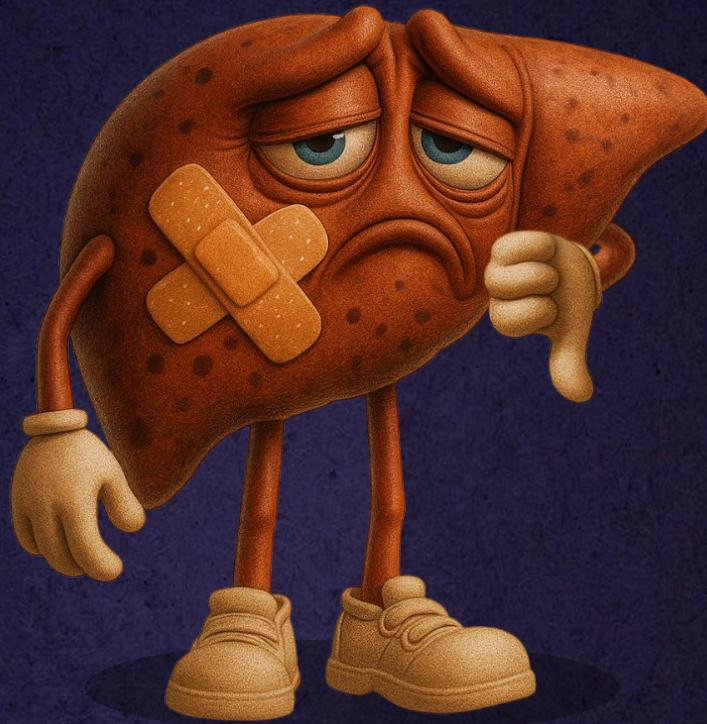




MED-REVIEW



CIRROSE HEPÁTICA

COMPLICAÇÕES DA CIRROSE - PARTE 1

Encefalopatia Hepática e HDA

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



**Didática
Absurda**



**Estudo Ativo &
Repetição Espaçada**



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



**Aulas com linguagem
acessível e visual
envolvente.**



**Simulados
mensais.**



**Qbank com milhares de
questões comentadas e
filtros inteligentes.**



**Suporte próximo
para dúvidas.**



**Flashcards com memória
visual e repetição espaçada.**

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

Se você tem apenas 5 minutos, memorize esta tabela. Ela contém os "pulos do gato" que as bancas amam cobrar sobre as descompensações da cirrose.

Conceito	O que a banca cobra (Pulo do Gato)
Gatilhos da Encefalopatia	Hemorragia digestiva, constipação, infecções (PBE/ITU), desidratação, hipocalemia e alcalose metabólica. Cuidado: sedativos (benzodiazepínicos) são gatilhos clássicos iatrogênicos.
Tratamento da Encefalopatia	1º: Tratar o gatilho. 2º: Lactulose (alvo: 2-3 evacuações/dia). 3º: Rifaximina (se refratário ou recorrente). Não restringir proteína na dieta!
HDA Varicosa: Farmacologia	Iniciada antes da endoscopia. Combo obrigatório: Vasopressor Esplâncnico (Terlipressina ou Octreotide) + Antibiótico Profilático (Ceftriaxone).
HDA Varicosa: Endoscopia	Realizar em até 12 horas. O método de escolha é a Ligadura Elástica .
Balão de Sengstaken-Blakemore	Medida de resgate (ponte) para paciente instável/exanguiando. Insuflar com AR . Tempo máximo: 24h (risco de necrose).
Profilaxia Primária	Varizes de médio/grosso calibre ou com <i>red spots</i> : Betabloqueador não seletivo (Carvedilol/Propranolol) OU Ligadura Elástica AASLD - hipertensão portal clinicamente significativa, independentemente de EDA: BB
Profilaxia Secundária	Paciente que já sangrou: Betabloqueador + Ligadura Elástica (associação). O BB inicia-se apenas no 5º-7º dia (após estabilização).



ESTABILIZAR



IBP VENOSO



SE SUSPEITA DE HDA VARICOSA:



1 VASOPRESSOR ESPLÂNCNICO

2 ANTIBIÓTICO

Terlipressina

OU

Octreotide

1ª linha: CEFTRIAXONA

Opção: quinolonas (norfloxacin...)

