

INTRODUÇÃO

As angiectasias do intestino delgado (ID) são frequentemente observadas no estudo por cápsula endoscópica (CE) de doentes com hemorragia digestiva obscura (HDO). O tratamento endoscópico reduz a probabilidade de complicações hemorrágicas.

O presente estudo pretendeu avaliar a taxa de recidiva hemorrágica de doentes com angiectasias do ID de baixo risco hemorrágico, diagnosticadas por CE e que não foram sujeitas a tratamento endoscópico.

MATERIAL/MÉTODOS

Foram analisados 169 cápsulas endoscópicas, para estudo do HDO, realizados no Serviço de Gastrenterologia entre 2011 e 2014. Foram selecionados 42 doentes com angiectasias do ID, classificadas como P1 segundo a classificação de Saurin, que não fossem submetidos a enteroscopia terapêutica. A recidiva hemorrágica foi definida por: queda da hemoglobina superior a 2g/dL, necessidade de suporte transfusional ou presença de melenas/hematoquezias.

RESULTADOS

- 42 CE com angiectasias P1 (Classificação de Saurin).
- Nenhum doente foi submetido a tratamento endoscópico.
- Idade média 68,67±1,99 anos.
- 63,4% eram do sexo feminino.
- Follow-up médio 42,40±3,10 meses.

