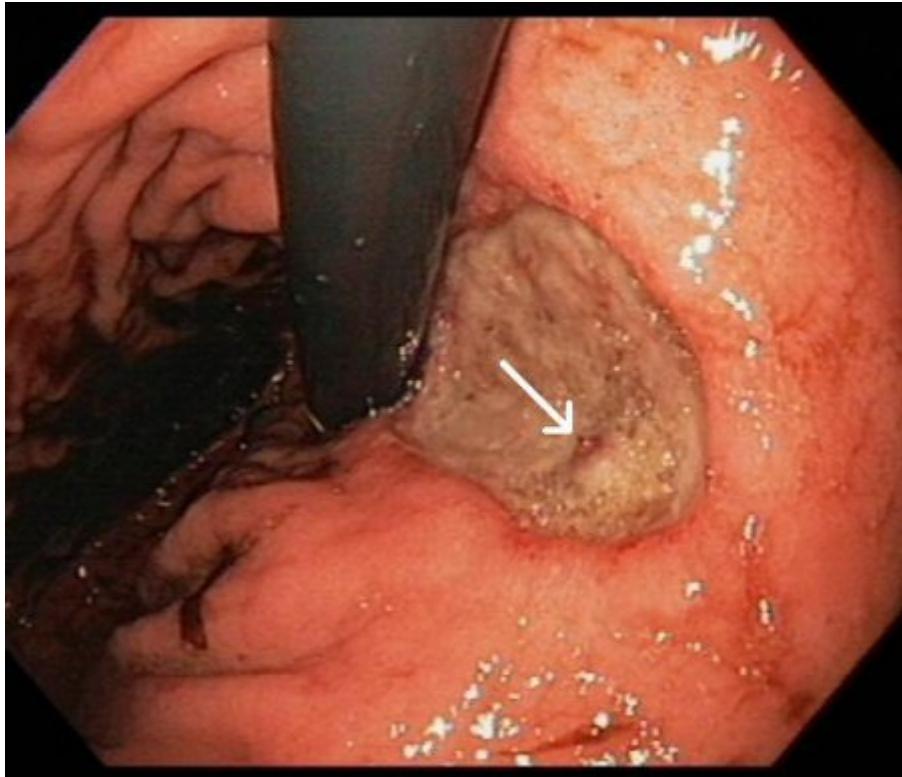


Figura 2: Grande úlcera gástrica ao longo da curvatura menor, com um vaso visível no leito da úlcera (seta)