ENDOSCOPIA EM ATÉ 12H

LIGADURA ELÁSTICA



INTRODUÇÃO

Contexto clínico

Imagine que você está no plantão do pronto-socorro e chega o Sr. Geraldo, trazido pela filha. Aqueixa é estranha: o pai está "aéreo", falando coisas sem sentido e muito sonolento nas últimas horas. Na história patológica pregressa, a filha relata que ele é etilista pesado há anos. Além da confusão mental, ela comenta um detalhe que acende seu alerta vermelho: "Doutor, hoje mais cedo ele evacuou umas fezes pretas, parecendo piche, e vomitou um pouco de sangue".

Você está diante de um paciente clássico de prova: um cirrótico descompensado apresentando, simultaneamente, Encefalopatia Hepática (EH) e Hemorragia Digestiva Alta (HDA).

Por que esse tema cai tanto

A cirrose e suas complicações são emergências médicas frequentes. As bancas adoram esse tema porque ele exige raciocínio rápido, conhecimento de fisiopatologia (o ciclo da amônia e a hipertensão portal) e condutas muito bem estabelecidas por protocolos internacionais (como Baveno VII e AASLD). Um erro na ordem das prescrições (ex: esquecer o antibiótico na HDA) pode ser fatal para o paciente e para sua nota.

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA (EH)

