

Hemorragia digestiva alta causada por pólipó gástrico hiperplásico: relato de caso

Upper gastrointestinal haemorrhage caused by hyperplastic polyp: case report

RENZO RUIZ,³ JULIANA TRAZZI,³ GABRIEL IZAR DOMINGUES DA COSTA,³ FÁBIO HONDO,² CARLOS FURUYA,² RICARDO SATO,² PAULO SAKAI,¹ SHINICHI ISHIOKA¹

RESUMO

Conceitualmente, hemorragia digestiva alta (EDA) é definida como qualquer sangramento de localização proximal ao ângulo de Treitz na prática originária do esôfago, estômago e duodeno. Apesar dos avanços, tanto na área diagnóstica quanto terapêutica, a hemorragia digestiva continua sendo uma importante causa de morbimortalidade, com alta incidência e de grande impacto econômico. Mesmo com novas técnicas endoscópicas, a mortalidade permanece elevada com o passar dos anos.

No presente artigo, relatamos o caso de uma paciente de 80 anos de idade que deu entrada em nosso serviço, referindo 2 episódios de hematêmese nas 12 horas que antecederam à admissão hospitalar. Após estabilização hemodinâmica, foi submetida à EDA que revelou grande pólipó gástrico, sem sinais de sangramento ativo. Optou-se por terapia mecânica hemostática combinada (endoloop e hemoclips), com sucesso. Porém houve ressangramento da lesão, com instabilidade hemodinâmica, e a segunda tentativa de hemostasia mecânica foi associada à correção do INR com plasma, já que a paciente fazia uso crônico de warfarin devido à fibrilação atrial crônica. Paciente evoluiu bem, tendo alta após 3 dias da segunda abordagem endoscópica. Estudos recentes evidenciam que a terapia combinada é mais efetiva do que a monoterapia no controle das hemorragias digestivas altas. No presente caso, optamos por dois métodos mecânicos,

com êxito somente após a segunda abordagem. Neste caso, a coagulopatia foi o principal fator predisponente na ocorrência do ressangramento. Portanto sempre se deve atentar para sua correção em casos em que se acredite que a alteração possa influenciar negativamente no prognóstico.

Unitermos: Hemorragia Digestiva Alta, Terapêutica Endoscópica Mecânica, Pólipó Hiperplásico, Endoloop, hemoclips.

SUMMARY

Conceptually, upper gastrointestinal bleeding is defined as any bleeding located proximal to the angle of Treitz, originating from the esophagus, stomach and duodenum. Despite advances in the diagnostic and therapeutic methods, gastrointestinal bleeding remains a important cause of morbidity and mortality, with high incidence and economic impact. Even with new endoscopic techniques, mortality remains high over the years.

In this article, we report a case of a 80-year-old woman who was admitted in our hospital, referring 2 episodes of hematemesis, 12 hrs before the admission. After hemodynamic stabilization, we submit de patient to a EGD that revealed a large gastric polyp with no signs of active bleeding. We chose a combined therapy, mechanical and haemostatic (end loop and hem clips), successfully. But

1. Coordenador do Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - SP. **2.** Assistente do Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - SP. **3.** Estagiário do Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Hospital Alemão Oswaldo Cruz - São Paulo - SP. **Endereço para correspondência:** Renzo Fruiz. Rua Martiniano de Carvalho, 1049 - apto. 71M - CEP: 01321001 São Paulo - SP. e-mail: renzofruiz@hotmail.com. **Recebido em:** 15/01/2013. **Aprovado em:** 07/03/2013.

after this, there was rebreeding, hemodynamic instability, and a second attempt was tried. In the second approach we associated mechanical therapy to correction of INR with plasma, since the patient had chronic use of warfarin due to chronic atrial fibrillation. Patient recovered well and was discharged three days after the second endoscopic approach. Recent studies show that combined therapy is more effective than monotherapy in controlling high digestive bleeding. In this case we chose two mechanical methods, successfully only after the second approach. In this case the coagulopathy was the main predisposing factor in the rebleeding occurrence. Therefore we must always be attentive to its correction in cases where we believe that it can negatively influence the prognosis.

Keywords: Upper Gastrointestinal Bleeding, Endoscopic Treatment Mechanics, Hyperplastic Polyp, Endoloop, Hemoclips.

INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva alta, quando manifestada por hematemese, normalmente leva os pacientes a procurar imediatamente auxílio médico. O tratamento dos sangramentos do trato gastrointestinal evoluiu muito nas últimas décadas.

