CAPÍTULO 22

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS E BAIXAS

Catherine Rezende Vitoi[1]
Marina Mendes Melo[1]
Luiza Oliveira Ramagem[1]
Laura Carbonel Michelutti[1]
Igor Chaves Dias Oliveira[1]
Amanda Souto Vaz[1]
Júlio Veloso[2]
Emily Gabriele Oliveira Costa[3]

[1]Discentes do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.
[3]Orientador da Universidade de Brasília – UNB.
[3]Discente do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – UNICEPLAC.

Palavras-chave: Hemorragia Gastrointestinal; Endoscopia; Colonoscopia.

DOI doi.org/10.59290/a5e55ac03a

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como a perda de sangue com origem no trato gastrointestinal (TGI) proximal ao ângulo de Treitz, abrangendo esôfago, estômago e duodeno (DANI; PASSOS, 2011). Suas causas são variadas, sendo as mais frequentes a úlcera péptica gastroduodenal, as varizes esofagogástricas, erosões gastroduodenais, laceração de Mallory-Weiss, lesões vasculares (angioectasias e lesão de Dieulafoy) e neoplasias (DANI; PASSOS, 2011; AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY, 2023). Representa a maioria dos casos de hemorragia digestiva e constitui uma das principais emergências gastroenterológicas. Exige avaliação e intervenção rápidas, pois, apesar dos avanços terapêuticos, a mortalidade permanece significativa, especialmente entre pacientes idosos e com múltiplas comorbidades (DANI; PASSOS, 2011; PEREIRA, 2021).

A abordagem inicial da HDA envolve estabilização hemodinâmica, estratificação de risco e realização oportuna da endoscopia digestiva alta (EDA), preferencialmente nas primeiras 24 horas. O Escore de Glasgow-Blatchford (GBS) é ferramenta pré-endoscópica que avalia a necessidade de intervenção com base em parâmetros clínicos e laboratoriais, como hemoglobina, ureia, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, presença de melena, síncope e comorbidades. Pontuações mais elevadas indicam maior risco de necessidade de tratamento. O escore de Rockall, aplicável tanto no período pré quanto pós-endoscopia, estima o risco de mortalidade e avalia o risco de ressangramento com base em idade, estabilidade hemodinâmica, comorbidades, diagnóstico endoscópico e estigmas de sangramento (ORPEN-PALMER; STANLEY, 2023).

A hemorragia digestiva baixa (HDB) é definida como a perda de sangue originada no TGI distal à válvula ileocecal, compreendendo cólon, reto e canal anal (GRALNEK, 2021). Suas causas incluem hemorroidas, diverticulose, colites (inflamatória, isquêmica e infecciosa), angioectasias e neoplasias (DANI; PASSOS, 2011; AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY, 2023). Embora menos frequente que a HDA, é responsável por número significativo de internações e pode manifestar-se desde sangramento leve até instabilidade hemodinâmica (PEREIRA, 2021).

Atualmente, reconhece-se também o conceito de hemorragia digestiva média, decorrente de sangramento localizado entre o ângulo de Treitz e a válvula ileocecal, com origem no jejuno ou no íleo. A avaliação inicial do paciente com hemorragia digestiva deve basear-se na estabilização hemodinâmica, na estratificação de risco e na identificação da origem do sangramento, sendo a colonoscopia o principal exame diagnóstico e terapêutico recomendado, idealmente realizada nas primeiras 24 horas após estabilização (GRALNEK, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

A HDA é causa comum de internação, com incidência estimada entre 50 e 150 casos por 100.000 habitantes ao ano, predominando em homens acima de 60 anos, frequentemente associada ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), anticoagulantes e infecção por *Helicobacter pylori* (DANI; PASSOS, 2011; PEREIRA, 2021). A mortalidade varia entre 5% e 15%, sendo mais elevada em idosos com comorbidades (PEREIRA, 2021).