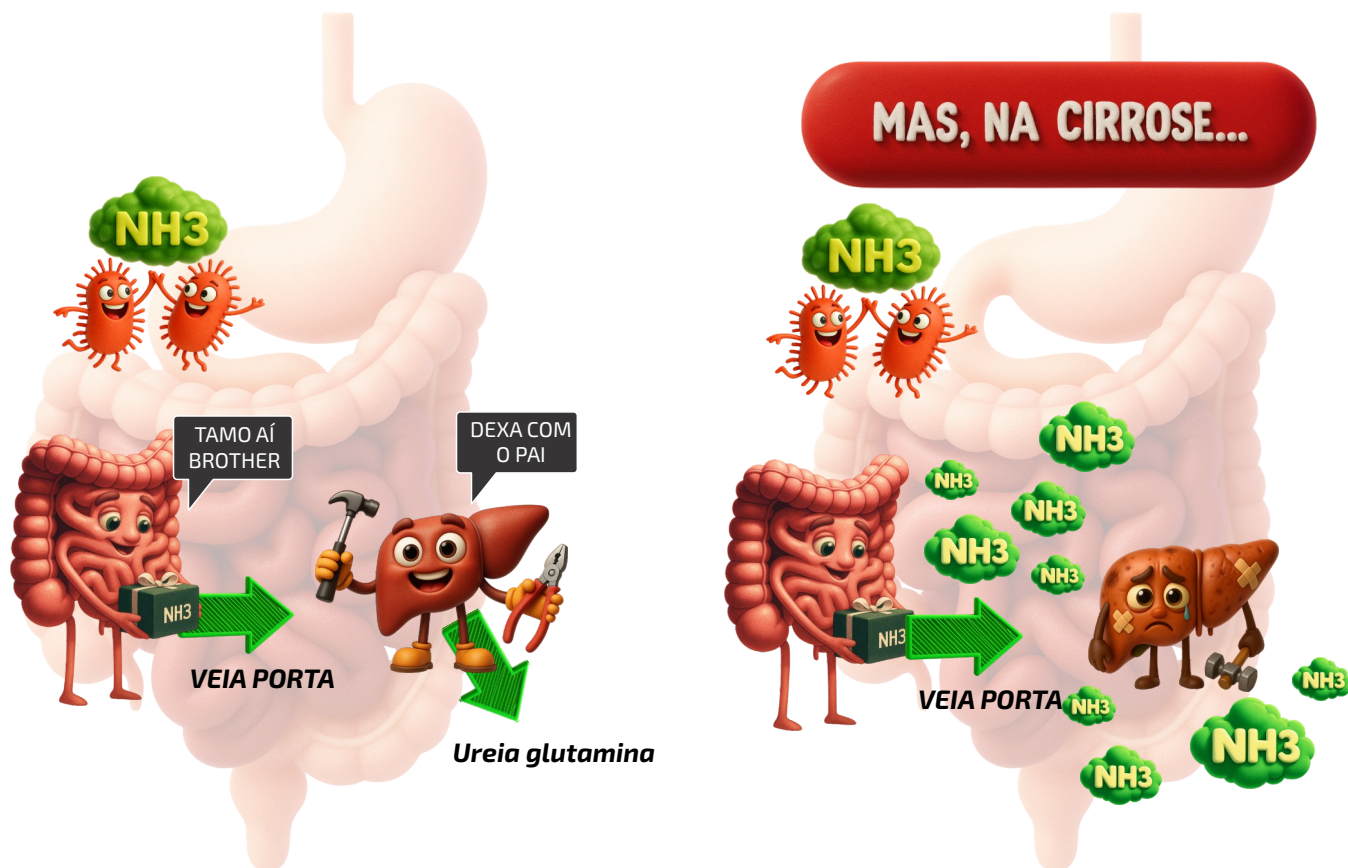
Fisiopatologia descomplicada

Para entender o tratamento, você precisa entender o problema. Pensa comigo: no intestino, as bactérias degradam proteínas e produzem amônia (NH_3). Em condições normais, essa amônia vai pela veia porta até o fígado, onde é metabolizada em ureia e glutamina (ciclo da ureia) e, então, excretada.

No Sr. Geraldo, que tem cirrose, duas coisas acontecem:

- 1. Insuficiência hepatocelular: o fígado não consegue metabolizar a amônia.**
- 2. Shunts portossistêmicos:** o sangue "foge" do fígado pela circulação colateral e joga a amônia direto na circulação sistêmica.

Resultado? A amônia acumula no sangue, atravessa a barreira hematoencefálica e causa neurotoxicidade, gerando a encefalopatia.



Os Gatilhos (O que a banca ama cobrar)

A encefalopatia raramente surge do nada. Quase sempre existe um **fator precipitante**. No caso do Sr. Geraldo, o sangue da HDA no trato digestivo é uma "bomba de proteínas" para as bactérias, gerando muita amônia.



ATENÇÃO NA PROVA

Se a questão mostrar um cirrótico com alteração de comportamento, busque imediatamente um destes gatilhos nas alternativas:

- **Hemorragia Digestiva:** sangue é proteína = mais amônia.
- **Constipação:** fezes paradas = maior tempo para absorção de amônia.
- **Infecções:** PBE (Peritonite Bacteriana Espontânea), ITU (Infecção do Trato Urinário) e Pneumonia. A sepsis aumenta o catabolismo e a produção de amônia.
- **Distúrbios Eletrolíticos:**
 - Hipocalemia: estimula a produção renal de amônia.
 - Alcalose Metabólica: favorece a conversão de NH_4^+ (não absorvível) em NH_3 (absorvível e atravessa a barreira hematoencefálica).

- **Desidratação/Hipovolemia:** reduz o clearance de toxinas.
- Drogas: **Benzodiazepínicos e opioides** são clássicos causadores iatrogênicos.



Diagnóstico

Você já sabe que o **flapping** (ou asterixis) é o sinal clássico da Encefalopatia Hepática (EH), e já até discutimos sua fisiopatologia lá na apostila de Fisiopatologia e Estadiamento. Mas cuidado: ele não está presente em todos os estágios.

Pensa comigo: o Sr. Geraldo não começa a encefalopatia batendo as mãos. Existe uma evolução neurológica e comportamental que muitas vezes passa despercebida pela família ou é confundida com "teimosia" ou "depressão".

Para acertar a questão e conduzir bem o caso, você precisa identificar os sinais que precedem ou acompanham o flapping.

1. O sinal mais precoce: Inversão do Ciclo Sono-Vigília. Antes de qualquer confusão mental grave, o fígado começa a falhar na metabolização de substâncias que regulam o ritmo circadiano. O resultado? O paciente troca o dia pela noite.

- O que buscar: A filha relata que ele passa o dia cochilando (hipersonia), mas fica acordado, agitado ou perambulando pela casa durante a noite (insônia).

2. Alterações de Comportamento e Personalidade. Na fase inicial (Grau I), o exame neurológico pode parecer normal. O que muda é a psique.

- O paciente pode apresentar euforia ou ansiedade injustificadas.
- Pode haver apatia ou depressão súbita.
- A fala pode se tornar levemente arrastada ou lenta (bradilalia).

3. Sinais Motores (Além do Flapping). Conforme a encefalopatia avança (Graus II e III), o flapping aparece. Mas, se o paciente evoluir para o coma (Grau IV), o flapping **desaparece** (pois requer tônus muscular para se manifestar). Nesse estágio grave, surgem outros sinais de **liberação piramidal**:

- Hiperreflexia (reflexos tendinosos exaltados).
- Sinal de Babinski positivo.
- Em casos extremos, postura de descerebração ou decorticação.