A endoscopia digestiva alta deixou de desempenhar somente papel diagnóstico para atualmente ser considerada primordial no tratamento destes sangramentos. Com o avanço da tecnologia, atualmente dispomos de um variado arsenal de dispositivos endoscópicos que pode ser usado de forma isolada ou combinada no combate dessas situações.

A doença ulcerosa péptica e as erosões gastroduodenais, mesmo apresentando queda de sua incidência com o passar dos anos, ainda são responsáveis por mais de 50% das hemorragias digestivas situadas acima do ângulo de Treitz.¹ Os pólipos gástricos, apesar de frequentes na maioria das vezes, são assintomáticos e raramente se manifestam por sangramentos muito menos vultosos. A seguir, relatamos um caso desta infrequente forma de apresentação.

RELATO DE CASO

M.G., 80 anos, sexo feminino, aposentada, procedente de São Paulo. Foi admitida no Pronto Atendimento do Hospital Alemão Oswaldo Cruz/SP, em junho de 2012, com relato de ter apresentado dois episódios de hematemese volumosos (sic) 12 horas antes da admissão hospitalar. Durante a

avaliação médica inicial, apresentou novo episódio de HDA de pequena monta. Negava episódios de sangramentos prévios.

Antecedentes: Fibrilação atrial em uso de warfarin, HAS, hipertireoidismo, hipercolesterolemia e depressão.

Em uso de: zolpidem 10 mg, gabapentina 400 mg, atenolol 50 mg, warfarin 5 mg, propiltiouracil 100 mg, razapina 15 mg, ácido fólico 5 mg, glucosamina 500 mg, atorvastatina cálcica 10 mg e condroitina 400 mg.

Ao exame físico: REG, descorada (+/+4), desidratada (+/+4), acianótica, anictéria e afebril ao toque.

• PA: 115 x 66 mmHg
• FC: 26bpm
• FR: 17inc/min
• Sat. 95 % com cateter de O2 3L/min.
• Temp. : 35.9 *C
• ACV: RCR, 2 t, BNF, sem sopros
• AR: MVUA, sem ruídos adventícios
• ABD: globoso, peristalse +, RHA aumentados, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, DB: neg., ausência de massas ou visceromegalias.
• MMII: sem edemas, panturrilhas livres, pulsos pediosos +.
• Lúcida e orientada no tempo e no espaço, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

A conduta inicial realizada foi expansão volêmica com 500 ml de SF 0,9% associada a pantoprazol 40 mg IV, metoclopramida 10 mg IV, vitamina K 0,5 ml diluída IV e solicitação de hemograma completo, coagulograma completo, provas de função hepática, tipagem sanguínea e solicitação de endoscopia digestiva alta.

Resultados iniciais	
• Eritrócitos	3,64 milhões/mm ³
• Hb	10.9 g/dl
• Ht	33,3%
• Plaquetas	231.000/mm ³
• Tempo de Protrombina	27,2 seg.
• INR	2,5
• TTPA	45,1 seg.

EDA:

Lago mucoso hemático (figura 2) e antro exibindo um pólipso pediculado em região pré-pilórica na face posterior (figura 1), avermelhado, lobulado, amolecido ao toque da pinça, medindo cerca de 15 mm, com coto vascular visível em seu pedículo e coágulo escuro aderido, sem sangramento ativo no momento. Efetuada aplicação de endoloop (figura 3) + polipectomia (figuras 4 e 7), sem intercorrências e colocação de 3 hemoclips (figuras 5 e 6) após.

Figura 1 - Pólipso com coágulo aderido no pedículo.

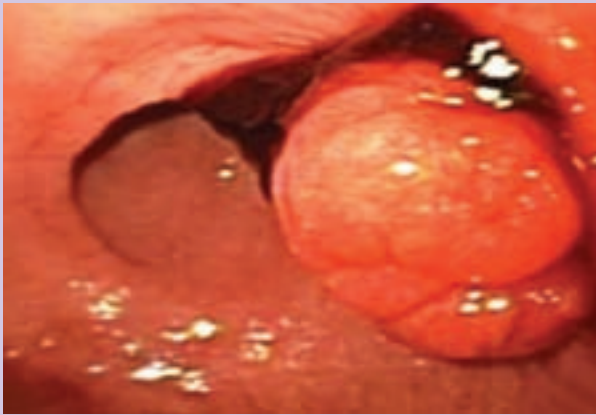


Figura 2 - Sangue em fundo gástrico.