A HDB representa aproximadamente 20% a 30% dos casos de hemorragia digestiva, com incidência estimada entre 20 e 40 casos por 100.000 habitantes, sendo mais comum em idosos devido a doenças colônicas, como diverticulose e angiodisplasias (DANI; PASSOS, 2011; PEREIRA, 2021). A mortalidade é menor, variando entre 3% e 10%, mas aumenta em casos de sangramento volumoso ou presença de comorbidades (PEREIRA, 2021), **(Tabela 22.1).**

Tabela 22.1 Principais causas de hemorragia digestiva alta e baixa

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)	HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA (HDB)
Úlcera gástrica ou duodenal	Doença diverticular do cólon
Varizes esofágicas	Angiodisplasia colônica
Síndrome de Mallory-Weiss	Neoplasias colorretais
Esofagite erosiva	Doença Inflamatória Intestinal (DII)
Gastrite erosiva	Colite isquêmica ou infecciosa
Lesão de Dieulafoy	Hemorróidas internas
Neoplasias esófagogástricas	Pólipos adenomatosos

Fonte: DANI *et al.*, 2011.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Quadro clínico

Clinicamente, a HDA manifesta-se principalmente por hematêmese (vômito de sangue vivo ou conteúdo gástrico misturado com sangue, com aspecto de "borra de café") e/ou melena (fezes escurecidas, pastosas e com odor fétido). A apresentação clínica varia conforme a intensidade do sangramento e a rapidez de instalação. Em casos mais graves, pode ocorrer instabilidade hemodinâmica, com sinais de choque, como hipotensão, taquicardia, palidez cutaneomucosa e rebaixamento do nível de consciência (PEREIRA, 2021).

Diagnóstico

O diagnóstico da HDA exige abordagem sistemática, com avaliação clínica criteriosa e complementação por exames laboratoriais e de imagem, considerando gravidade, localização presumida do sangramento e condições clínicas do paciente (DANI; PASSOS, 2011). Devem-se investigar início, duração, intensidade do sangramento e sintomas associados, como dor abdominal, perda de peso e alterações do hábito intestinal (PEREIRA, 2021). Antecedentes como uso de *AINEs* ou anticoagulantes, hepatopatias, cirurgias prévias e história de neoplasias devem ser considerados (GRALNEK, 2021).

A presença de hematêmese e melena é mais sugestiva de sangramento do TGI alto (DANI; PASSOS, 2011); contudo, hematoquezia pode ocorrer em HDA de grande volume, devido ao rápido trânsito do sangue pelo trato intestinal (GRALNEK, 2021). O toque retal pode auxiliar na identificação de melena ou sangue vivo, contribuindo para localização do foco (PEREIRA, 2021). Ao exame físico, sinais de choque hipovolêmico indicam sangramento ativo grave (DANI; PASSOS, 2011).

Os exames laboratoriais auxiliam na avaliação da gravidade e na orientação terapêutica. O hemograma pode evidenciar anemia, embora seus valores possam estar normais nas primeiras horas de sangramento agudo (GRALNEK, 2021). Avaliam-se também contagem de leucócitos e plaquetas (PEREIRA, 2021), além da dosagem de ureia, que pode estar elevada sem aumento concomitante da creatinina, devido à digestão de proteínas sanguíneas no TGI superior (DANI; PASSOS, 2011).

O tempo de protrombina (TP) e a razão normalizada internacional (INR) são essenciais na avaliação de coagulopatias, especialmente em pacientes com hepatopatias ou em uso de

anticoagulantes (PEREIRA, 2021). A gasometria arterial pode indicar acidose metabólica em casos graves de hipoperfusão (GRALNEK, 2021). Incluem-se ainda tipagem sanguínea e prova cruzada em casos de necessidade transfusional, além da avaliação de eletrólitos e função hepática (DANI; PASSOS, 2011).

A EDA é o exame de escolha tanto para diagnóstico quanto para tratamento da HDA e deve ser realizada nas primeiras 24 horas, idealmente após estabilização hemodinâmica (GRALNEK, 2021). Caso seja inconclusiva, exames adicionais podem ser indicados. A angiotomografia de abdome é útil na detecção de sangramentos ativos com taxa superior a 0,3–0,5 mL/min, especialmente em pacientes instáveis ou com sangramento obscurecido. A cintilografia com hemácias marcadas apresenta maior sensibilidade (detecta sangramentos a partir de 0,1 mL/min), porém menor especificidade e acesso mais limitado (PEREIRA, 2021).