SAIBA MAIS

Embora a amônia seja a neurotoxina central na patogênese da Encefalopatia Hepática, sua dosagem sérica possui papel limitado no diagnóstico da cirrose crônica, visto que níveis elevados podem ocorrer em pacientes assintomáticos (não indicando tratamento) e níveis normais não excluem o diagnóstico, que permanece eminentemente clínico. Contudo, o cenário muda drasticamente na Insuficiência Hepática Aguda, onde a amônia assume valor prognóstico crítico: níveis arteriais superiores a 150 µg/dL estão fortemente associados ao desenvolvimento de edema cerebral e risco de herniação, exigindo monitoramento rigoroso para definir condutas agressivas.

A Escala de West-Haven (O Mapa da Gravidade)

A gravidade é medida pela Classificação de West-Haven, baseada na gravidade das manifestações neuropsiquiátricas:





DICA PRÁTICA

A classificação de **Child-Pugh** considera **EH graus III e IV como pontuação máxima (3)** nesse critério.

Conduta na Encefalopatia Hepática

O tratamento baseia-se em três pilares, nesta ordem de prioridade:

1. Identificar e tratar o fator precipitante: Se é HDA, controle o sangramento. Se é infecção, dê antibiótico. Se é constipação, faça enema. Sem isso, o remédio não funciona.

2. Lactulose (Dissacarídeo não absorvível): É a primeira linha farmacológica.

- Como funciona? Acidifica o lúmen intestinal (convertendo NH_3 em NH_4^+ , que não é absorvido) e tem efeito catártico (laxativo) para expulsar a amônia.
- Dose: 30-45mL a cada 6-8h.
- Alvo: Titular para obter 2 a 3 evacuações pastosas por dia. Cuidado com a diarreia excessiva, que desidrata e piora a EH!

3. Antibióticos não absorvíveis (Rifaximina): Usados geralmente como terapia adjuvante ("add-on") se não houver melhora com lactulose em 48h ou para prevenção secundária de casos recorrentes,. A Neomicina caiu em desuso pelos efeitos colaterais (ototoxicidade/nefrotoxicidade).

Questão Estratégica — Gatilhos da Encefalopatia



QUESTÃO HSL - 2023

Em relação à amônia, o aumento da produção, absorção ou da sua entrada no cérebro podem precipitar encefalopatia hepática em cirróticos. Tal fato associa-se a fatores como obstipação, hemorragia gastrointestinal:

- A) Acidose metabólica e hipocalemia.
- B) Acidose mista e hipocalemia.
- C) Acidose metabólica e hipercalemia.
- D) Alcalose metabólica e hipocalemia
- E) Alcalose metabólica e hipercalemia.



Comentário: A questão cobra os distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos que precipitam a EH.

- Hipocalemia: aumenta a produção **renal** de amônia.
- Alcalose Metabólica: favorece a forma não iônica da amônia (NH_3), que atravessa facilmente a barreira hematoencefálica. A acidose, ao contrário, favorece o NH_4^+ , que fica "preso" no lúmen renal ou intestinal.

Gabarito: Letra D



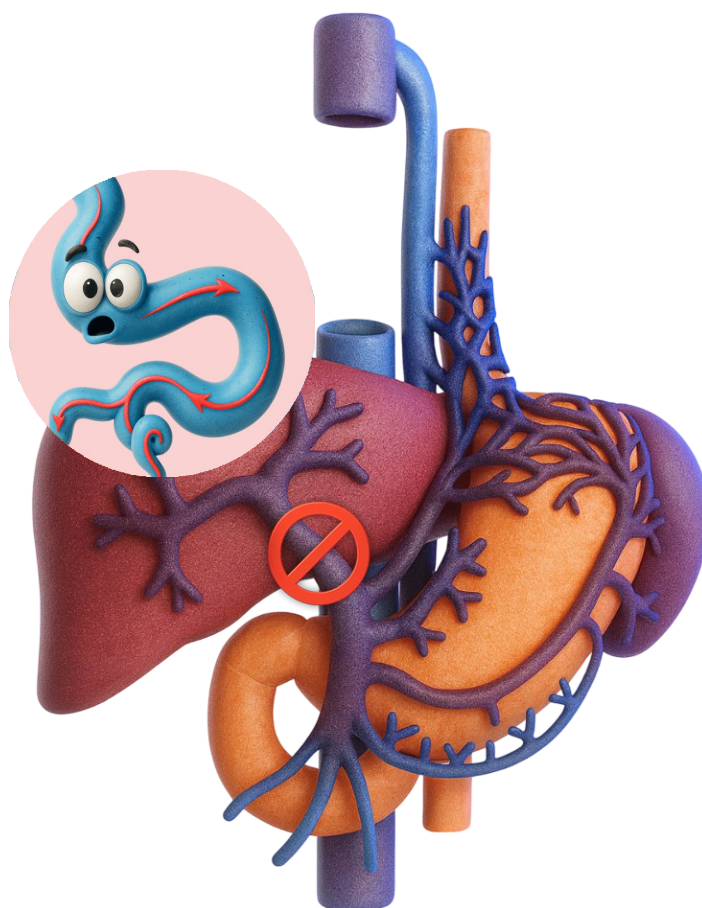
CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Lembre-se sempre dos gatilhos metabólicos: potássio baixo e pH alto "ligam" a encefalopatia.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) VARICOSA