Figura 3 - Endoloop locado na base do pedículo.

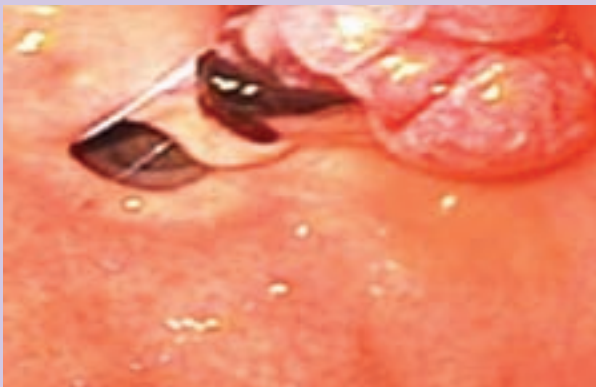


Figura 4 - Polipectomia com alça.

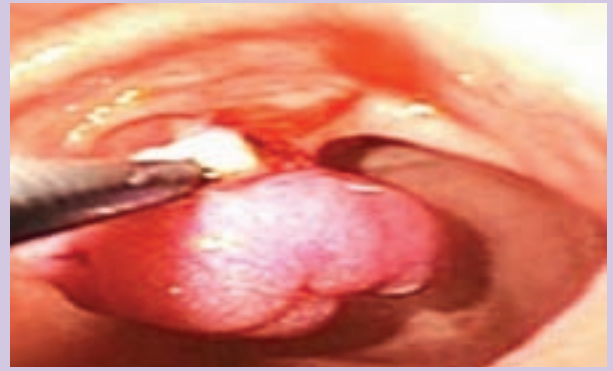


Figura 5 - Aplicação de hemoclips.

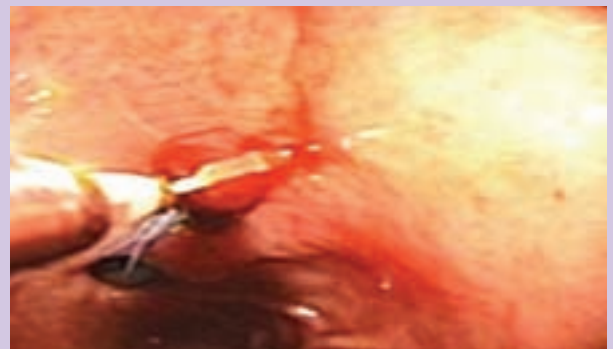


Figura 6 - Aspecto final.



Figura 7 - Pólipso ressecado.



Após terapêutica endoscópica, paciente permaneceu sob observação em UTI.

Estável hemodinamicamente. Porém, depois de 10 horas, paciente apresentou nova hematêmese de grande vulto. Nesse momento estava lúcida, orientada, mas bastante ansiosa.

Descorada (++)/4), desidratada (++)/4), acianótica, anictérica e afebril ao toque
ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros, FC: 120 bpm, PA : 110 x 60 mmHg. Perfusão lentificada
AR: MVUA, sem ruídos adventícios; taquipneica (20 inc/min.)
ABD: globoso, peristalse +, RHA aumentados, flácido, indolor á palpação superficial e profunda, DB: neg ausência de massas ou vísceromegalias
MMII: sem edemas, panturrilhas livres, pulsos pediosos +

Exames	
Hb	7.8 g/dl
Ht	22.9 %
INR	2.5
Ur	82 mg/dl
Cr	0.98 mg/dl

Tendo em vista a nova HDA, foram realizadas as seguintes medidas:

Transfusão de dois concentrado de hemácias e 4 plasmas frescos congelados
500 UI de complexo protrombínico (Beriplex) para a rápida correção da coagulopatia, tendo em vista sangramento ativo relacionado à vitamina K e instabilidade hemodinâmica
Expansão com hidroxietilamido + cloreto de sódio à 6 % (Voluven® 130/0,4)
Sondagem vesical
Solicitação de nova EDA após estabilização hemodinâmica