TRATAMENTO

A elevação do pH intra-gástrico pode facilitar a agregação plaquetária, enquanto o pH ácido retarda a coagulação sanguínea e aumenta a dissolução do coágulo por enzimas proteolíticas, como a pepsina. Nesse sentido, antagonistas dos receptores H2 e inibidores da bomba de prótons (IBP) são usados para aumentar o pH, sendo os IBP os únicos fármacos com evidência suficiente de eficácia na prevenção de ressangramento por úlcera em pacientes de alto risco. Além disso, somatostatina e octreotídio podem reduzir o risco de sangramento contínuo, especialmente de origem varicosa, pela redução da pressão venosa portal e do fluxo arterial para o estômago e o duodeno, preservando o fluxo arterial renal (DANI & PASSOS, 2011).

A EDA é o método mais efetivo para controle da HDA, e o efeito da terapia farmacológica deve ser considerado como somatório ao da terapêutica endoscópica. A hemostasia pode ser feita através de métodos térmicos (laser, *heater probe*, eletrocoagulação mono ou bipolar, coagulação com plasma de argônio), mecânicos (colocação de clipes metálicos, ligadura elástica, *endoloops*) e de injeção de substâncias através de um cateter ao redor ou diretamente no ponto de sangramento. Angiografia é utilizada quando há hemorragia intensa, persistente e falha na terapia endoscópica (DANI & PASSOS, 2011).

O tratamento cirúrgico está indicado quando o sangramento não responde ao tratamento convencional, com sutura da lesão sangrante ou procedimento mais invasivo tendo como principal finalidade reduzir a recorrência. Nesses casos, deve-se realizar uma tentativa de retratamento endoscópico antes de indicar cirurgia (DANI & PASSOS, 2011).

Profilaxia

Pacientes com doença hepática crônica avançada compensada e hipertensão portal clinicamente significativa devem iniciar o uso de betabloqueadores não seletivos (de preferência carvedilol), desde que não haja contraindicações, para prevenir o sangramento por ruptura de varizes gastroesofágicas. Se não for possível, recomenda-se a ligadura elástica endoscópica profilática das varizes esofágicas com maior risco de sangramento (GRALNEK, 2021).

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Quadro clínico

A HDB é definida como o sangramento que ocorre distalmente à válvula ileocecal (GRALNEK, 2021). Clinicamente, manifesta-se principalmente por hematoquezia, eliminação de sangue vivo pelo ânus, podendo ou não estar misturado às fezes. Em sangramentos

oriundos do cólon direito ou com trânsito intestinal mais lento, pode apresentar-se como melena, caracterizada por fezes escurecidas, pastosas e de odor fétido. Outros sintomas incluem dor ou cólica abdominal, distensão, alteração do hábito intestinal, e, em casos mais graves, sinais sistêmicos como hipotensão e taquicardia, sugerindo instabilidade hemodinâmica (SENGUPTA, 2023; ELIMELEH,2024).

Diagnóstico

A investigação diagnóstica na HDB deve contemplar início, duração e intensidade do sangramento, bem como sintomas associados. Antecedentes clínicos importantes incluem o uso de AINEs, anticoagulantes, doença diverticular, neoplasias e histórico de cirurgias abdominais (GRALNEK, 2021). A presença de hematoquezia é sugestiva de sangramento de origem colônica ou retal. O exame físico pode revelar sinais de choque hipovolêmico (DANI & PASSOS, 2011), e o toque retal pode identificar a presença de sangue vivo, sugerindo localização baixa (PEREIRA, 2021).

Os exames laboratoriais incluem hemograma, que pode mostrar anemia mesmo que seus valores sejam inicialmente normais no sangramento agudo (GRALNEK, 2021), bem como a contagem de leucócitos e plaquetas (PEREIRA, 2021). TP, INR, gasometria arterial e função hepática devem ser avaliados em pacientes com risco de coagulopatias ou comorbidades associadas (PEREIRA, 2021). Inclui-se também a tipagem sanguínea e prova cruzada, além da dosagem de eletrólitos (DANI & PASSOS, 2011).

