

CAPÍTULO 5

VARIZES ESOFÁGICAS POR CIRROSE HEPÁTICA

BEATRIZ AZEVEDO RIBERA¹
ANDREIA LEÃO BENTO DE SOUZA¹
PITER PICOLE SILVA DE SOUSA²
ANDREIA DA SILVA COSTA¹
MAYANA BASTOS DE SOUZA ANDRADE²
GABRIELA IBIAPINO DA SILVA¹
GABRIEL SILVA DE OLIVEIRA¹
LIANA MIRANDA PEREIRA¹
YANNI FLORES ALENCAR¹
NICOLAS PEREIRA DE BRITO¹
BÁRBARA BARBOSA PIRES¹
ANA MARIA BEZERRA RAMOS¹
MARIANA BOBATO PULGATTI³
ISABELI MARIA MANSANO PARDI¹
CLEBER QUEIROZ LEITE⁴

¹ Discente em Medicina pelo Centro Universitário São Lucas (UNISL).

² Discente em Medicina pelo Centro Universitário Aparício de Carvalho (FIMCA).

³ Discente em Medicina pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

⁴ Graduado em Medicina pelo Centro Universitário São Lucas (UNISL). Docente pela Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida (FESAR).

Palavras-chave

Cirrose hepática; Varizes esofágicas; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

A cirrose hepática é uma alteração da arquitetura interna do fígado, que ocorre quando há um dano de maneira repetida e contínua do órgão. Nesse caso, o tecido hepático normal é permanentemente substituído por tecido cicatricial não funcional (GONÇALVES *et al.*, 2021). Assim, a principal causa que leva a cirrose são as doenças crônicas: a hepatite C, a hepatite B, o álcool e a doença hepática não gordurosa. Para identificação e estratificação da gravidade da cirrose hepática nesses pacientes, é utilizada a classificação de Child-Pugh, através de critérios clínicos (SANTOS FILHO *et al.*, 2022).

Inicialmente, o fígado sofre alteração da sua forma, que ocorre de modo assintomático. Nessa fase, a cirrose é dita compensada. Entretanto, com o avançar da doença, o fígado não funciona de forma adequada, chegando na fase descompensada, que é sintomática (GONÇALVES *et al.*, 2021). Diante disso, a primeira alteração que ocorre é a hipertensão portal, resultado do aumento do fluxo sanguíneo nos vasos do abdômen e da maior resistência ao fluxo pela alteração da arquitetura do fígado na cirrose. Isso pode levar a formação de varizes no esôfago, que se dilatam, podendo romper e causar sangramento digestivo (IBRAFIG, 2018).

Nesse cenário, é de grande importância o rastreamento de varizes esofágicas em pacientes com hipertensão portal. De acordo com o 1º Consenso de Hemorragia Digestiva Alta Varicosa, o rastreamento deve ser feito em todo paciente cirrótico no momento do diagnóstico, independentemente do grau de comprometimento da função hepática, por meio da Endoscopia Digestiva Alta (EDA) (SBH, 2011).

Durante a avaliação endoscópica, as varizes deverão ser classificadas pelo tamanho, sendo de fino, médio ou grosso calibre, além da presença da descrição de sinais vermelhos, os chamados

“*red spots*” (BORGIO *et al.*, 2019). Dessa forma, é avaliada a intervenção, que pode ser de forma profilática, a fim de evitar o surgimento de varizes ou seu crescimento, de modo a evitar sangramento digestivo alto em cirróticos, podendo ser profilaxias em forma primária ou secundária. Além disso, é possível a intervenção de urgência com uso do balão de Sengstaken Blakemore e do *shunt* transjugular intra-hepático portossistêmico (COELHO *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo fornecer uma análise aprofundada da literatura sobre varizes esofágicas associadas à cirrose hepática, abordando dados epidemiológicos, fisiopatologia, sinais e sintomas, prevenção, diagnóstico e tratamento. A proposta é ampliar, atualizar e fomentar a pesquisa científica no campo da gastroenterologia e hepatologia, visando uma compreensão abrangente dessa complicação específica da cirrose hepática.