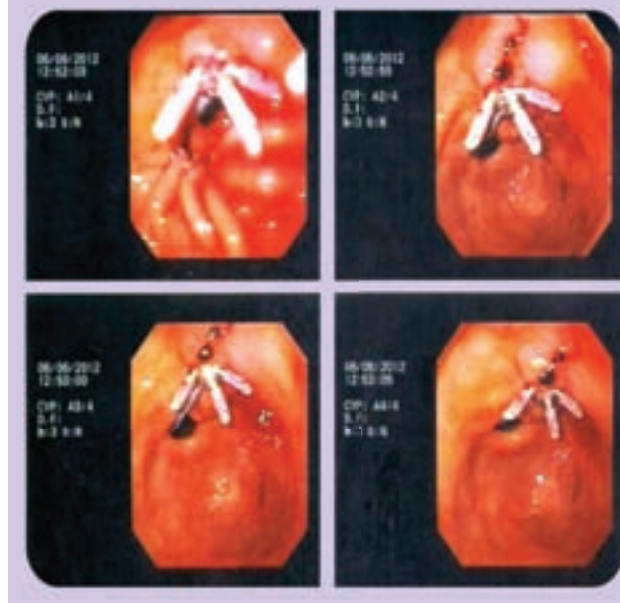
Nova EDA (figura 8) evidenciou:

Presença de moderada quantidade de coágulos em câmara gástrica. Antro exibindo base de polipectomia recente com 3 hemoclips e um endoloop, com coágulo aderido na face posterior de região pré-pilórica. Optado por aplicação de mais um hemoclip.

Após nova terapêutica endoscópica, paciente permanece estável sob observação em UTI. Novos exames solicitados 12 horas após a última intervenção mostram reversão da coagulopatia.

Hb	9.1 g/dl
Ht	26.4%
Pla.	126.000/mm ³
INR	1.1
Ur	60 mg/dl
Cr.	0.91 mg/dl

Figura 8 - Coágulo aderido ao pedículo da polipectomia prévia.



Permaneceu estável, do ponto de vista hemodinâmico, por mais 48 horas na UTI. Em seguida, já no quarto, a dieta foi reintroduzida de forma progressiva e a paciente recebeu alta um dia após dieta livre e sem queixas.

O anatomopatológico da peça (figuras 9 e10) foi concluído como se segue:

Figura 9 - H.E. 400x erosões na superfície

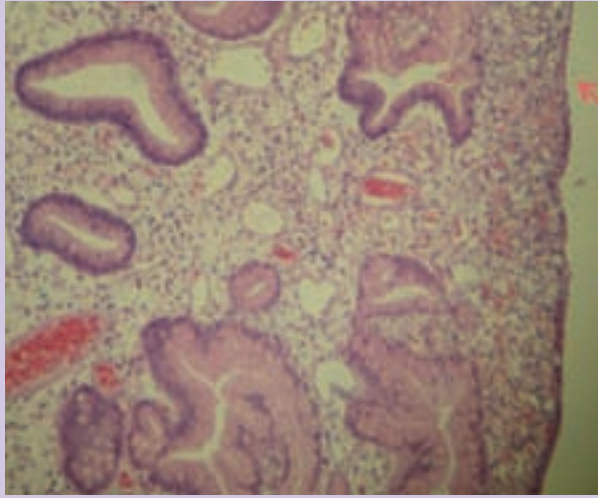
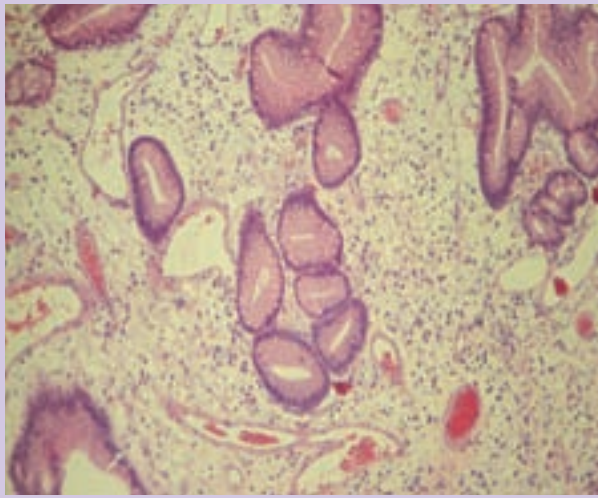


Figura 10 - H.E. 400x estroma edematoso com vasos congestionados



Pólipo hiperplásico em mucosa gástrica de padrão pilórico com extenso componente erosivo superficial. Pesquisa negativa para *Helicobacter pylori*.

