

# A ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA NA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: CONTROVÉRSIA QUE PERSISTE

J. PICÃO FERNANDES

Serviço de Medicina II, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

## RESUMO

A endoscopia de urgência tem-se revelado uma técnica de grande rigor no diagnóstico da causa e local da hemorragia em doentes com H.D.A., claramente superior à radiologia convencional. Daí que a endoscopia tivesse passado a ser considerada um método indispensável na avaliação e tratamento destes doentes, com a convicção de que o diagnóstico precoce e correcto da causa da lesão sangrante conduziria à diminuição da mortalidade e morbilidade. Todavia, em nenhum dos 8 estudos prospectivos e controlados surgidos na literatura sobre o valor da endoscopia na H.D.A., foi possível demonstrar que esta técnica tivesse alterado significativamente a mortalidade e morbilidade destes doentes. Apesar de tudo, não há dúvida de que a endoscopia é susceptível de, em certos casos, particularmente em situações que requerem terapêutica específica (doentes com rotura de varizes esofágicas ou submetidos a cirurgia), modificar a nossa atitude clínica e ser eventualmente útil, muito embora, em termos globais, esses benefícios não tivessem sido cabalmente demonstrados. Isto pode ser devido ao facto deste sub-grupo de doentes, que poderia beneficiar da endoscopia, ser um pequeno número quando comparado com o grande grupo de doentes no qual a endoscopia não é seguida de terapêutica específica. É possível que, em qualquer estudo, seja difícil obter, para este subgrupo de doentes, resultados com significado estatístico. Estes ensaios controlados são ainda objecto de outras críticas, discutidas no texto. Apesar de não ter sido ainda possível demonstrar que a endoscopia de urgência é benéfica para a globalidade dos doentes com H.D.A. todos estão de acordo em que há 2 grupos de doentes em que a endoscopia está formalmente indicada: os doentes com sinais de doença hepática crónica e os doentes nos quais a hemorragia continua ou recorre. No grande grupo de doentes em que a hemorragia pára espontaneamente, a controvérsia persiste.

## SUMMARY

### Emergency endoscopy in upper GI bleeding: A debate that still proceeds

Emergency endoscopy has become a procedure of utmost importance to ascertain the precise localization and etiology of hemorrhage in patients with upper gastrointestinal bleeding being, for that purpose, undoubtedly more rewarding than routine X-ray screening. Therefore, endoscopy has been regarded as mandatory in the evolution of this sort of pathology in the belief that a correct diagnosis would mitigate the mortality and morbidity associated with upper GI-bleeding. However, this goal was not achieved in any of the 8 prospective and controlled studies reported in the literature concerning the subject. Nevertheless, there is no doubt endoscopy may occasionally, in situations which require specific therapy (patients who underwent surgery or those with ruptured esophageal varices), influence our clinical attitude and be somehow useful though that usefulness could not be detected on the whole. This fact could be ascribed to the limited number of patients bound to benefit from the procedure when compared to the huge amount of those in which endoscopy is not followed by specific therapy. Most probably any study on the subject will hardly reveal statistically significant results concerning the former sub-group of patients. The above mentioned controlled studies are still faced with further criticism in the text. Though it was not yet possible to demonstrate the usefulness of emergency endoscopy for all the patients with upper GI-bleeding there is general agreement this is indicated in two cases: patients with chronic liver disease and patients with persistent or recurrent hemorrhage. Whether endoscopy should be used or not when hemorrhage spontaneously ceases is still a moot question.

## INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 70 que uma atitude agressiva tem sido geralmente adoptada perante situações de hemorragia digestiva alta (H.D.A.). Em 1969 Palmer<sup>1</sup> demonstrou que a endoscopia de urgência\* conduz ao diagnóstico precoce da causa da hemorragia na grande maioria dos casos. Ele acreditava que uma atitude agressiva perante estas situações produziria efeitos terapêuticos benéficos com diminuição da mortalidade dos doentes.

Comunicação apresentada na Mesa Redonda sobre Hemorragias Digestivas Altas, integrada nas 4.<sup>as</sup> Jornadas do Serviço de Cirurgia do Hospital Distrital de Cascais, Cascais, Maio de 1982.

\* Não existe definição precisa sobre o que se entende por endoscopia de urgência. Parece razoável, contudo, defini-la, como a que é efectuada com grande prioridade na conduta clínica, logo que considerada possível e segura. Usualmente é efectuada nas primeiras 12 horas do episódio hemorrágico e nunca após 24 horas do seu início.