Fisiopatologia

A cirrose endurece o fígado, aumentando a resistência à passagem do sangue. Isso eleva a pressão na veia porta (**Hipertensão Portal > 5 mmHg**). Quando a pressão passa de 10 mmHg (cl clinicamente significativa), formam-se colaterais (varizes) no esôfago e estômago para desviar o sangue. Se a pressão sobe muito (>12 mmHg), a parede fina das varizes se rompe.



Abordagem Inicial — A Estabilização

Voltamos ao Sr. Geraldo. Ele tem hematemese e sinais de choque. A primeira conduta **NÃO é a endoscopia**. A primeira conduta é **estabilizar** o paciente.

- A e B (Vias Aéreas e Respiração): se o paciente tem rebaixamento de consciência (EH grau III/IV ou choque), proteja a via aérea (intubação) antes da endoscopia para evitar broncoaspiração.
- C (Circulação): Dois acessos venosos calibrosos periféricos. Inicie cristaloides (Ringer Lactato ou SF 0,9%) **de forma criteriosa**.
 - Transfusão: O alvo de hemoglobina é 7 a 9 g/dL. Não transfunda para normalizar o Hb! O excesso de volume aumenta a pressão portal e causa ressangramento.

Terapia Farmacológica (O combo obrigatório)

Enquanto você estabiliza o paciente, deve prescrever duas classes de drogas **imediatamente**. Não espere a endoscopia confirmar as varizes. Se é cirrótico com HDA, assumo que é varicosa e trate.

1. Vasopressor Esplâncnico: Reduz o fluxo sanguíneo na veia porta.

- **Terlipressina: Droga de escolha** (única que mostrou redução de mortalidade isolada).
- Octreotide ou Somatostatina: Alternativas eficazes.
- Duração: Manter por 2 a 5 dias.

2. Antibiótico Profilático: Essencial! Reduz infecção, ressangramento e mortalidade.

- **Ceftriaxone 1g IV por 7 dias** é a escolha padrão (especialmente em cirróticos avançados ou com uso de quinolona prévia). Norfloxacin oral é alternativa para casos muito leves e para terminar o ciclo de 7 dias após a estabilização do paciente.



SAIBA MAIS

A **principal causa de HDA** na população geral é **úlcera péptica**. E no paciente **cirrótico**? Úlcera péptica também! Por isso, prescrição para HDA é sinônimo de **IBP dose plena venoso!** Agora, se eu tenho alguma **chance de ter sangramento por varizes** (paciente sabidamente hepatopata ou com estigmas periféricos de hepatopatia - aqueles achados da anamnese e exame físico que discutimos na aula de Fisiopatologia e Estadiamento) aí eu vou **associar Terlipressina/Octreotide**, até que eu consiga fazer a endoscopia e descobrir de onde vem o sangramento. A partir daí, eu mantenho apenas o que for indicado Terlipressina/Octreotide se varizes, IBP se úlcera).

Terapia Endoscópica

Você já **estabilizou** o paciente (ABC), iniciou o **octreotide/terlipressina** e o **antibiótico**. A família pergunta: "Quando vão fazer a endoscopia?".

Para a prova e para a vida, a regra é clara: quando a suspeita é de hemorragia varicosa, a EDA deve ser realizada assim que o paciente estiver hemodinamicamente estável, idealmente dentro de **12 horas da admissão**.

Por que não "imediatamente"? Fazer endoscopia em um paciente chocado, sem via aérea protegida e sem volume circulante é receita para o desastre (arritmias, aspiração, parada). **Primeiro reanime, depois examine.**

Ao encontrar varizes esofágicas sangrando (ou com sinais de sangramento recente), qual é a conduta?