MÉTODOS

Para atingir esse objetivo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, por meio da busca de artigos indexados nas bases de dados SciELO, Lilacs, PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores “Cirrose hepática”, “Varizes esofágicas”, “Diagnóstico” e “Tratamento”. A seleção dos artigos foi restrita aos últimos 10 anos, considerando apenas aqueles escritos em português, espanhol e inglês, e que estavam disponíveis na íntegra e de forma gratuita. Contudo, foram utilizados também artigos fora do período temporal selecionado que traziam estudos originais envolvendo procedimentos realizados em seres humanos, para fomentar a análise dos dados.

FISIOPATOLOGIA

Ao se referir a cirrose hepática, é notório que se trata de uma doença de curso insidioso, visto

que de início, a progressão é assintomática. O fígado de um paciente cirrótico, apresenta mecanismos de compensação à medida em que o tecido sofre fibrose e a circulação enterohepática fica comprometida (FONSECA *et al.*, 2022). A pressão intravascular de vasos adjacentes aumenta, e esse quadro, com a posterior cronificação da doença, gera a conhecida hipertensão portal (LABRECQUE *et al.*, 2015).

Desse modo, o sistema venoso porta-hepático é considerado de baixa pressão. À medida em que há tecido comprometido no fígado e esse vai perdendo sua capacidade de irrigação, essa pressão tende a subir, o que pode levar ao quadro de hipertensão portal ($> 10\text{mmHg}$) que acende um alerta para o surgimento de varizes esofágicas (VE). Tais varizes, características fisiopatológicas de uma hipertensão portal descompensada, quando sofrem ação de pressões superiores a 12 mmHg, estão predispostas ao rompimento (COELHO *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a hipertensão portal provoca um desvio do fluxo sanguíneo para os sistemas colaterais ao fígado, o que leva ao desenvolvimento das varizes esofagianas. Tendo em vista essa correlação, as VEs devem ser classificadas em pequeno ($\leq 5\text{ mm}$) ou grosso calibre ($> 5\text{ mm}$) o que leva ao prognóstico de possível hemorragia digestiva alta (SANTOS & ORTOLAN, 2020). Em relação à progressão da doença, as VEs que possuem origem relacionada à hipertensão portal geralmente surgem na região de junção esofagogástrica e tendem a se expandir em direção proximal do esôfago (COELHO *et al.*, 2014). A coloração encontrada na imagem endoscópica possui grande relevância para definir o estadiamento do quadro das varizes. A presença de sinais avermelhados nas superfícies das varizes mostra a dilatação de vênulas superficiais (GONÇALVES *et al.*, 2021).

Em relação à evolução natural da doença, a hemorragia digestiva alta é o prognóstico mais agudo, apresentando alta morbimortalidade (cerca de 10 a 20% em seis semanas). Procedimentos endoscópicos e terapia medicamentosa com betabloqueadores fazem parte do protocolo de profilaxia primária e secundária para evitar a evolução a uma hemorragia, que apresenta um manejo complexo (AVERBACH *et al.*, 2020).

SINAIS E SINTOMAS

A habilidade de reconhecer e interpretar corretamente os sinais e sintomas clínicos está diretamente associada às conclusões válidas e ao sucesso no manejo das doenças (LOPES *et al.*, 2019). Essa habilidade é uma competência essencial para os profissionais da saúde, possibilitando uma abordagem eficaz no cuidado e tratamento dos pacientes (BORGIO *et al.*, 2019). Diante disso, é válido ressaltar que o quadro clínico sintomatológico das varizes surge quando há uma diferença de pressão entre as veias portal e hepática, uma vez que excede 12 mmHg, podendo se formar em qualquer segmento do tubo digestivo, contudo, a maior parte se manifesta no terço inferior do esôfago (SANYAL & BAJAJ, 2012).

No caso das varizes esofágicas, são notados alguns sintomas clínicos importantes que devem ser vistos tanto pelo paciente quanto pelo profissional de saúde que o acompanha, dentre eles, êmese sanguinolenta, fezes escurecidas e com odor forte, palidez ou icterícia, tontura; fraqueza, sensação de mal-estar, edema abdominal, edema em membros inferiores e taquipneia (BIANCINI *et al.*, 2022).