Do acervo de Douglas G. Adler, MD

IMAGES

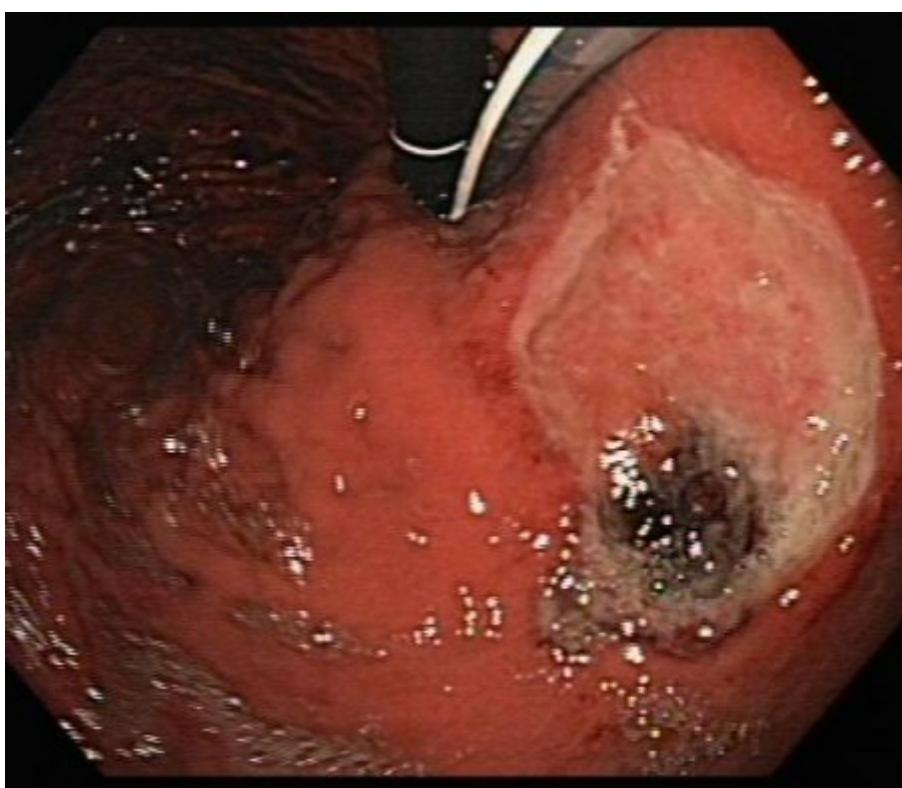


Figura 3: Grande úlcera gástrica, com vaso visível grande e protuberante

Do acervo de Douglas G. Adler, MD

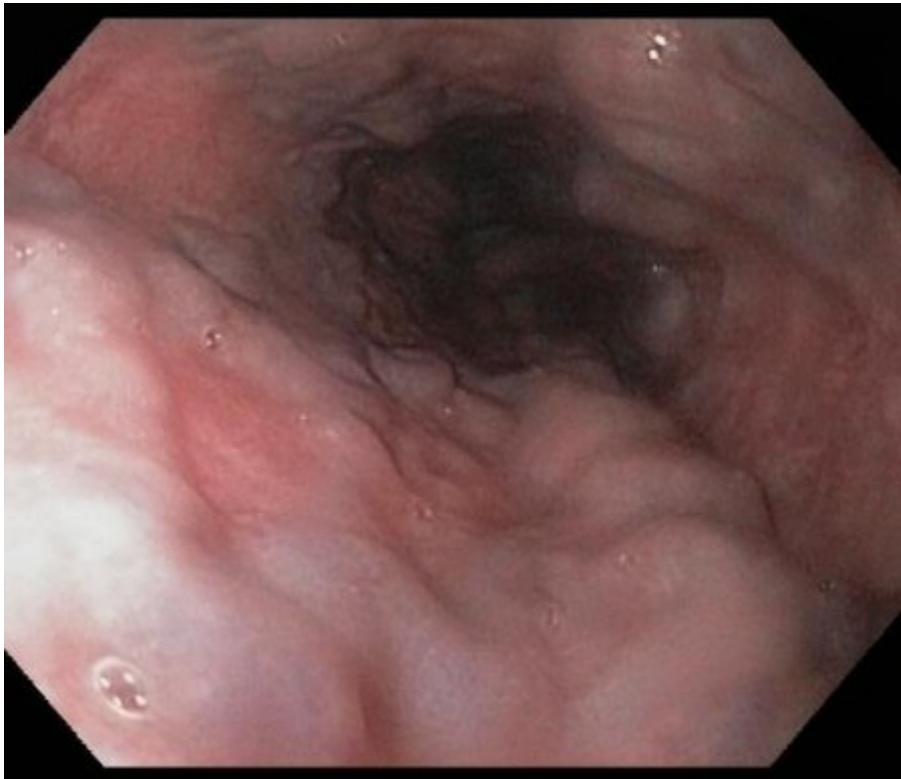


Figura 4: Varizes esofágicas grau II em um paciente com hipertensão portal

Do acervo de Douglas G. Adler, MD

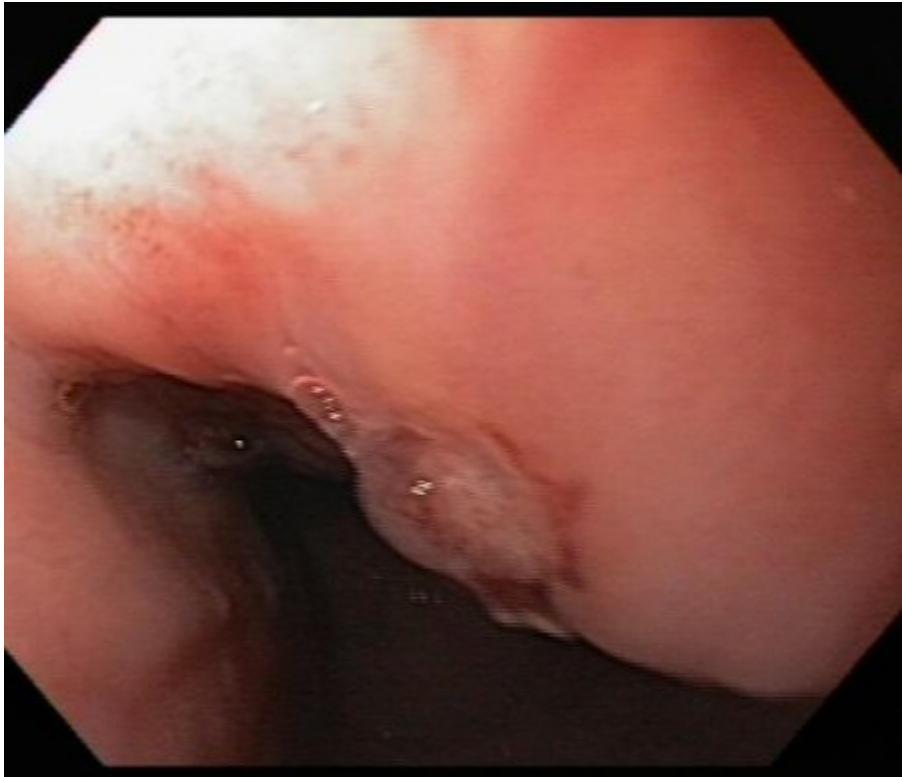


Figura 5: Úlcera na porção média do esôfago, com um vaso visível

Do acervo de Douglas G. Adler, MD

IMAGES

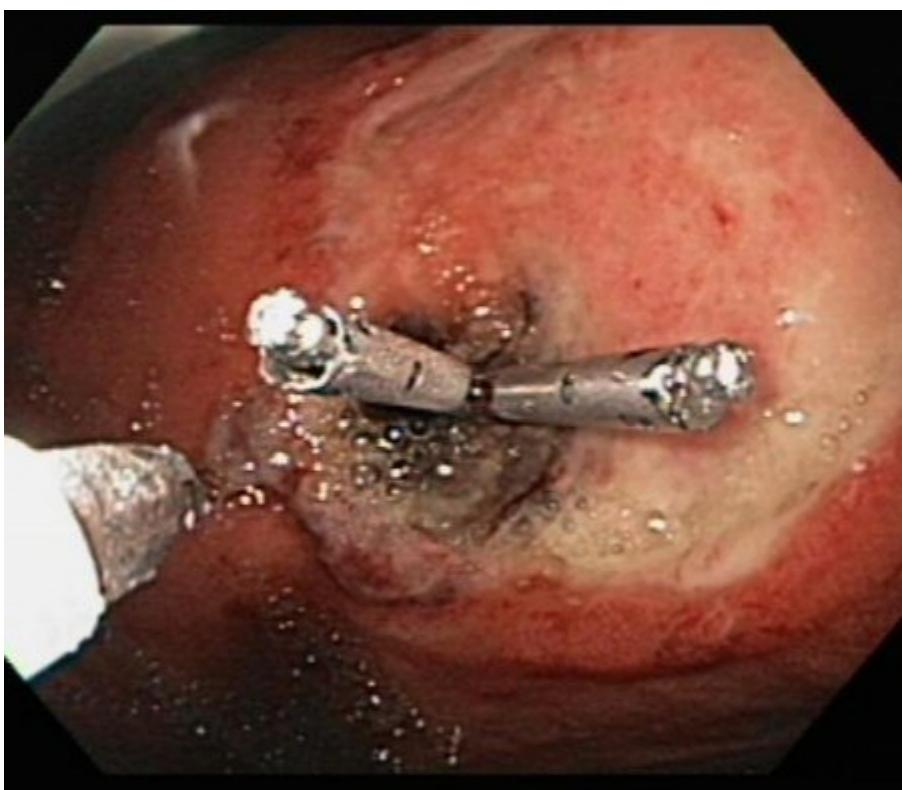


Figura 6: Grande úlcera gástrica após a colocação endoscópica de 2 clipes mecânicos para proporcionar hemostasia e prevenir o ressangramento

Do acervo de Douglas G. Adler, MD

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Douglas G. Adler, MD, FACG, AGAF, FASGE

Professor of Medicine

Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Huntsman Cancer Institute, University of Utah, Salt Lake City, UT

DIVULGAÇÕES: DGA has consulted for BSC and Merit, who make endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) products. He is also an author of references cited in this topic.

// Reconhecimentos:

Dr Douglas G. Adler would like to gratefully acknowledge the assistance of Dr Patrick D. Martin. PDM declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Ned Snyder, MD, FACP

Professor of Medicine

Chief of Clinical Gastroenterology and Hepatology, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX
DIVULGAÇÕES: NS declares that he has no competing interests.

David J. Hackam, MD, PhD

Associate Professor of Pediatric Surgery

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA

DIVULGAÇÕES: DJH declares that he has no competing interests.

Giuseppe Malizia, MD

Consultant Gastroenterologist

Divisione di Gastroenterologia, Ospedale V. Cervello, Palermo, Italy

DIVULGAÇÕES: GM declares that he has no competing interests.