

ELEVADA RECIDIVA HEMORRÁGICA A CURTO PRAZO EM DOENTES SUBMETIDOS A SEGUNDA TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA DE ANGIECTASIAS DO INTESTINO DELGADO APÓS RECIDIVA PRÉVIA

Pereira Rodrigues J.¹, Ponte A.¹, Pérez-Cuadrado Robles E.², Pinho R.¹, Esteban Delgado P.², Carvalho J.¹, Pérez-Cuadrado Martínez E.²

¹Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
²Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUÇÃO

No ocidente, as angiectasias constituem os achados mais frequentemente observados na enteroscopia assistida por balão (EAB) em doentes com hemorragia digestiva obscura (HDO). Apesar do incremento diagnóstico das lesões vasculares do intestino delgado, a eficácia da terapêutica endoscópica é pouco conhecida. A taxa global da primeira recidiva hemorrágica após tratamento endoscópico situa-se nos 40%, havendo escassa evidência da eficácia de sessões adicionais de terapêutica endoscópica. O objetivo do presente estudo foi avaliar a recidiva hemorrágica de angiectasias do delgado após segunda sessão de tratamento endoscópico após primeira recidiva.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, bicêntrico, de doentes com primeira recidiva hemorrágica após terapêutica endoscópica por EAB de angiectasias do intestino delgado, submetidos a nova sessão de terapêutica endoscópica. O *endpoint* primário foi a taxa de recidiva, definida por necessidade de transfusão sanguínea, hemorragia manifesta ou descida de hemoglobina ≥ 2 g/dL.

RESULTADOS

- Entre Maio de 2005 e Agosto de 2015 incluíram-se **37 doentes** com recidiva hemorrágica após tratamento endoscópico por enteroscopia de lesões vasculares do intestino delgado.

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos doentes incluídos.

Dados Demográficos	n (%)
Género Masculino	25 (67,7)
Idade Média (anos)	70 (66-75)
Antecedentes Pessoais	n (%)
Hipertensão Arterial	28 (75,7)
Dislipidemia	17 (45,9)
Diabetes Mellitus	16 (43,2)
Doença Renal Crónica	10 (27,0)
Estenose da Válvula Aórtica	9 (24,3)
Cirurgia Abdominal Prévia	7 (18,9)
Doença Hepática Crónica	6 (16,2)
Síndrome Rendu-Osler-Weber	1 (2,7)
Medicação Habitual	n (%)
Antiagregantes Plaquetários	17 (45,9)
Anticoagulantes Orais	11 (29,7)

Tabela 2 – Definição de primeira recidiva e estudo endoscópico repetido após a mesma.

Primeira Recidiva	n (%)
Queda Hemoglobina ≥ 2 g/dL	18 (48,6)
Transfusão Sanguínea	11 (29,7)
Perdas Hemáticas Visíveis	8 (21,6)
Repetição de Estudo Endoscópico	n (%)
Endoscopia Digestiva Alta	12 (32,4)
Ileocolonoscopia	3 (8,1)
Cápsula Endoscópica	12 (32,4)

Tabela 3 – Características da Primeira Enteroscopia.

Primeira Enteroscopia	n (%)
Enteroscopia	
Assistida por Duplo-Balão	27 (73,0)
Via de Inserção	
Anterógrada	29 (78,4)
Achados	
Angiectasias	37 (100)
Localização dos Achados	
Jejuno	16 (43,2)
Jejuno e Íleo	12 (32,4)
Achados Múltiplos	28 (75,7)
Nº de Achados Vasculares	4 (1.5–8.5)
Classificação de Yamamoto	
1a	19 (51,4)
1b	18 (48,6)
Tratamento Endoscópico	
APC	31 (83,8)
APC + (Clip e/ou Adrenalina)	6 (16,2)