Em pacientes cirróticos, aproximadamente metade desenvolve varizes esofágicas (GARCIA-TSAO & BOSH, 2010). Dentro dessa população, de 25 a 40% dos pacientes apresentaram risco de sangramento. O primeiro episódio de sangramento está associado a uma

taxa de mortalidade de 50% (JALAN & HAYES, 2000). Após sobreviverem ao primeiro episódio hemorrágico, mais da metade dos pacientes apresentam um novo episódio de sangramento dentro de um ano. É importante destacar que o risco máximo de uma nova hemorragia ocorre nos primeiros dias imediatamente após o sangramento ativo, com uma diminuição gradual ao longo das seis semanas seguintes (KARSAN *et al.*, 2005).

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do quadro de varizes esofágicas tem aumentado no Brasil na última década, com predomínio nas regiões Sul e Sudeste (cerca de 77%), onde também se concentra a maior taxa de óbitos, que somam aproximadamente 83% dos registros nos anos de 2016 a 2020 (SANTOS *et al.*, 2022).

A presença de varizes esofágicas em paciente com cirrose hepática alterna de acordo com a função metabólica do fígado. De acordo com a classificação de Child-Pugh, somente 30% dos pacientes compensados (Child A) apresentam varizes, enquanto os descompensados (Child B e C) representam aproximadamente 60% dos casos (BITTENCOURT *et al.*, 2010). Ainda, podem apresentar quadro de progressão das varizes, de acordo com a evolução e agravamento da doença, como observado em 12% das de varizes de fino calibre em um ano de doença e em até 31% em três anos (MERLI *et al.*, 2003).

Foi demonstrado que a taxa de mortalidade por varizes esofágicas é de aproximadamente 21%, predominantemente do sexo masculino (SANTOS & ORTOLAN, 2020), fato relacionado a maior prevalência deste grupo para casos de cirrose, por razões ligadas a hábitos etílicos, que, historicamente, estão mais relacionados ao sexo masculino (CHALASANI *et al.*, 2003).

PREVENÇÃO

Há o reconhecimento pela sociedade de que saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor, mas o resultado de um conjunto de fatores sociais, psicológicos e culturais, que se articulam de forma particular em cada sociedade, a partir de conjunturas específicas, o que possibilita a existência de sociedades mais ou menos saudáveis (SANTOS *et al.*, 2022). A promoção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento e a reabilitação das enfermidades são as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença (GONÇALVES *et al.*, 2021). Essas estratégias encontram-se situadas em campos de conhecimento bastante complexos e esforçados integrados para levá-las a melhorar a saúde das pessoas (ARAÚJO & ASSUNÇÃO, 2004).

Com relação à profilaxia pré-primária, não existem estratégias específicas; a melhor recomendação é o tratamento da doença de base. Com isso, nota-se que a melhor forma de prevenir as varizes esofágicas causadas por cirrose hepática, dá-se pela prevenção à cirrose (COELHO *et al.*, 2014).

Dessa forma, a prevenção e o tratamento da cirrose será o mais efetivo método de prevenção de varizes esofágicas por cirrose hepática (SANTOS *et al.*, 2022). O transplante de fígado é o único tratamento curativo para esta doença hepática, quando em caráter terminal. Estratégias podem ser adotadas com o intuito de prevenir a cirrose. É sabido que 70 a 80% das doenças hepáticas terminais são causadas pelo consumo excessivo de álcool e por hepatites virais, que são doenças passíveis de prevenção (GONÇALVES *et al.*, 2021). No que tange às hepatites virais, destaca-se as dos tipos B e C, que têm impacto direto na saúde pública, que apresentam possibilidades de prevenção por

vacina (hepatite B) e tratamento completo com poder curativo (hepatite C) (SILVA *et al.*, 2006).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico das varizes esofágicas deve se basear nos hábitos de vida do paciente, características clínicas que se pode apresentar e a etiologia das varizes esofágicas (GONÇALVES *et al.*, 2021). Ainda que geralmente assintomáticas, as manifestações clínicas mais preocupantes das varizes que são relatadas como queixa principal durante o atendimento são: êmese sanguinolenta e fezes escuras e fétidas (sangue oculto nas fezes) (BORGIO *et al.*, 2019). Partindo desse princípio, o exame mais comum para a verificação de varizes esofágicas é a endoscopia, sendo que nela as varizes se apresentarão com um aspecto vultuoso e tortuoso, distal do esôfago e proximal do estômago (LOPES *et al.*, 2019). A depender do estágio da doença, pode-se observar uma mucosa íntegra, ulcerada ou em fase necrótica (ROBBINS *et al.*, 2014).