DISCUSSÃO

A hemorragia digestiva alta é responsável por mais de 300.000 hospitalizações e cerca de 30.000 mortes por ano nos EUA.³ A terapia endoscópica tem revolucionado o tratamento da HDA com seu extenso armamento terapêutico (box 1). Porém, com todo esse arsenal, a mortalidade ainda permanece alta, variando entre 7 e 10%.⁴

Box 1. Terapias endoscópicas

Injeção
Epinefrina
Escleroterapia
Trombina
Fibrina
Cianoacrilato
Terapia Ablativa
Termocoagulação - "Heater probe"
Eletrocoagulação - Bisturi bipolar
Crioterapia
Fotocoagulação - Laser
Coagulação com plasma de argônio
Terapia Mecânica
Endoclips
Endoloop
Ligaduras

As lesões gástricas benignas, como os pólipos hiperplásicos, são causas incomuns de hemorragia digestiva alta e são raros os que geram sangramentos severos com instabilidade hemodinâmica, como o caso relatado. A incidência de pólipos gástricos em endoscopias de rotina é aproximadamente 2%, segundo Ming.⁶

Os pólipos hiperplásicos são os mais comuns encontrados no estômago (71,3%),⁵ seguidos pelos de glândulas fúndicas (16,3%)⁵ e por último os adenomatosos (12,4%).⁵ Pólipos hiperplásicos não são considerados lesões pré-cancerígenas, porém, em menos de 1% dos casos, pode haver adenocarcinoma focal.⁷ Na grande maioria das vezes, são achados de exames, sem muito significado clínico.

No presente caso, a apresentação foi atípica. A paciente apresentava um escore de Rockall elevado,⁷ no qual a mortalidade, segundo alguns estudos, passa de 5%.

A abordagem da HDA não-varicosa deve ser voltada primeiramente para manutenção da perviedade das vias aéreas e para estabilização hemodinâmica. Apesar do uso rotineiro de inibidores de bomba de próton em altas doses nos casos de HDA não-varicosas, ainda faltam estudos consistentes que provem o real benefício desta conduta.

Atualmente existem diversas formas terapêuticas que podem ser adotadas nos casos de HDA não-varicosas, como é mostrado no box 1.

Neste relato de caso, no qual a causa da hemorragia era um grande pólipó pediculado hiperplásico com erosão em sua superfície, optamos pela colocação de um endoloop com posterior polipectomia e, por fim, aplicação de hemoclips.

Porém, houve ressangramento da lesão, provavelmente precipitado também pelo INR alargado, já que a paciente em questão fazia uso de cumarínicos devido à fibrilação atrial crônica. Insistimos novamente na hemostasia mecânica associada à correção da coagulopatia, na qual obtivemos sucesso nesta segunda abordagem.

Em uma metanálise⁸ que comparou injeção *versus* termocoagulação *versus* hemoclips nos casos de sangramento não-varicosos, observou-se que as taxas de hemostasia foram maiores nos grupos que se submetem à aplicação de hemoclips (81,5%) e termocoagulação (81,3%) em comparação à injeção de adrenalina (75,4%).

Estudos comprovam que a terapia combinada (injeção de adrenalina associada a outro método hemostático, como a termocoagulação ou outro método mecânico) reduziu a mortalidade de 5,1% para 2,6% sem aumentar o índice de complicações.

Em conclusão, os pólipos, apesar de ser uma causa incomum de hemorragia digestiva alta severa, devem ser lembrados no diagnóstico diferencial dos sangramentos de vulto do TGI.

REFERÊNCIAS

1. Acute Nonvariceal UpperGastrointestinal Bleeding: EndoscopicDiagnosis and Therapy Mitchell S. Cappell, MD, PhD*, David Friedel, MD *Am J Med Clin N Am* 92 (2008)511–550
2. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: Guidelines. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. *Gut* 2002;51(Suppl IV):iv1–iv6
3. Fallah MA, Prakash C, Edmundowicz S. Acute gastrointestinal bleeding. *Med Clin NorthAm* 2000;84(5):1183–208.
4. Palmer K. Acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br Med Bull* 2007;83:307–24.
5. Gastric polyps: a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies Drausio Jefferson Morais; Ademar Yamanaka; José Murilo Robilotta Zeitunel; Nelson Adami Andreolli
6. Ming SC. Malignant potential of epithelial polyps of stomach. In: Ming SC, editor. *Precursors of gastric cancer*. New York: Praeger; 1984. p.219.
7. Nakamura T, Nakano G. Histopathological classification and malignant chance in gastric polyps. *J Clin Pathol*. 1985;38:754–64.
8. Sung jj, Tsoi KK, Lai LH, Wu jC, Lau jy. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Gut* 2007;56(10):1364–73.