1. Padrão-Ouro: **Ligadura Elástica** (Band Ligation).

- Mecanismo: Coloca-se um elástico na base da variz, estrangulando-a. O tecido necrosa e cai dias depois, deixando uma úlcera superficial que cicatriza.
- Por que é a melhor? Tem menores taxas de complicações (estenose, perfuração) e maior sobrevida quando comparada à escleroterapia.

2. Alternativa: Escleroterapia.

- Reserva-se apenas para quando a ligadura não está disponível ou é tecnicamente impossível. Envolve a injeção de substâncias irritantes na variz. Seria o tratamento de escolha na doença ulcerosa péptica.

Mas e se as varizes forem gástricas, e não esofágicas? Aqui mora a pegadinha clássica. O tratamento depende da localização da variz no estômago (Classificação de Sarin).

1. Varizes **GOV1** (Gastroesofágicas tipo 1):

- São aquelas que "descem" do esôfago pela **pequena** curvatura.
- Tratamento: Podem ser tratadas **iguais do esôfago, com Ligadura Elástica**.

2. Varizes **GOV2** (Grande Curvatura) e **IGV1** (Fundo Gástrico Isoladas):

- Aqui o fluxo é muito alto e a parede gástrica é espessa. A ligadura elástica aqui frequentemente falha (o elástico solta e o sangramento volta pior, com uma úlcera enorme).
- Tratamento de Escolha: **Injeção de Cianoacrilato** (a "cola" biológica),.
- Segunda Linha: Se não houver cola ou falhar, a opção é o **TIPS** (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular).



ERRO COMUM

Marcar ligadura elástica para **variz de fundo gástrico**. A resposta correta é **Cianoacrilato** (ou TIPS se refratário).

Mas além das varizes, o paciente cirrótico pode sangrar por uma outra causa: a Gastropatia Hipertensiva Portal. Aqui, o estômago inteiro que "chora sangue".

- O que é: Aparência de "pele de cobra" (padrão em mosaico) na endoscopia. É um sangramento difuso da mucosa devido à congestão venosa.
- Tratamento Endoscópico: Geralmente **NÃO** funciona. Como o sangramento é difuso (a mucosa toda está congesta), não adianta ligar ou queimar um ponto só.

- Tratamento Real: O foco é reduzir a pressão portal.
 - Agudo: Drogas vasoativas (Octreotide/Terlipressina),.
 - Crônico/Prevenção: Betabloqueadores não seletivos (Propranolol, Carvedilol) + Reposição de Ferro (vai ter sangramento recorrente, precisamos repor esse ferro perdido).
 - Refratário: **TIPS ou Transplante**

Falha Terapêutica e Resgate

E se a endoscopia falhar ou o sangramento for torrencial e incontrolável? Você precisa ganhar tempo.

- **Balão de Sengstaken-Blakemore:** É uma ponte. Comprime as varizes mecanicamente.
 - Insuflar com AR (não líquido).
 - Tempo máximo de permanência: **24 horas** (risco alto de necrose e perfuração esofágica),.
- **TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular):** É o tratamento de resgate definitivo para falha de controle. Cria um "atalho" entre a veia porta e a veia hepática, baixando a pressão portal.
 - Problema do TIPS: Como o sangue "pula" o fígado, aumenta muito o risco de **Encefalopatia Hepática** (sangue sujo vai pro cérebro) e de **Insuficiência Cardíaca** (aumenta o retorno venoso subitamente).



Questão Estratégica — Gatilhos da Encefalopatia



QUESTÃO PRMMT 2024

Homem, 63 anos, com diagnóstico prévio de cirrose hepática secundária ao vírus da hepatite B, com endoscopia prévia que evidenciava varizes esofageanas, deu entrada no pronto atendimento com quadro de hematêmese. Ao exame encontra-se em regular estado geral, icterico $+/4+$, hipocorado $+/4+$, afebril, taquicardico (FC 110 bpm) e com PA de 100 x 60 mmHg. Ausculta cardíaca e respiratórias normais. Abdome ascítico. Além das medidas de estabilização clínica, quais fármacos são melhor recomendados enquanto aguarda a realização de endoscopia digestiva alta?

- A) Octreotide e propranolol.
- B) Vasopressina e albumina.
- C) Noradrenalina e lactulose.
- D) Terlipressina e ceftriaxone.



Comentário: Questão clássica de conduta imediata.