A colonoscopia é o principal exame para avaliação da HDB, e deve ser realizada idealmente em até 24 horas após preparo colônico adequado e estabilização clínica do paciente (GRALNEK, 2021). Quando inconclusiva, exames adicionais como a angiotomografia de abdome, eficaz na detecção de sangramentos ativos com taxa superior a 0,3–0,5 mL/min, e cintilografia com hemácias marcadas, mais sensível e menos específica, podem ser utilizados (PEREIRA, 2021). Em casos de hemorragia digestiva obscura, a cápsula endoscópica pode ser empregada, sendo útil principalmente na avaliação do intestino delgado (GRALNEK, 2021).

Tratamento

Os principais objetivos no manejo da hemorragia digestiva baixa (HDB) são controlar o sangramento e prevenir recorrências. O preparo intestinal e a colonoscopia devem ser realizados precocemente, após estabilização hemodinâmica, permitindo hemostasia eficaz por métodos injetáveis, térmicos (como eletrocoagulação, plasma de argônio ou laser) e mecânicos (clipes ou ligadura elástica). Caso a abordagem endoscópica não seja bem-sucedida, pode-se recorrer à arteriografia com infusão de vasopressina, embora os pacientes apresentem recorrência em cerca de 50% dos casos (DANI & PASSOS, 2011).

A cirurgia de urgência, se necessária, deve ser precedida de pesquisa do local sangramento. É recomendada nos seguintes casos: (1) necessidade de mais de 4 unidades de concentrado de hemácias em 24 horas; (2) hemorragia persistente e que exige mais de 10 unidades de hemotransfusão; (3) hemorragias recorrentes; (4) portadores de doença diverticular que voltam a sangrar após um episódio inicial, com perdas entre 20 e 40% da volemia. As intervenções mais indicadas são: (1) ressecção segmentar de emergência para uma fonte conhecida de sangramento persistente; (2) ressecção segmentar eletiva para uma fonte conhecida de sangramento, como adenocarcinoma do cólon, ou para sangramento recorrente de uma lesão identificada, como divertículo do cólon; (3) colectomia subtotal, com anastomose ileorretal, para fonte desconhecida de sangramento (DANI & PASSOS, 2011).

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY. Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. American Journal of Gastroenterology, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38078611/. Acesso em 01 jun. 2025.

2. DANI, R.; PASSOS, M. do C. F. Gastroenterologia Essencial, 4ª edição. E-book. p.16. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

3. ELIMELEH, Y.; GRALNEK, I. M. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding. Current Opinion in Gastroenterology, v. 40, n. 1, p. 34–42, 2024. DOI: 10.1097/MOG.0000000000000984.

4. GRALNEK, I. M. *et al.*, Diagnosis and management of acute gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, v. 53, n. 9, p. 850-868, 2021. DOI: 10.1055/a-1496-8969.

5. GRALNEK, I. M.; CAMUS, DUBOC, M.; GARCIA-PAGAN, J. C. *et al.*, Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: european society of gastrointestinal endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, v, 54, n. 11, p. 1094-1120, 2022. DOI: 10.1055/a-1939-4887.

6. PEREIRA, L. S. *et al.*, Abordagem diagnóstica e terapêutica das hemorragias digestivas. Revista Médica de Minas Gerais, v. 31, p. e-31103, 2021. DOI: 10.5935/2238-3182.20210031.

7. SENGUPTA, N. *et al.*, Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: An Updated ACG Guideline. The American Journal of Gastroenterology, v. 118, n. 2, p. 208–231, 2023. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002130.

8. ORPEN-PALMER, J.; STANLEY, A. J. Risk assessment in acute upper gastrointestinal bleeding: current status and future directions. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America, v. 33, n. 2, p. 209–224, 2023. DOI: 10.1016/j.giec.2022.12.002.

9. ZAUBER, A. G. WINAWER, S. J. *et al.*, Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths. New England Journal Of Medicine, v. 366, n. 8, p. 687-696, 2012. DOI: 10.1056/NEJMoa1100370.