A tese fundamental desta tática assenta na convicção de que as técnicas diagnósticas utilizadas para a determinação da causa da hemorragia devem ser iniciadas o mais cedo possível, pressupondo que o conhecimento precoce e correcto da lesão sangrante se traduza numa melhoria da morbilidade e mortalidade dos doentes. Há portanto neste conceito dois aspectos: (1) é possível (e necessário) o diagnóstico correcto da causa da hemorragia; (2) o seu conhecimento precoce beneficia os doentes o que significa, em última análise, o aumento da sua sobrevivência.

## 1. A ENDOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DA CAUSA DA HEMORRAGIA

O enorme desenvolvimento e utilização da fibroendoscopia ocorrido na última década veio demonstrar que a endoscopia alta é um método de grande rigor no diagnóstico das

doenças gastrointestinais, nomeadamente em situações de H.D.A. O Quadro 1 mostra os resultados de vários estudos<sup>2, 3, 4, 5, 6, 7</sup> comparando o rigor diagnóstico da radiologia com papa baritada e da endoscopia no diagnóstico de doentes com H.D.A. Em todos os estudos a endoscopia foi superior à radiologia. É certo que a técnica de duplo contraste melhora significativamente a acuidade diagnóstica em relação aos métodos radiológicos clássicos, mas muitos dos doentes com H.D.A. (44% no trabalho de Thoeni e col.<sup>7</sup>) não são susceptíveis, por razões de ordem técnica, de ser observados em duplo contraste.

**QUADRO 1 Comparação do rigor diagnóstico da radiologia e da endoscopia na hemorragia digestiva alta**

	N.º de casos	Rx (%)	Endoscopia (%)
Katon e col. <sup>2</sup>	100	30	92
Hoare <sup>3</sup>	158	37	81
Morris e col. <sup>4</sup>	54	22	67
Stevenson e col. <sup>5</sup>	66	74	89
Keller e col. <sup>6</sup>	76	34	72
Thoeni e col. <sup>7</sup>	100	80	93

Há vários motivos que explicam a razão pela qual a radiologia é inferior à endoscopia no diagnóstico de doentes com H.D.A. Em primeiro lugar porque a presença de sangue no estômago dificulta o exame, e depois porque lesões superficiais como esofagite, gastrite, duodenite ou Síndrome de Mallory-Weiss não são facilmente evidenciadas pelo Rx, mesmo utilizando técnicas de duplo contraste. Por outro lado, mesmo que a radiologia revele uma lesão isso não significa que seja essa a causa da hemorragia. Com efeito, em cerca de 15% dos casos há mais de uma causa potencial de hemorragia.<sup>8</sup> A execução do Rx como primeiro método tem ainda um inconveniente importante: se a informação não for diagnóstica, a presença de bário no estômago prejudica a realização posterior de outras técnicas fundamentais, como a endoscopia e a arteriografia mesentérica.

Portanto, e julgo a afirmação não polémica, a endoscopia é a primeira técnica a realizar na enorme maioria dos casos de H.D.A.

## 2. O BENEFÍCIO DA ENDOSCOPIA DE URGÊNCIA

O segundo aspecto do problema — será a endoscopia de urgência benéfica para o doente? — é assunto muito controverso.

É conveniente, desde já, definir o que se entende por benefício para o doente. Em última análise pode dizer-se que o benefício se traduz pela diminuição da mortalidade. Mas pode também resultar da diminuição da morbidade, expressa através da diminuição do tempo de internamento do doente ou da diminuição do volume de sangue transfundido, ou ainda da redução do número de intervenções cirúrgicas.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma atitude de contestação e crítica sobre o real valor da endoscopia de urgência em doentes com H.D.A.,<sup>9-12</sup> porquanto a mortalidade global destes doentes tem-se mantido sem variação significativa — à volta de 10%.

Em 1975 Hoare<sup>3</sup> e Hellers e col.<sup>13</sup> publicaram dois estudos retrospectivos comparando dois grupos de doentes: um tinha sido submetido a técnicas convencionais de diagnóstico e o outro a um protocolo agressivo incluindo endoscopia de urgência. Em qualquer destes trabalhos verificou-se que os doentes submetidos a endoscopia tiveram menor mortalidade pelo que foi concluído por estes autores que a utilização da endoscopia urgente se traduzia na melhoria da sobrevivência dos doentes. Simplesmente, em nenhum destes estudos, quer os grupos de doentes quer as atitudes terapêuticas, são comparáveis, não satisfazendo portanto os critérios minimamente aceites para um estudo controlado. Estes trabalhos não são portanto susceptíveis de poder responder à questão de saber se a endoscopia é ou não benéfica para os doentes.