- A: Propranolol é profilaxia secundária (longo prazo), nunca na fase aguda (piora a hipotensão).
- B: Albumina não é a primeira linha de ressuscitação volêmica (cristaloides são) e vasopressina pura tem muitos efeitos colaterais.
- C: Lactulose é para encefalopatia, não para parar sangramento agudo.
- D: Correta. Terlipressina (vasoconstritor esplâncnico) + Ceftriaxone (profilaxia de PBE) é o combo obrigatório.

Gabarito: Letra D



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Reforça a regra: HDA em cirrótico = Vasoativo + Antibiótico imediatamente.

Questão Estratégica — TIPS



QUESTÃO PRMMT 2024

O uso de TIPS para tratamento da hipertensão portal é uma excelente opção nos pacientes com hemorragia varicosa de difícil controle. Uma complicação relacionada a esse tratamento é:

- A) Sepses
- B) Síndrome hepatorenal
- C) Encefalopatia hepática
- D) Trombose de veia cava inferior



Comentário: O **TIPS** cria uma comunicação direta entre o sistema porta e o sistêmico, por meio de uma comunicação entre a **veia porta e a veia hepática**. O **sangue cheio de amônia e toxinas intestinais** passa direto, sem ser filtrado pelo fígado, indo ao cérebro. Logo, a **encefalopatia hepática** é a complicação mais clássica. As outras opções (sepses, trombose) são riscos de qualquer procedimento, mas não fisiopatologicamente induzidos pelo shunt da mesma forma que a EH. Pelo contrário, TIPS pode até **ajudar na síndrome hepatorenal**.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

O TIPS resolve o sangramento (baixa a pressão), mas cobra o preço no cérebro (encefalopatia).

PROFILAXIA DE VARIZES (PREVENÇÃO)

Profilaxia Primária (Paciente NUNCA sangrou)

Tradicionalmente, indicamos profilaxia para pacientes com varizes de **médio/grosso calibre ou com sinais de risco (red spots)**. No entanto, a **AASLD** (*American Association for the Study of Liver Diseases*) trouxe uma mudança de paradigma importante em suas diretrizes mais recentes.



O NOVO CONCEITO DA AASLD (PREVENÇÃO DE DESCOMPENSAÇÃO)

A diretriz recomenda o **início precoce** de Betabloqueador Não Seletivo (preferencialmente **Carvedilol**) em pacientes com Cirrose Compensada e **Hipertensão Portal Clinicamente Significativa (HPCS)**, independentemente do tamanho das varizes ou até mesmo da presença delas. Isso, porque o Carvedilol, além de bloquear receptores beta-2 nos vasos do abdome, causando vasoconstrição e diminuindo o sangue que chega na veia porta, também relaxa essa musculatura e facilita a passagem do sangue, **diminuindo a resistência intra-hepática**. Por isso, ele é atua muito mais que na prevenção de sangramento por varizes, ele também reduz a chance de todas as demais complicações (progressão da hepatopatia, ascite, peritonite bacteriana espontânea, encefalopatia, enfim).

Mas como identificar HPCS de forma não invasiva?

HP CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA

Elastografia > 25kPa

Elastografia 20-25 kPa + plaq < 150.000

Elastografia 15-20 kPa + plaq < 110.000

Cirrose descompensada



RESUMO PARA PROVA

- **Conduta Clássica:** Rastreio com EDA → Se varizes de alto risco → betabloqueador ou ligadura.
- **Visão AASLD/Baveno VII:** Identificou HPCS (ex: Elastografia alta + Plaquetopenia) Iniciar Carvedilol para prevenir descompensação (o que inclui prevenir o sangramento).

PROFILAXIA PRIMÁRIA



OU



RASTREIO COM EDA:

Cirrose descompensada
ou
Elastografia > 20kPa
ou
Plaquetopenia

HP clinicamente significativa



HP CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA

Elastografia > 25kPa
Elastografia 20-25 kPa + plaq < 150.000
Elastografia 15-20 kPa + plaq < 110.000
Cirrose descompensada



Varizes de grosso calibre ou
sinais de alto risco (*red spots*)
INICIAR PROFILAXIA



Se não: manter rastreio a cada **1-3 anos**.



INICIAR PROFILAXIA

(independentemente da EDA)

Profilaxia Secundária (Paciente que já sangrou)

Aqui o cenário muda completamente. Se na profilaxia primária a gente discute "quem tratar", na secundária a regra é clara: tratamos **TODO MUNDO**. O racional é estatístico e assustador: um paciente que sobreviveu à primeira hemorragia varicosa tem **60% de chance de ressangrar em 1 ano** se nenhuma medida for tomada. E a mortalidade de cada episódio de ressangramento gira em torno de 20%.

