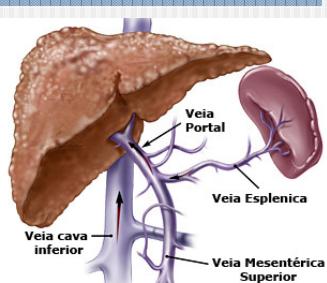


Varizes Esofágicas

Caso 41 – Controle terapêutico
Marielle Garcia de Souza



Como tudo começa...

- A hipertensão portal é uma condição fisiopatológica resultante da dificuldade do sangue transitar pelo fígado, quando este se apresenta com cirrose.
- No interior do fígado ocorre a resistência aumentada ao fluxo portal e compressão das veias hepáticas terminais pela fibrose perivascular e nódulos parenquimatosos expansivos.

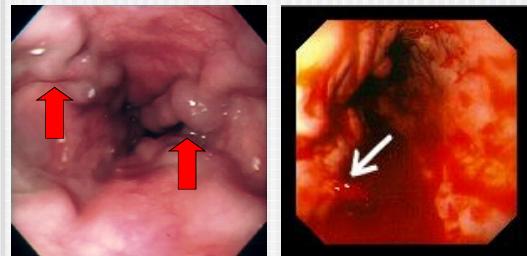
Hipertensão portal (PHT)

- Caracterizada por uma pressão portal 5 mmHg superior à pressão da veia cava inferior;
- Para pacientes com cirrose o risco de varizes se faz presente quando a pressão excede 12 mmHg, ou é maior que a da veia cava.

O que são varizes esofágicas?

- Retiram pressão do sistema porta venoso e podem ocorrer em qualquer parte do TGI;
- Vasos dilatados e tortuosos;
- As varizes não produzem sintomas até sangrarem. Ocorrem em 90% dos pacientes cirróticos e estão mais freqüentemente associadas à cirrose alcoólica.

Varizes esofágicas



Tratamento padrão

- É dividida em profilaxia primária e tratamento da hemorragia aguda

Profilaxia

- Realizada para pacientes com ascites, risco aumentado de sangramento, varizes grandes ou com pressão maior de 12 mmHg;
- Bloqueador β -adrenérgico não seletivo, como o propanolol ou nadolol;
- Reduz 50% dos casos;
- Risco de sangramento com a descontinuação abrupta da terapia;

Profilaxia

- Nitratos: causam vasodilatação em músculos lisos e diminuem pressão portal;
- Podem ser considerados para pacientes que não respondem aos β -bloqueadores desde que sejam menores de 50 anos e tenham uma cirrose bem compensada;
- Posologia: isosorbato-5-mononitrato oral 20 mg 2x/dia, e aumenta para 20 mg 3x/dia depois de uma semana.

Tratamento padrão

- Todo paciente com cirrose e PHT deve ser submetido a um screening endoscópico, e pacientes com grandes varizes devem iniciar a profilaxia com Propanolol oral 10 mg 3x ao dia ou nadolol 20 mg 1x ao dia.

Manutenção do paciente

- Os objetivos são adequar o fluxo, corrigir coagulopatia e trombocitopenia, controlar sangramento, prevenir novas hemorragias e preservar função hepática.
- Restauração do fluido: inicialmente colóides e depois produtos do sangue.

Somatostatina e Octreotide

- Inibem secreção glandular, neurotransmissão e contração do m. liso produzindo vasodilatação do mesentério >>> diminui fluxo sanguíneo esplâncnico e reduz pressão portal e de varizes sem efeitos adversos significativos.
- Estudos com resultados controversos (mecanismo não esclarecido)

Vasopressina + Nitroglicerina

- Melhora o controle da hemorragia com menos efeitos adversos que a vasopressina sozinha.
- Menor controle quando comparado à somatostatina.
- Administrado por via intravenosa

Terlipressin

- Triglicil-lisina vasopressina;
- Pró-fármaco sintético enzimaticamente convertido in vivo para lisina-vasopressina;
- Apresenta menos efeitos adversos quando comparado à vasopressina sozinha ou combinada à NTG;
- Diminui a pressão de varizes mais do que a somatostatina ou o octreotide.

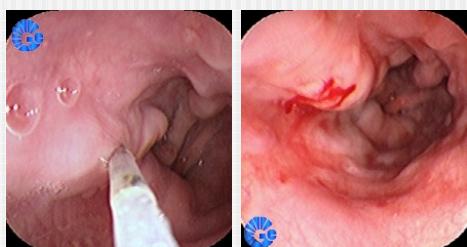
Antibiótico profilático

- Deve ser administrado para reduzir risco de sepse;
- Geralmente norfloxacin.