Nos últimos anos surgiram na literatura oito ensaios prospectivos e controlados (Quadro 2) sobre a influência da endoscopia urgente na mortalidade e morbidade dos doentes com H.D.A.<sup>4, 6, 14, 15, 16-19</sup>

No primeiro ensaio<sup>14</sup> foram randomizados 150 doentes, ou para um protocolo que incluía endoscopia urgente seguida de radiologia, ou para um protocolo não agressivo, no qual a endoscopia e a radiologia eram realizadas uma semana depois. A mortalidade (8%) foi idêntica nos dois grupos de doentes. Por outro lado, os doentes incluídos no protocolo mais agressivo tiveram internamentos mais prolongados, exigiram maior número de intervenções cirúrgicas e tiveram maior incidência de recorrências.

No estudo de Allan e col.,<sup>15</sup> 50 doentes foram randomizados para endoscopia urgente e igual número para radiologia. Todavia, destes 50, 17 acabaram por ser endoscopados em virtude da recorrência da hemorragia, da radiologia não ser diagnóstica, ou ainda por suspeita de doença neoplásica ou existência de ingestão recente de medicamentos. Este trabalho, que compara, de facto, os efeitos da endoscopia urgente com a endoscopia selectiva, revelou que a mortalidade, bem como a morbidade, foram idênticas nos dois grupos de doentes.

O terceiro ensaio<sup>4</sup> só envolveu doentes com hemorragia pouco grave e comparou 32 doentes submetidos a endoscopia inicial e 28 com radiologia inicial. Contudo, por razões de protocolo, 20 destes 28 doentes foram igualmente observados por endoscopia, de modo que este estudo não permite tirar conclusões sobre o benefício da endoscopia. No primeiro grupo 5 doentes faleceram, embora não por persistência da hemorragia, enquanto que no grupo randomizado para radiologia não houve mortalidade. As necessidades em transfusões, o tempo de internamento e o número de doentes operados foram idênticos nos dois grupos, embora no primeiro o diagnóstico tivesse sido obtido mais precocemente.

O quarto ensaio<sup>6</sup> compara 38 doentes submetidos a endoscopia seguida de radiologia nas primeiras 24 horas, com 38 doentes em que os exames foram realizados em sentido inverso. Não houve diferença na mortalidade e morbidade, mas como ambos os grupos de doentes foram submetidos a endoscopia no mesmo intervalo de tempo não é possível avaliar o valor deste método.

No ensaio de Dronfield e col.,<sup>16</sup> 162 doentes foram randomizados para endoscopia urgente e 160 para radiologia. Apesar do maior rigor diagnóstico ter sido obtido no primeiro grupo, registaram-se 18 mortes, enquanto que no grupo randomizado para radiologia se observaram 13 mortes. O número de doentes operados e o tempo de internamento foi idêntico nos dois grupos.

No sexto ensaio<sup>17</sup> todos os 95 doentes foram submetidos a endoscopia urgente. Num grupo os resultados foram reve-

**QUADRO 2 Estudos prospectivos e controlados sobre o valor da endoscopia urgente em doentes com hemorragia digestiva alta.**

	Protocolo	N.º Doentes	Mortalidade (%)
Sandlow e col., 1974 <sup>14</sup>	EU + Rx / E + Rx (8 dias)	150	8
Allan e col., 1974 <sup>15</sup>	EU / Rx + ES (17 doentes)	100	8
Morris e col., 1975 <sup>4</sup>	EU / Rx + ES (20 doentes)	60	8
Keller e col., 1976 <sup>6</sup>	EU + Rx / Rx + EU (nas 1.ªs 24 h.)	76	—
Dronfield e col., 1977 <sup>16</sup>	EU / Rx	322	10
Graham, 1980 <sup>17</sup>	EU / EU resultados desconhecidos 4 dias	95	11
Peterson e col., 1981 <sup>18</sup>	EU + Rx / Rx + ES (hemorragia estabilizada)	206	9
Dronfield e col., 1982 <sup>19</sup>	EU / Rx	1037	8

\* EU significa endoscopia urgente, E endoscopia não urgente e ES endoscopia selectiva.

lados imediatamente. No outro só foram revelados quatro dias depois (ou antes de eventual intervenção cirúrgica ou imediatamente após a morte). Este estudo mostrou que a endoscopia permitiu o diagnóstico correcto na maioria dos doentes, mas não teve consequências na mortalidade e morbilidade, idênticas nos dois grupos de doentes.