Por isso, a conduta padrão-ouro é a **TERAPIA COMBINADA**. Ao contrário da profilaxia primária (onde escolhemos um OU outro), aqui somamos forças:

1. Farmacológico: Betabloqueador Não Seletivo.
2. Endoscópico: Ligadura Elástica seriada.

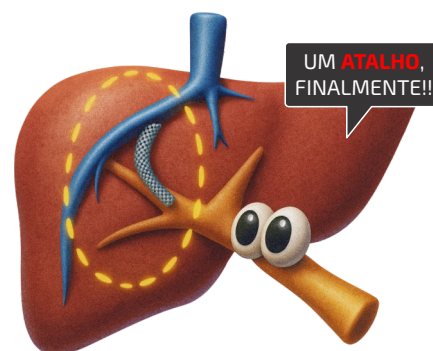
PROFILAXIA SECUNDÁRIA



Iniciar só no **5º dia**
após o sangramento!

Casos refratários:

TIPS



A lógica da combinação: A **ligadura** trata o problema local (erradica as varizes existentes), enquanto o **betabloqueador** age na fisiopatologia (reduz a pressão portal para evitar que elas voltem ou que outras estourem). Estudos mostram que a combinação reduz a taxa de ressangramento e aumenta a sobrevida em comparação a qualquer um dos métodos isolados.



O PULO DO GATO (Como prescrever)

- **Ligadura Elástica:** A primeira sessão ocorre no momento agudo (hemostasia). As sessões seguintes de erradicação começam cerca de 2 semanas depois e se repetem a cada 2-4 semanas **até o desaparecimento das varizes**. Depois disso, **vigilância endoscópica** (3-6 meses e depois anual).
- **Betabloqueador (Propranolol, Nadolol ou Carvedilol):** O momento de início é crucial. NUNCA inicie o betabloqueador enquanto o paciente estiver instável, sangrando ou em uso de drogas vasoativas IV (terlipressina/octreotida). O Carvedilol deve ser iniciado assim que as drogas vasoativas forem suspensas, geralmente entre o **5º e 7º dia após o evento agudo**, garantindo que o paciente esteja hemodinamicamente estável.

E se a profilaxia secundária falhar? Se o paciente volta a sangrar mesmo usando Carvedilol + Ligadura corretamente, temos uma falha terapêutica.

- A conduta de resgate é o **TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular)**. Ele é mais eficaz que a terapia endoscópica/medicamentosa para prevenir ressangramento, mas aumenta o risco de encefalopatia hepática, por isso é **reservado para falhas (resgate)** ou casos selecionados de altíssimo risco (TIPS precoce).

Questão Estratégica — De tudo um pouco



QUESTÃO AMP 2024

Dentre as principais causas de hemorragia digestiva alta, as varizes esofágicas e gástricas são comumente encontradas como fonte do sangramento em pacientes com hipertensão portal, em especial portadores de cirrose hepática. Sobre o tema, analise as alternativas abaixo e assinale a correta.

- A) Na vigência de sangramento alto proveniente de varizes esofágicas, a endoscopia digestiva alta deve ser realizada, porém sem necessidade de ligadura elástica se o paciente preferir o uso de beta bloqueadores via oral.
- B) A profilaxia primária de sangramento por varizes de esôfago deve ser feita de forma combinada, ou seja, terapia endoscópica associada a beta bloqueadores via oral.
- C) A hemorragia digestiva proveniente de varizes gástricas apresenta manejo endoscópico similar ao das varizes esofágicas, com a primeira linha de tratamento sendo a ligadura elástica.
- D) A profilaxia secundária de hemorragia digestiva por varizes esofágicas é na maioria das vezes realizada ou com terapia endoscópica ou com tratamento clínico, de forma não combinada.
- E) Em vigência de sangramento ativo por varizes esofágicas é imprescindível a realização de endoscopia digestiva alta para terapia endoscópica com associação posterior de fármaco endovenoso vasoativo, por exemplo, a terlipressina.

Comentário: Esta questão é excelente para revisar e diferenciar os três cenários clássicos das varizes: Profilaxia Primária, Tratamento Agudo e Profilaxia Secundária, além de diferenciar varizes esofágicas de gástricas. