

LAQUEAÇÃO ELÁSTICA ELETIVA DAS VARIZES ESOFÁGICAS –
AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SEGURANÇA E EFICÁCIA DESTA
TÉCNICA ENDOSCÓPICA

Henriques A.¹; Almeida N.^{1,2}; Soares E.²; Pimentel R.²; Lopes S.²; Pina Cabral J.E.²; Tomé L.²
1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
2 - Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A hipertensão portal (HTP) é uma das principais complicações da cirrose hepática, sendo a hemorragia secundária à rotura de varizes esofágicas (VE) a sua manifestação mais temida.¹⁻⁴ A laqueação elástica das varizes esofágicas (LEVE) tornou-se a metodologia de eleição no tratamento deste problema.⁵ O presente trabalho visa aferir a eficácia e a segurança desta técnica endoscópica.

MATERIAL/MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo, observacional, com identificação de todos os doentes submetidos a LEVE eletiva no serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2016. Foram avaliadas as taxas de erradicação das varizes esofágicas, de recidiva, de complicações e de mortalidade. A análise estatística foi efetuada com recurso ao Microsoft Excel® e ao Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, EUA), com um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Foram incluídos 220 doentes, cuja caracterização se apresenta na tabela 1.
O sexo masculino foi predominante (80,5%) e a média etária foi de 64,1 ± 11 anos.
O álcool foi a principal causa da cirrose hepática (78,6%). A mediana do *score* MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*) foi de 13,0 ± 2,88; 47,3% dos doentes foram classificados como *Child-Pugh* grau A e 52,7% como grau B+C.
Da amostra total, 180 doentes apresentavam apenas varizes esofágicas (81,8%) e 40 apresentavam associadamente varizes gástricas (18,2%). A LEVE foi instituída como profilaxia primária da hemorragia por VE em 113 doentes (51,4%) e como profilaxia secundária em 107 doentes (48,6%). Apenas 70 doentes (32,1%) se encontravam medicados com beta-bloqueadores no momento da LEVE, dos quais 52,9% em contexto de profilaxia primária e 47,1% em contexto de profilaxia secundária.
O follow-up médio dos doentes foi de 54,8 ± 35,6 meses.

Tabela 1. Caracterização clínica dos doentes incluídos no estudo.										
		Global	Não Erradicação		Recidiva		Erradicação definitiva		Mortalidade	
		n (%)	Sim	Valor p	Sim	Valor p	Sim	Valor p	Sim	Valor p
Sexo	M	177 (80,5%)	164 (92,7%)	0,750*	30 (18,3%)	0,502	134 (75,7%)	0,438	65 (36,7%)	0,861
	F	43 (19,5%)	39 (90,7%)		9 (23,1%)		30 (69,8%)		17 (39,5%)	
Variz esofágica	E	180 (81,8%)	166 (92,2%)	1,000*	31 (18,7%)	0,818	135 (75%)	0,841	62 (34,4%)	0,073
	GOV/IGV	40 (18,2%)	37 (92,5%)		8 (21,6%)		29 (72,5%)		20 (50%)	
Etiologia	Alcool	173 (78,6%)	163 (94,2%)	0,059*	32 (19,6%)	0,827	131 (75,7%)	0,454	66 (38,2%)	0,616
	Outra	47 (21,4%)	40 (85,1%)		7 (17,5%)		33 (70,2%)		16 (34%)	
CHILD	A	104 (47,3%)	98 (94,2%)	0,326	12 (12,2%)	0,020	86 (82,7%)	0,013	26 (25%)	<0,001
	B + C	116 (52,7%)	105 (90,5%)		27 (25,7%)		78 (67,2%)		56 (48,3%)	
Episódio prévio rotura	Sim	107 (48,6%)	93 (86,9%)	0,005*	18 (19,4%)	1,000	75 (70,1%)	0,164	42 (39,3%)	0,579
	Não	113 (51,4%)	110 (97,3%)		21 (19,1%)		89 (78,8%)		40 (35,4%)	
Comorbilidades	Sim	215 (98,6%)	198 (92,1%)	1,000*	38 (19,2%)	0,478*	160 (74,4%)	1,000*	80 (37,2%)	1,000*
	Não	3 (1,4%)	3 (100%)		1 (33,3%)		2 (66,7%)		1 (33,3%)	
Medicação	Sim	135 (61,4%)	125 (92,6%)	1,000	26 (20,8%)	0,583	99 (73,3%)	0,637	52 (38,5%)	0,669
	Não	85 (38,6%)	78 (91,8%)		13 (16,7%)		65 (76,5%)		30 (35,3%)	
Complicações cirrose	Sim	172 (78,2%)	158 (91,9%)	1,000*	32 (20,3%)	0,529	126 (73,3%)	0,458	72 (41,9%)	0,011
	Não	48 (21,8%)	45 (93,8%)		7 (15,6%)		38 (79,2%)		10 (20,8%)	