No sétimo ensaio<sup>18</sup> foram envolvidos 206 doentes cuja hemorragia tinha parado nas primeiras 6 horas após o início do tratamento, tendo sido excluídos os doentes cuja hemorragia persistia para além daquele período. Dos 206 doentes admitidos, 100 foram submetidos a endoscopia urgente e 106 a radiologia, eventualmente seguida de endoscopia caso se verificasse recorrência da hemorragia ou suspeita de úlcera gástrica ou neoplasia. O número de mortes foi idêntico nos dois grupos de doentes, bem como as necessidades de transfusões, o tempo de internamento, o número de recorrências e o número de doentes operados. Este estudo não mostrou, portanto, que a endoscopia tivesse sido útil neste grupo particular de doentes que pararam de sangrar após a terapêutica médica inicial. Por outro lado, a realização da endoscopia após a recorrência da hemorragia não atrasou a intervenção cirúrgica nem aumentou a mortalidade.

No último ensaio<sup>19</sup> que é a continuação do ensaio publicado em 1977 pelos mesmos autores<sup>16</sup>, foram randomizados 1037 doentes, 526 para um protocolo que incluía endoscopia urgente e 511 para um protocolo em que o método diagnóstico era a radiologia com duplo contraste. Em ambos os grupos a grande maioria dos doentes foi investigada nas primeiras 24 horas. Dos 511 doentes randomizados para radiologia 112 vieram a ser submetidos a endoscopia e 59 dos 526 doentes inicialmente observados por endoscopia vieram a ser estudados radiologicamente. A endoscopia foi, nestes casos, utilizada como segundo exame para obter biópsias de úlceras gástricas ou confirmar úlceras duodenais diagnosticadas pela radiologia. Este estudo mostrou que a mortali-

dade e a morbilidade foram idênticas nos dois grupos de doentes e portanto a endoscopia não ofereceu qualquer benefício.

Estes ensaios controlados parecem pois demonstrar que a endoscopia, embora permita, na maioria dos casos, o conhecimento precoce e exacto da causa da hemorragia, não influencia a mortalidade e morbilidade dos doentes com H.D.A. Quer dizer, um método diagnóstico sensível e específico, como é a endoscopia, não mostrou ter valor clínico significativo. É evidente que, nesta polémica, o que está em causa não é o rigor da endoscopia como método diagnóstico. O que se discute é o valor, a eficácia dessa informação, isto é, as alterações que daí advêm na atitude terapêutica susceptíveis de conduzir a modificação da evolução e prognóstico dos doentes. É compreensível que a informação obtida por um método de diagnóstico específico — a endoscopia — só seja útil se for seguida de atitudes terapêuticas específicas. Se, pelo contrário, a terapêutica for indiferente à informação obtida, esse método dificilmente terá valor.

Na sequência deste raciocínio, e independentemente dos resultados estatísticos a que estes estudos controlados conduziram, é lógico que nos interroguemos se, na prática, e baseados na experiência que nos advêm do tratamento de muitos destes doentes, a endoscopia urgente é susceptível de influenciar de algum modo a nossa atitude terapêutica.

Pelo que atrás se disse a endoscopia deverá ter o seu maior impacto no grupo de doentes que requer tratamento específico para o controlo da hemorragia. As possibilidades de terapêutica específica em doentes com H.D.A. são fundamentalmente o tamponamento de varizes esofágicas e administração de pituitrina, a cirurgia e, de introdução mais recente, a terapêutica exercida por via endoscópica ou angiográfica. Não irei abordar estas duas técnicas terapêuticas, porquanto esta discussão diz respeito exclusivamente à endoscopia diagnóstica.

### A. Tamponamento de varizes esofágicas e administração de pituitrina

A aplicação do balão de Sengstaken - Blakemore ou a administração de pituitrina — que são atitudes terapêuticas específicas — exigem o diagnóstico preciso de rotura de varizes esofágicas. Julgo não ser lícito a utilização destes métodos sem o diagnóstico preciso da situação específica que justifica esse tratamento específico. Este é um exemplo clássico em que a atitude terapêutica está intimamente ligada ao diagnóstico etiológico.

Será, no entanto, possível, o diagnóstico de rotura de varizes sem recorrer à endoscopia? Penso que não por duas razões. Em primeiro lugar porque uma H.D.A. num doente com sinais clínicos sugestivos de doença hepática crónica não significa que a sua causa seja a rotura de varizes. Com efeito, em 30 a 40% dos casos a hemorragia não é causada pela rotura de varizes esofágicas, mas devida a lesões agudas ou úlceras pépticas. Por outro lado, a rotura de varizes é ocasionalmente a causa da hemorragia em doentes em que a clínica não fazia prever.