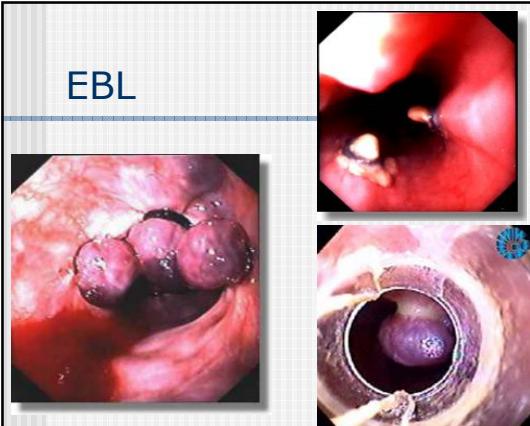
Intervenções endoscópicas

- Gastroduodenoscopia usando EIS (endoscopic injection sclerotherapy) ou EBL (endoscopic band ligation)
- EIS: injeção de 1-4 ml de agente esclerosante no lúmen das varizes;
- EBL: ligadura elástica aonde coloca-se um anel elástico ao redor da variz, provocando a coagulação de sangue no seu interior

EIS



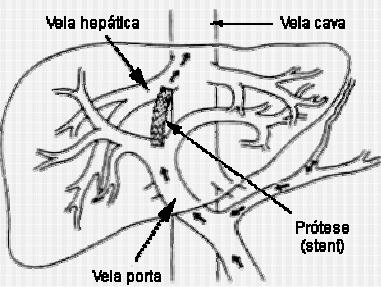
EBL



Procedimentos cirúrgicos

- Balões tamponantes
- TIPS: colocação de 1 ou mais stents entre a veia hepática e a veia porta.

TIPS



Caso clínico

- K.T, 47 anos, sexo masculino, com histórico de cirrose alcoólica se apresentou na emergência reclamando de náusea e hematêmese.
- Já teve um episódio similar 2 meses atrás.
- Esofagogastroduodenoscopia revelou varizes de grau II a III
- Passou por EBL
- Sem dor no peito, respiração curta ou hematuria

Histórico médico do paciente

- Cirrose
- Encefalopatia
- Sangramento de varizes esofágicas 2 meses atrás
- Histórico familiar não contribui

Histórico social

- Desempregado, casado, sem filhos;
- Bebia de 6 a 12 garrafas de cerveja por dia durante muitos anos, mas parou há dois anos;
- Fumou 1 maço de cigarro por dia durante muitos anos.

Resultados dos exames

- PA 111/68
- Pulso 82
- RR 24
- T 37,1
- Esclera icterica
- Mucosas secas
- Sons intestinais aumentados
- Esplenomegalia

Exames laboratoriais

- Na 136mEq/L
- K 4.6mEq/L
- Cl 105mEq/L
- CO₂ 24mEq/L
- BUN 20mg/dL
- SCr 0,6mg/dL
- Glu 154mg/dL
- Hgb 15.2g/dL
- Hct 42.3%
- WBC $7.2 \times 10^3/\text{mm}^3$
- Plt $95 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400)
- aPTT 28,6 s
- PT 13s
- INR 1,3
- AST 115 IU/L (5-40)
- ALT 87 IU/L (5-35)
- Alk phos 103 IU/L
- LDH 232 IU/L (100-190)
- T. bili 2,6mg/dL (0,1-1,2)

Exames laboratoriais

- Proteína 7,4 g/dL
- Albumina 3,6 g/dL
- Ca 8.7 mg/dL (9-11)
- Phos 2.7 mg/dL

Medicamentos em uso

- Lactulose 30 ml v.o. por dia
- Spironolactone 50 mg v.o. por dia
- Furosemida 20mg v.o. por dia
- Propanolol 10mg v.o. 3x ao dia
- Sem histórico de alergia a medicamentos

Lactulose

- Pode ser usado como laxante surfactante: atrai água por osmose (30 ml por dia);
- Também usado para encefalopatia hepática (20 a 30mg 3-4x ao dia)

Espirolactona

- indicado no tratamento da hipertensão essencial,
- distúrbios edematosos (relacionados a inchaço), tais como: edema e ascite (acúmulo de líquido na cavidade abdominal) relacionados à insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática e síndrome nefrótica

Furosemida

- Diurético de alça;
- Aumenta excreção de sódio, cloro, magnésio, cálcio, bicarbonato e fosfato
- Aumenta capacidade venosa >>> diminui pressão
- Aumenta níveis plasmáticos de propanolol

Propanolol

- Antagonista β -adrenérgico não seletivo
- anti-hipertensivo,
- diminui débito cardíaco (ação inicial), reduz secreção de renina, e diminui as catecolaminas nas sinapses nervosas
- Metabolizado pelo fígado

Terapia sugerida

- Octreotide 50-100 μ g IV bolus.
- Infusão contínua 25 μ g/h monitorando glicemia.
- Administração de uma cefalosporina de 3^a geração (ceftriaxona); ou associação de penicilina e inibidor de β lactamase (amoxicilina+ác.clavulânico); ou fluorquinolona (floxacinolona).
- Novas sessões de EBL

Manutenção

- isosorbato-5-mononitrato oral 20 mg 2x/dia, e aumenta para 20 mg 3x/dia depois de uma semana. (avaliar risco)

Acompanhamento

- Endoscopia a cada duas semanas até não aparentar mais varizes;
- Depois aos 3 e 6 meses.

Falha na terapia

- Se o paciente não responder à terapia cogitar procedimento cirúrgico (TIPS)

Referências

- <http://www.hepcentro.com.br/tips.htm>
- Robbin S.L.. *Patologia estrutural e funcional*, 1996, 5^a ed., Guanabara Koogan
- Rang H.P.; Dale M.M; Ritter J.M.; *Farmacologia*, 2001, 4^a ed., Guanabara Koogan
- DIPIRO, J.T et al. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 3rd ed. Stanford:Appleton & Lange, 1996.