A investigação complementar da doença leva em conta sua etiologia, a hipertensão portal (aumento da resistência hepática ao fluxo sanguíneo eferente ao órgão, acarretando um acúmulo volêmico nas estruturas venosas que desembocam na veia porta), proveniente da cirrose hepática, onde a clínica se apresenta com aspecto de cabeça de medusa no abdômen, esplenomegalia, astenia, palidez ou icterícia, hemorróidas, sangramentos, entre outros sintomas (PORTH & MATFIN, 2010).

Os exames laboratoriais que podem instruir o estudo do fígado são AST, ALT e lactato desidrogenase, que indicam lesão hepática; fosfatase alcalina, GGT, bilirrubina total e frações, que podem avaliar o fluxo biliar; e para a avaliação da produção e síntese hepática, marcadores como a albumina e fatores de coagulação

são úteis, além da biópsia (VASCONCELOS, 2022).

Para exames de imagem, a ultrassonografia (USG) é indicada para averiguação inicial, porém, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM) também são de alternativas devido à capacidade de avaliar parênquima, estruturas adjacentes, volume, densidade, vascularização e possíveis massas do órgão rastreado (LOPES *et al.*, 2019).

Para o manejo agudo de sangramentos por varizes esofágicas, primariamente faz-se a estabilização hemodinâmica do paciente e, caso haja necessidade, transfusão sanguínea (VASCONCELOS, 2022). Além disso, o uso de drogas que diminuem o fluxo sanguíneo pelo sistema porta também é indicado, como drogas vasoativas (pela ação de dilatação) e a somatostatina (que causa vasoconstrição esplâncnica seletiva e reduz a secreção gástrica, impedindo a destruição de coágulos já formados) (GARCÍA-PAGÁN *et al.*, 2010).

Durante uma situação de emergência, é comum o uso de TIPS (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*), uma técnica que visa a cateterização da veia hepática e a instalação de um *stent*, que reduzirá a hipertensão portal aumentando o retorno venoso a veia cava inferior (GARCÍA-PAGÁN *et al.*, 2010).

Em relação ao manejo mais tardio, têm-se: ligadura elástica como tratamento preferencial, que baseia-se na endoscopia com ligadura que estrangula a variz, reduzindo sua chance de sangramento e mortalidade do paciente (VADERA *et al.*, 2019); escleroterapia, uma forma de injeção de substância por meio endoscópico, que causa a fibrose da variz, diminuindo sua propensão a se romper (GANA *et al.*, 2020); utilização de alça pré-amarrada com fio de poliamida, que se baseia no mesmo sentido da ligadura elástica, o estrangulamento da variz,

sendo seguro, eficaz, acessível e de baixo custo (LOPES *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A cirrose hepática é uma condição grave e progressiva que resulta em danos irreversíveis ao fígado, levando à formação de tecido cicatricial não funcional. Assim, o rastreamento de varizes esofágicas em pacientes com hipertensão portal é crucial para a identificação precoce e a prevenção de complicações graves, como sangramento digestivo alto. O manejo das varizes pode ser realizado de forma profilática, visando prevenir o aparecimento e o crescimento

dessas lesões, ou de forma emergencial, utilizando dispositivos como o balão de Sengstaken-Blakemore ou o *shunt* transjugular intra-hepático portossistêmico.