Daí que a endoscopia seja fundamental em todos os doentes com sinais de doença hepática crónica. Isto não significa, todavia, que a atitude terapêutica contra a rotura de varizes seja um sucesso. A mortalidade destes doentes é extraordinariamente elevada e está, em última análise, relacionada com o grau de insuficiência hepática. Em três estudos sucessivos do grupo de Conn<sup>20-22</sup> sobre o efeito do tamponamento esofágico no tratamento da rotura de varizes pode ver-se que, de 1958 a 1980, embora se tivesse verificado diminuição das complicações graves resultantes do emprego do balão, o controlo da hemorragia e a sobrevivência destes doentes não melhorou ao longo destes anos.

### B. Cirurgia

Em cerca de 80% dos casos a hemorragia pára espontaneamente, independentemente das medidas terapêuticas utilizadas. Não é pois de esperar que, nestes doentes, a endoscopia possa ter grande influência na sua evolução. Mas em 20% dos casos a hemorragia continua ou recorre e a cirurgia é geralmente utilizada. O problema que se coloca consiste em saber se a endoscopia, que fornece um diagnóstico específico, condiciona de algum modo a tática cirúrgica em doentes com H.D.A. Julgamos que a resposta é afirmativa. Três questões se colocam:

- a) A endoscopia é útil na decisão da indicação cirúrgica?
- b) A endoscopia afecta o *timing* da intervenção?
- c) A endoscopia modifica o tipo de intervenção?

#### a) A endoscopia na decisão da indicação cirúrgica

O diagnóstico endoscópico pode contrariar uma intervenção cirúrgica, ou porque a hemorragia é difícil de controlar cirurgicamente ou porque a técnica que controla a hemorragia conduz a elevada mortalidade. A gastrectomia total para o caso de uma gastrite hemorrágica difusa e o shunt porto-sistémico no caso da rotura de varizes esofágicas são exemplos destas situações. É provável que a melhor conduta seja optar por meios médicos e assim evitar uma intervenção de resultados duvidosos (no caso de gastrite) ou intervir posteriormente numa altura que ofereça maiores probabilidades de sobrevivência (no caso de rotura de varizes).

#### b) A endoscopia no *timing* da intervenção

A endoscopia pode influenciar o *timing* de uma intervenção cirúrgica nos dois sentidos: protelando-a ou antecipando-a.

Em presença do diagnóstico endoscópico de esofagite, gastrite, duodenite, ou outras lesões superficiais como o Síndrome de Mallory-Weiss, em que é de esperar que a hemorragia páre espontaneamente, é legítimo que se atraze a intervenção o mais possível.

Pelo contrário, haverá indicação para cirurgia precoce face a uma lesão em que a cirurgia é curativa e na qual é de prever a recorrência ou a continuação da hemorragia. Assim, a observação endoscópica de uma úlcera gástrica ou duodenal num doente com hemorragia maciça (em que a recorrência é altamente provável), muito especialmente se em presença de factores de risco, como a idade, ou se a história clínica mostra que já anteriormente havia indicação cirúrgica, esse diagnóstico impõe uma intervenção precoce e não electiva ou tardia.

Do mesmo modo, a observação endoscópica de uma hemorragia arterial impõe cirurgia de urgência e não atitude de expectativa. Um aspecto endoscópico hoje muito discutido é a presença, na base da úlcera, de um vaso visível, sangrando ou não. Griffiths e col.<sup>23</sup>, num estudo retrospectivo de 317 doentes com H.D.A. dos quais 28 apresentavam um vaso na cratera de uma úlcera verificou que, neste grupo de doentes, a recorrência ou a continuação da hemorragia foi a regra e apenas 1 doente teve um único episódio de hemorragia. A sua mortalidade, em tratamento médico, foi extraordinariamente elevada (83%). A observação endoscópica de um vaso na base de uma úlcera identifica portanto um sub-grupo de doentes nos quais é de prever a continuação ou a recorrência da hemorragia, e que muito provavelmente beneficiarão de cirurgia precoce.