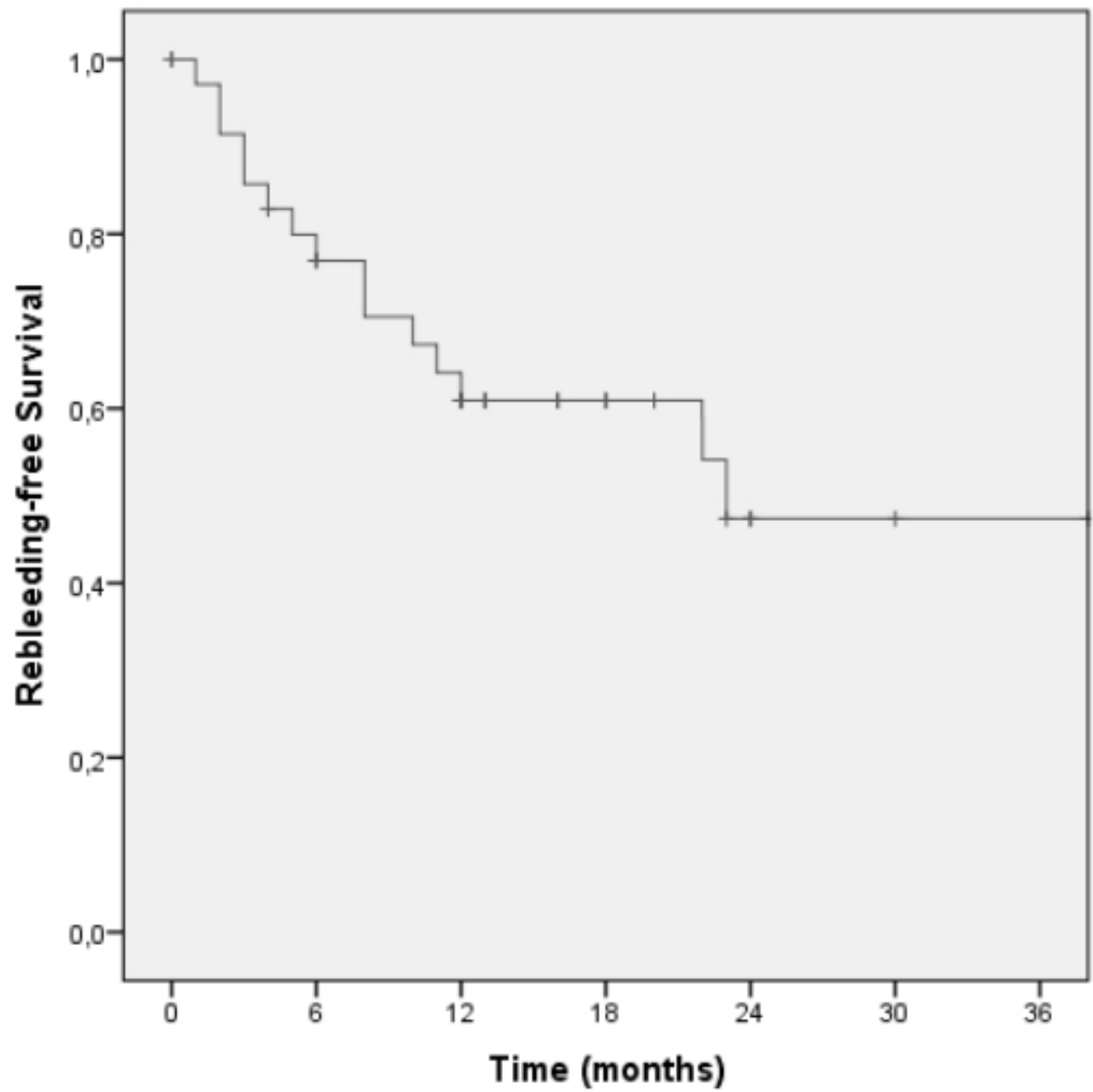
Tabela 4 – Características da Segunda Enteroscopia.

Segunda Enteroscopia	n (%)
Enteroscopia	
Assistida por Duplo-Balão	27 (73,0)
Via de Inserção	
Anterógrada	30 (81,1)
Achados	
Angiectasias	37 (100)
Localização dos Achados	
Jejuno	18 (48,6)
Jejuno e Íleo	9 (24,3)
Achados Múltiplos	11 (29,7)
Nº de Achados Vasculares	3 (1,0-5,0)
Classificação de Yamamoto	
1a	17 (45,9)
1b	20 (54,1)
Tratamento Endoscópico	
APC	30 (81,1)
APC + (Clip e/ou Adrenalina)	7 (18,9)

- Dos doentes submetidos a segunda terapêutica endoscópica, verificou-se **recidiva global em 15 doentes (40,5%)**.
- Taxa de Recidiva:** 33,1% aos 6 meses; 39,1% aos 12 meses; 52,6% aos 24 meses.

Tabela X – Definição de segunda recidiva.

Segunda Recidiva, definição	n (%)
Perdas Hemáticas Visíveis	7 (43,8)
Queda Hemoglobina ≥ 2 g/dL	5 (31,3)
Transfusão Sanguínea	3 (18,8)



CONCLUSÕES

Apesar da elevada taxa de recidiva verificada a curto-prazo, poderá haver benefício na realização de sessões adicionais de terapêutica endoscópica de angiectasias do intestino delgado, dada a eficácia num grupo de doentes.

REFERÊNCIAS

1) Rahmi G, Samaha E, Vahedi K, Delvaux M, Gay G, Lamouliatte H, et al. Long-term follow-up of patients undergoing capsule and double-balloon enteroscopy for identification and treatment of small-bowel vascular lesions: a prospective, multicenter study. *Endoscopy*. 2014;46:591-7.
2) Samaha E, Rahmi G, Landi B, Lorenceau-Savale C, Malamut G, Canard JM, et al. Long-term outcome of patients treated with double balloon enteroscopy for small bowel vascular lesions. *Am J Gastroenterol*. 2012 Feb;107(2):240-6.
3) Curdia Gonçalves T, Magalhães J, Boal Carvalho P, Moreira MJ, Rosa B, Cotter J. Is it possible to predict the presence of intestinal angiectasias? *Diagn Ther Endosc*. 2014;2014:461602.
4) Pinto-Pais T, Pinho R, Rodrigues A, Fernandes C, Ribeiro I, Fraga J, et al. Emergency single-balloon enteroscopy in overt obscure gastrointestinal bleeding: Efficacy and safety. *United European Gastroenterol J*. 2014 Dec;2(6):490-6.
5) Jackson CS, Gerson LB. Management of gastrointestinal angiodysplastic lesions (GIADs): a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014 Apr;109(4):474-83; quiz 484.
7) Romagnuolo J, Brock AS, Ranney N. Is Endoscopic Therapy Effective for Angiectasia in Obscure Gastrointestinal Bleeding?: A Systematic Review of the Literature. *J Clin Gastroenterol*. 2014 Dec 16.