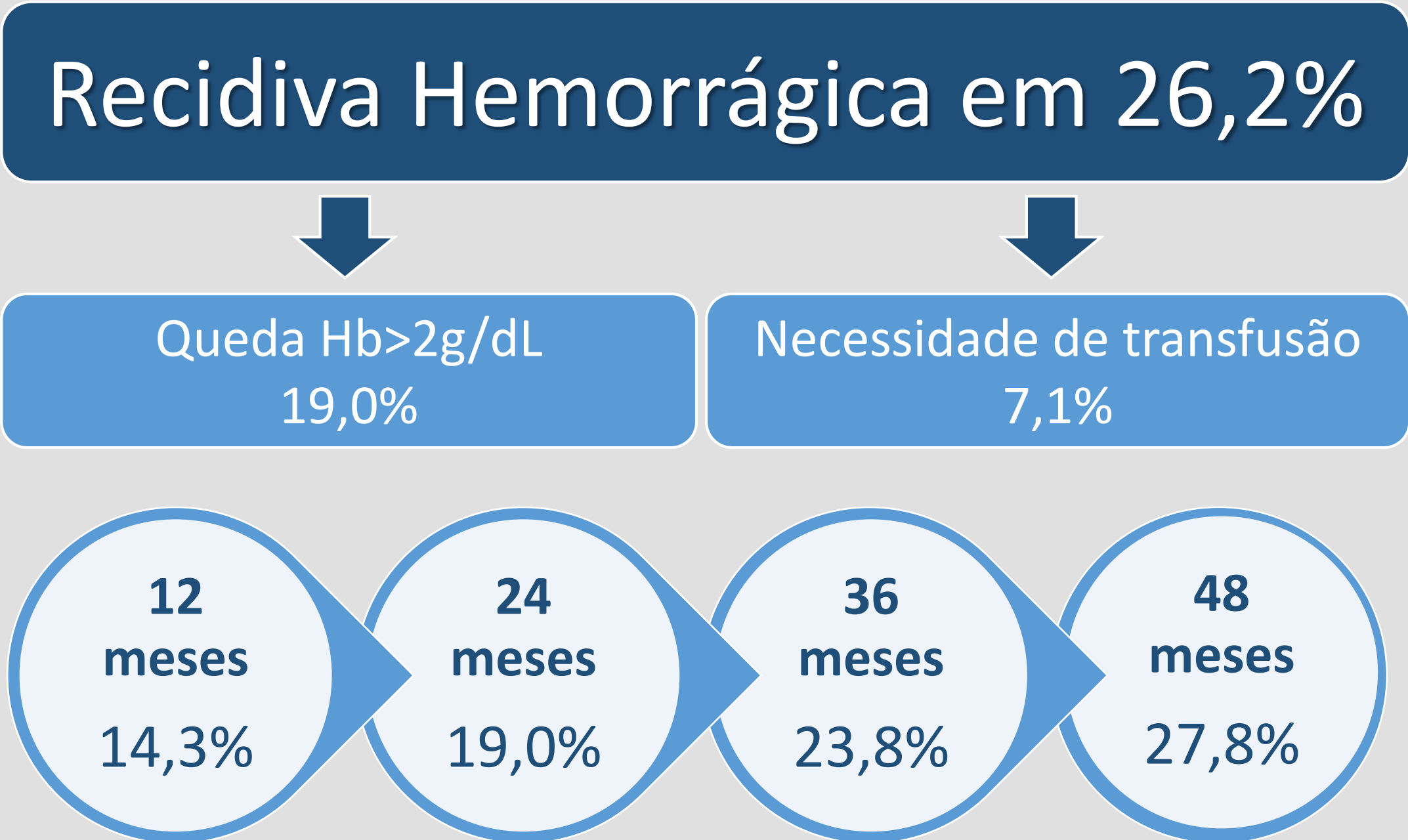


Figura 1: Recidiva hemorrágica em doentes com angiectasias P1 não submetidos a tratamento endoscópico.

Nos doentes que recidivaram:

- Mediana de angiectasias observadas foi de 2 (IQR:2,00-3,25)
- ≤3 angiectasias em 90,9%.

Não se verificou uma associação significativa entre o número de angiectasias e a recidiva.

INTERNAMENTOS

Internamento de doentes com angiectasias P1	N= 3; 7,3%
Internamento de doentes com angiectasias P1 com recidiva hemorrágica	N=3; 27,3%

Tabela 6: Taxa de internamento por hemorragia digestiva obscura

INDICAÇÃO

Hemorragia Oculta	N=33; 78,6%	Anemia Ferropenica N=32; 76,2% PSOF positiva N=1; 2,4%
Hemorragia Manifesta	N=9; 21,4%	Hematoquezias N=4; 9,5% Melenas N=5; 11,9%

Tabela 1: Indicação para estudo por CE.

TIMING E CONTEXTO ESTUDO POR CE

Timing realização CE	<48h	N=4; 9,5%
	48h-14 dias	N=7; 16,7%
	>14 dias	N=31; 73,8%
CE em regime de ambulatório e no internamento	Ambulatório	N=32; 76,2%
	Internamento	N= 10; 23,8%

Tabela 2: Timing e contexto estudo por CE.

HEMOGRAMA E SUPORTE TRANSFUSIONAL

Hemoglobina (Hb) à data do estudo por CE	9,72±0,38 g/dL	
Anemia com necessidade de suporte transfusional prévio ao estudo por CE	Sem necessidade de suporte transfusional	N=22; 52,4%
	Com necessidade de transfusão	N= 20; 47,6%

Tabela 3: Hemograma e necessidade de suporte transfusional.

ACHADOS NA CE E ESTUDO ENDOSCÓPICO PRÉVIO

Limpeza adequada	N= 34; 81%	
Hemorragia ativa	N=2; 4,8%	
Angiectasias não isoladas	N=4; 9,5%	
Endoscopia digestiva alta prévia	Sem alterações	N=21; 50,0%
	Angiectasias	N=3; 7,1%
	Outros achados	N=18; 42,8%
Colonoscopia total prévia	Sem alterações	N=23; 54,8%
	Angiectasias	N=1; 2,4%
	Outros achados	N=18; 42,8%

Tabela 4: Achados na CE e estudo endoscópico prévio.

CONCLUSÕES

Na presença de angiectasias do ID de baixo risco hemorrágico não submetidas a tratamento endoscópico verificou-se recidiva de 27,8 % aos 4 anos. A vigilância clinica a longo prazo é determinante permitindo o diagnóstico e tratamento precoce das recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, et al. ACG Clinical Guideline: diagnosis and management of small bowel bleeding. Am J Gastroenterol. 2015;110:1265–1288.

2. Mai SH, Chao DC, Liao SY, Jackson CS. Nonisolated Small Bowel Gastrointestinal Angiodysplasias are Associated With Higher Rebleeding Rates When Compared With Isolated Small Bowel Gastrointestinal Angiodysplasia on Video Capsule Endoscopy. J Clin Gastroenterol. 2017 Jun 14.

3. Jackson CS, Gerson LB. Management of gastrointestinal angiodysplastic lesions (GIADs): a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2014;109:474–483.

4. Saurin C, Delvaux M, Gaudin JL, et al. Diagnostic value of endoscopic capsule in patients with obscure digestive bleeding: blinded comparison with video push-enteroscopy. Endoscopy. 2003;35:576–584.