A endoscopia pode ainda influenciar o *timing* operatório de uma outra maneira. Em certos casos o diagnóstico endoscópico é a base de uma indicação cirúrgica electiva após a paragem da hemorragia. É o que sucede, por exemplo, após a rotura de varizes esofágicas. A comprovação endoscópica, inequívoca, de rotura de varizes, é essencial para o planeamento electivo de um shunt, pois na falta desse elemento pode suceder que a hemorragia tivesse sido devida a outra causa e, nesse caso, seria efectuado um shunt profilático, de benefício não comprovado.

#### c) A endoscopia no tipo de intervenção

A endoscopia é igualmente susceptível de afectar de modo positivo o acto operatório. Com efeito, sendo a cirurgia uma forma de terapêutica específica e implicando portanto a remoção da causa da hemorragia, é muito provável que o seu conhecimento prévio seja benéfico. É um facto que se o diagnóstico não foi feito preoperatoriamente terá de o ser durante o acto cirúrgico, o que nem sempre é fácil e é com frequência demorado.

Pois bem, apesar da endoscopia urgente modificar, em alguns doentes, a atitude terapêutica, não foi possível ainda demonstrar em estudos controlados que a mortalidade e a morbidade seja significativamente alterada com a utilização da endoscopia, apesar de ela conduzir ao diagnóstico precoce da lesão sangrante. Porque motivo uma hipótese tão lógica e tão óbvia é tão difícil de provar?

Alguns destes ensaios têm defeitos na sua concepção e nem todos abordam os mesmos aspectos. Os protocolos são

diferentes e a idade média dos doentes apresenta grande variação. Por outro lado, a gravidade da hemorragia e a percentagem de doentes com rotura de varizes é muito diferente nos vários ensaios. No estudo de Allan e col.<sup>15</sup> a percentagem de doentes com rotura de varizes foi de 1%, foi de 5% no estudo de Sandlow e col.<sup>14</sup> e de 10% no estudo de Morris e col.,<sup>4</sup> enquanto que nos estudos de Graham<sup>17</sup> e de Peterson e col.<sup>18</sup> 20% dos doentes sangraram por rotura de varizes esofágicas. Além disso, em vários estudos<sup>4, 6, 15</sup> muitos dos doentes randomizados para o protocolo não agressivo acabaram por ser submetidos a endoscopia poucas horas após a hemorragia, o que torna difícil a comparação dos dois grupos. O ensaio de Peterson e col.<sup>18</sup> é, todavia, particularmente bem concebido, e tem um verdadeiro grupo controlo no qual só é efectuada endoscopia em casos de recorrência da hemorragia. Este ensaio compara, de modo inequívoco, o valor da endoscopia nas situações mais frequentes de H.D.A., ou seja, nos doentes cuja hemorragia estabilizou após tratamento médico inicial.

Um aspecto que torna difícil a avaliação do valor de qualquer método terapêutico em situações de H.D.A., reside no facto de que em cerca de 80% dos casos a hemorragia pára espontaneamente, independentemente da causa da hemorragia. Neste grupo de doentes, que são a enorme maioria, não é de prever que a endoscopia possa ser benéfica. Só numa minoria de doentes (15 a 20%) a endoscopia é seguida de terapêutica específica e portanto susceptível de ser benéfica. Simplesmente este grupo de doentes beneficia de maneira muito diferente do diagnóstico específico da causa da hemorragia e portanto da terapêutica. Com efeito, muitos dos doentes que sangraram por rotura de varizes pouco vêem a beneficiar da terapêutica, porque a mortalidade é muitíssimo alta. Pelo contrário, nos doentes com úlcera péptica é muito provável que as indicações fornecidas pela endoscopia possam diminuir a mortalidade. Mas este sub-grupo representa um pequeno número de doentes o que torna difícil, em qualquer estudo, obter resultados estatisticamente significativos. Podemos estar em presença, como diz Conn,<sup>24</sup> de um paradoxo estatístico, em que as observações positivas num pequeno sub-grupo de doentes são obscurecidas pelo grande número de resultados negativos.

Outro aspecto importante deste problema é que a sobrevivência dos doentes com H.D.A. não depende apenas da causa da hemorragia. O resultado final numa situação deste tipo está igualmente relacionado com a idade dos doentes, com a presença de doenças associadas, com a existência de factores desencadeantes e com a gravidade da hemorragia. Trata-se de uma situação multifactorial. Haverá doentes nos quais o factor determinante da mortalidade é a causa da hemorragia e que beneficiarão da endoscopia e, por outro lado, doentes em que o factor determinante da mortalidade está mais relacionado com a idade e a presença de doenças associadas. Neste grupo de doentes a endoscopia será menos útil. Ora estes estudos controlados analisam apenas a importância da endoscopia na sobrevivência dos doentes com H.D.A. sem atenderem a outros aspectos que são com frequência mais importantes.