Diante do exposto, pode-se concluir que o manejo das varizes esofágicas em pacientes com cirrose hepática é um processo complexo que abrange várias etapas, desde rastreamento e classificação até prevenção de sangramentos e tratamento da doença. É evidente, portanto, a importância de um manejo adequado visando proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes afetados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, M.R.N. & ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, p. 19, 2004.
- AVERBACH, M. *et al.* Atlas de endoscopia digestiva da SOBED. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2020.
- BIANCINI, C.C. *et al.* Concomitância da hemorragia digestiva alta com varizes esofágicas recorrente de Hipertensão portal. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, p. 74826, 2022.
- BITTENCOURT, P.L. *et al.* Hemorragia varicosa: relatório da reunião de consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 47, p. 202, 2010.
- BORGO, C.M. *et al.* Cirrose hepática e suas principais complicações: conhecimento direcionado ao farmacêutico. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences*, v. 1, p. 73, 2019.
- CHALASANI, N. *et al.* Improved patient survival after acute variceal bleeding: a multicenter, cohort study. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 98, p. 653, 2003.
- COELHO, F.F. *et al.* Management of variceal hemorrhage: current concepts. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 27, p. 138, 2014.
- FONSECA, G.S.G.B. *et al.* Cirrose hepática e suas principais etiologias: revisão da literatura. *E-Acadêmica*, v. 3, e8332249, 2022.
- GANNA, J.C. *et al.* Band ligation versus sclerotherapy for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding in children with chronic liver disease or portal vein thrombosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2021, 2020.
- GARCÍA-PAGÁN, J.C. *et al.* Early Use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. *New England Journal of Medicine*, v. 362, p. 2370, 2010.
- GARCIA-TSAO, G. & BOSCH, J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *New England Journal of Medicine*, v. 362, p. 823, 2010.
- GONÇALVES, B.C. *et al.* Doença hepática gordurosa não alcoólica: evolução e risco de desenvolvimento de cirrose hepática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, e7036, 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DO FÍGADO - IBRAFIG. Cartilha sobre Cirrose. Tudo sobre o fígado, 19 ago. 2018. Disponível em: <https://tudosobrefigado.com.br/doencas-mais-comuns/cirrose/cartilha-cirrose/>. Acesso em: 4 maio 2023.
- JALAN, R. & HAYES, P.C. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *BSG Guidelines in Gastroenterology*, 2000.
- KARSAN, H.A. *et al.* Combination endoscopic band ligation and sclerotherapy compared with endoscopic band ligation alone for the secondary prophylaxis of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis. *Digestive Diseases and Sciences*, v. 50, p. 399, 2005.
- LABRECQUE, D. *et al.* Varizes esofágicas. *World Gastroenterology Organisation*, jan. 2015. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/esophageal-varices/esophageal-varices-portuguese>. Acesso em: 18 jul. 2023.
- LOPES, J.R.B. *et al.* Abordagem das varizes de esôfago no paciente pediátrico cirrótico: rastreamento, profilaxia primária e conduta no sangramento agudo. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 29, p. S15, 2019.
- MERLI, M. *et al.* Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. *Journal of Hepatology*, v. 38, p. 266, 2003.
- PORTH, C.M. & MATFIN, G. *Fisiopatologia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010.
- ROBBINS, S.L. *et al.* *Patologia: Bases Patológicas das doenças*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- SANTOS, M.C. & ORTOLAN, G.L. Análise da prevalência de varizes esofágicas em pacientes internados por hemorragia digestiva alta no HURCG. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 26, p. 100, 2020.
- SANTOS, S.O. *et al.* Aspectos epidemiológicos do tratamento cirúrgico das varizes esofágicas entre 2016-2022 no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 11, e174111738509, 2022.
- SANTOS FILHO, S.R.F. *et al.* Fatores de risco e prevenção primária da hemorragia digestiva alta: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, e33511324681, 2022.
- SANYAL, A.J. & BAJAJ, J.S. Prevention of recurrent variceal hemorrhage in patients with cirrhosis. *UpToDate*, jun. 2012. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/prevention-of-recurrent-variceal-hemorrhage-inpatients-withcirrhosis?source=search_result&search=General+principles+of+the+management+of+variceal+hemorrhage&selectedTitle=4~150. Acesso em: 03 jun. 2023.
- SILVA, A.S. *et al.* Chronic liver disease prevention strategies and liver transplantation. *Acta Cirurgica Brasileira*, v. 21, p. 79, 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA - SBH. Hemorragia digestiva alta varicosa: Relatório do 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia. *Gastroenterologia Endoscopia Digestiva*, v. 30, 2011. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/pdf/consensos/consenso1.pdf>. Acesso em: 4 maio 2023.

VADERA, S. *et al.* Band ligation versus no intervention for primary prevention of upper gastrointestinal bleeding in adults with cirrhosis and oesophageal varices. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 6, 2019.

VASCONCELOS, R.B. Função hepática: marcadores bioquímicos da função hepática [produção didática]. Gama: UNICEPLAC, 2022.