Tabela 2. Caracterização da erradicação, recidiva e mortalidade.													
		Global	Não Erradicação		Recidiva		Erradicação definitiva		Mortalidade				
		n=220	Sim n=203	Não n=17	Valor p	Sim n=39	Não n=164	Valor p	Sim n=164	Não n=56	Valor p	Sim n=82	Não n=138
Idade (anos)	Md (D ₁₀)	65,0 (7,50)	65,0 (7,50)	57,0 (7,25)	0,009	63,0 (9,00)	66,0 (7,50)	0,616	66,0 (7,50)	61,0 (9,00)	0,091	66,5 (9,63)	64,0 (6,50)
MELD	Md (D ₁₀)	13,0 (2,88)	13,0 (2,50)	15,0 (3,25)	0,905	14,0 (3,50)	12,0 (3,00)	0,079	12,0 (3,00)	14,0 (3,00)	0,115	13,0 (3,50)	13,0 (2,13)
Nº sessões erradicação	Md (D ₁₀)	1,0 (0,50)	1,0 (0,50)	1,0 (0,00)	---	1,0 (0,50)	1,0 (0,50)	0,643	1,0 (0,50)	1,0 (0,50)	0,038	1,0 (0,50)	1,0 (0,50)
Nº semanas erradicação	Md (D ₁₀)	10,0 (4,50)	10,0 (4,50)	---	---	9,0 (5,50)	10,0 (4,38)	0,896	10,0 (4,38)	9,0 (5,50)	0,896	8,0 (2,75)	11,0 (4,25)

Tabela 3. Complicações precoces da LEVE.				
		n		%
		Sim	Não	
Presença de Complicação	Sim	31	373	(7,7%)
	Não	12	15	(92,3%)
Complicações primeiras 24h	Sim	12	15	(44,4%)
	Não	4	---	(55,6%)
Tipo de Complicação	Sem informação	4	---	---
	Rotura de variz	22	3	(5,4%)
	PBE	3	2	(0,7%)
	Hemoquistos na variz	2	1	(0,5%)
	ITU	1	1	(0,2%)
	Febre	1	1	(0,2%)
	Crise convulsiva	1	1	(0,2%)
	Pneumonia	1	1	(0,2%)
	Dor torácica	1	1	(0,2%)
	Laceração de Mallory Weiss	1	1	(0,2%)
	FA com resposta ventricular rápida	1	1	(0,2%)
Tempo complicações (dias)	Media (desvio padrão)	10,6	2,5	(12,9)
	Mediana (desvio interquartis)	10,6	2,5	(10,9)

CONCLUSÕES

A LEVE é uma técnica eficaz e segura na profilaxia primária e secundária da hemorragia varicosa. A erradicação foi atingida em maior proporção nos doentes tratados como profilaxia primária e a recidiva de hemorragia pós-LEVE foi maior nos estadios mais avançados da doença, dados que enfatizam a importância do tratamento precoce. As complicações da LEVE ocorreram predominantemente no decurso da própria intervenção, revelando-se raras durante as 24 horas seguintes ao procedimento, pelo que se conclui que não se justifica internamento de curta duração para vigilância pós-LEVE.

REFERÊNCIAS

1.Poordad FF. Presentation and complications associated with cirrhosis of the liver. Curr Med Res Opin [Internet]. 2015;31(5):925–37. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/03007995.2015.1021905>. 2.Biecker E. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding: Diagnosis, prevention and management. World J Gastroenterol. 2013;19(31):5035–50. 3.Cárdenas A, Fernández-Simon A, Escorcell A. Endoscopic band ligation and esophageal stents for acute variceal bleeding. Clin Liver Dis. 2014;18(4):793–808. 4.Cárdenas A, Baiges A, Hernandez-Gea V, Garcia-Pagan JC. Endoscopic hemostasis in acute esophageal variceal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. 2014;43(4):795–806. 5.De Franchis R, Abraldes JG, Bajaj J, Berzigotti A, Bosch J, Burroughs AK, et al. Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol. 2015;743–52.