Uma palavra apenas em relação a um aspecto importante de qualquer técnica: os riscos. A endoscopia, mesmo com o advento dos modernos fibroscópios, não é isenta de riscos. De acordo com três grandes séries<sup>25-27</sup> as complicações graves surgem com uma frequência que varia entre 1 a 3 em cada 1000 exames, e são fundamentalmente devidas a perfuração, hemorragia e complicações cardiopulmonares. A mortalidade varia entre 1 em 3000 a 1 em cada 16 000 endoscopias. Complicações mais frequentes (5 e 8%) têm sido referidas em certas séries,<sup>28, 29</sup> mas dizem respeito a sub-grupos

de doentes de avançada idade e de grande risco. Portanto, as complicações existem mas não têm grande significado considerando a gravidade de uma H.D.A. e, por outro lado, os grandes riscos que algumas técnicas terapêuticas envolvem.

Posto o problema nestes termos e analisados os benefícios e os riscos, que doentes com H.D.A. devemos endoscopear? Todos concordam que há dois grupos de doentes que têm indicação absoluta para endoscopia: os doentes com sinais de doença hepática crónica e os doentes em que a hemorragia continua ou recorre. Nos restantes doentes, que são a maioria, em que a hemorragia pára espontaneamente, persiste a controvérsia, pois não foi possível ainda demonstrar, em termos estatísticos, que a endoscopia seja benéfica. Há quem tenha uma posição muito crítica<sup>9-11</sup> e quem apoie decididamente a endoscopia.<sup>30, 24, 8, 31</sup>

Pessoalmente, o conhecimento precoce da causa da hemorragia permite-me planear uma atitude imediata e futura, individualizar a terapêutica e estabelecer desde logo o prognóstico. O facto destes benefícios não alterarem significativamente a mortalidade dos doentes não culpa a endoscopia. Reflecte, sim, a nossa incapacidade na utilização de eficazes medidas terapêuticas específicas da hemorragia em doentes muito graves, especialmente com insuficiência hepática crónica.

O aperfeiçoamento, que está em curso, de novas técnicas terapêuticas — endoscópicas e angiográficas — poderá sem dúvida aumentar o valor da endoscopia e alterar significativamente, num futuro próximo, a sobrevivência destes doentes.

## BIBLIOGRAFIA

1. PALMER, ED.: The vigorous diagnosis approach to upper-gastrointestinal tract hemorrhage: a 23-year prospective study of 1,400 patients. *JAMA* 1969; 207: 1477-1480.
2. KATON, R.M.; SMITH, F.W.: Panendoscopy in the early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1973; 65: 728-734.
3. HOARE, A.M.: Comparative study between endoscopy and radiology in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br. Med. J.* 1975; 1: 27-30.
4. MORRIS, D.W.; LEVINE, G.M.; SOLOWAY, RD.; MILLER, WT.; MARIN, GA.: Prospective randomized study of diagnosis and outcome in acute upper gastrointestinal bleeding: Endoscopy versus conventional radiography. *Am. J. Dig. Dis.* 1975; 20: 1103-1109.
5. STEVENSON, W.; COX, RR.; ROBERTS, C.J.C.: Prospective comparison of double-contrast barium meal examination and fiberoptic endoscopy in acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br. Med. J.* 1976; 2: 723-724.
6. KELLER, R.T.; LOGAN, G.M.: Comparison of emergent endoscopy and upper gastrointestinal series radiography in acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 1976; 17: 180-184.
7. THOENI, R.F.; CELLO, J.P.: A critical look at the accuracy of endoscopy and double-contrast radiography of the upper gastrointestinal (UGI) tract in patients with substantial UGI hemorrhage. *Radiology* 1980; 135: 305-308.
8. MORRISSEY, J.F.: Clinical approach to diagnostic endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding. *Dig. Dis. Sci.* 1981; 26 (supplement): 6s-11s.
9. WINANS, C.S.: Emergency upper gastrointestinal endoscopy: does haste make waste? *Dig. Dis.* 1977; 22: 536-540.
10. EASTWOOD, G.L.: Does early endoscopy benefit the patient with active upper gastrointestinal bleeding? *Gastroenterology* 1977; 72: 737-739.

11. EASTWOOD, G.L.: Does the patient with upper gastrointestinal bleeding benefit from endoscopy? *Dig. Dis. Sci.* 1981; 26 (supplement): 22s-26s.
12. PINTO CORREIA, J.: Valor da endoscopia nas hemorragias digestivas altas. *Rev. Port. Clin. e Terap.* 1981; 6: 93-96.
13. HELLERS, G.; IHRE, T.: Impact of change to early diagnosis and surgery in major upper gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1975; 2: 1250-1251.
14. SANDLOW, L.J.; BECKER, G.H.; SPELBERG, M.A.; ALLEN, H.A.; BERG, M.; BERRY, L.H.; NEWMAN, E.A.: A prospective randomized study of the management of upper gastrointestinal hemorrhage. *Am. J. Gastroenterol.* 1974; 61: 282-289.
15. ALLAN, R.; DYKES, P.: A comparison of routine and selective endoscopy in the management of acute gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc.* 1974; 20: 154-155.
16. DRONFIELD, M.W.; MC III MURRAY, M.B.; FERGUSON, R.; ATKINSON, M.; LANGMAN, M.J.S.: A prospective, randomized study of endoscopy and radiology in acute upper gastrointestinal tract bleeding. *Lancet* 1977; 1: 1167-1169.
17. GRAHAM, D.Y.: Limited value of early endoscopy in the management of acute upper gastrointestinal bleeding. Propective controlled trial. *Am. J. Surg.* 1980; 140: 284-290.
18. PETERSON, W.L.; BARNETT, C.C.; SMITH, H.J.; ALLEN, M.H.; CORBETT, D.B.: Routine early endoscopy in upper-gastrointestinal-tract bleeding. A randomized, controlled trial. *N. Engl. J. Med.* 1981; 304: 925-929.
19. DRONFIELD, M.W.; LANGMAN, M.J.S.; ATKINSON, M.; BALFOUR, T.W.; BELL, G.D.; VELLACOTE, K.D.; AMAR, S.S.; KNAPP, D.R.: Outcome of endoscopy and barium radiography for acute upper gastrointestinal bleeding: controlled trial in 1037 patients. *Brit. Med. J.* 1982; 284: 545-548.
20. CONN, H.O.: Hazards attending the use of esophageal tamponade. *N. Engl. J. Med.* 1958; 259: 701-707.
21. CONN, H.O.; SIMPSON, J.A.: Excessive mortality associated with balloon tamponade of bleeding varices. *JAMA* 1967; 202: 587-591.
22. CHOJKIER, M.; CONN, H.O.: Esophageal tamponade in the treatment of bleeding varices. A decadal progress report. *Dig. Dis. Sci.* 1980; 25: 267-272.
23. GRIFFITHS, W.J.; NEUMANN, DA.; WELSH, J.D.: The visible vessel as an indicator of uncontrolled or recurrent gastrointestinal hemorrhage. *N. Engl. J. Med.* 1979; 300: 1141-1143.
24. CONN, H.O.: To scope or not to scope. *N. Engl. J. Med.* 1981; 304: 967-969.
25. SCHILLER, KFR.; COTTON, P.B.; SALMON, P.R.: The hazards of digestive fibre-endoscopy: A survey of British experience. *Gut* 1972; 13: 1027.
26. MANDELSTAM, P.; SUGAWA, C.; SILVIS, S.; NEBEL, O.; ROGERS, B.H.G.: Complications associated with esophago-gastroduodenoscopy and with esophageal dilatation. An analysis of the 1974 ASGE survey. *Gastrointest Endosc.* 1974; 23: 16-19.
27. DAVIS, R.E.; GRAHAM, D.Y.: Endoscopic complications. The Texas experience. *Gastrointest. Endosc.* 1979; 25: 146-149.
28. NOEL, D.; DELOGE, Y.; LIGUORY, C.; COFFIN, T.C.; BODIN, F.: Upper gastrointestinal hemorrhage in patients aged over 65 years: The contribution of endoscopy. *Nouv. Presse. Med.* 1979; 8: 589-591.
29. PAUL F.; HUCHZERMAYER H.: Results and complications of emergency endoscopy for acute gastrointestinal bleeding in patients on intensive care units. In Abstracts of the IV European Congress of Gastrointestinal Endoscopy. *Stutgard, Georg Thieme Verlag*, 1980, p. 103.
30. MORRISSEY, J.F.: Early endoscopy for major gastrointestinal bleeding. It should be done. *Dig. Dis.* 1977; 22: 534-535.

Pedido de separatas: J. Picão Fernandes  
 Serviço de Medicina II  
 Hospital de Santa Maria  
 1600 Lisboa - Portugal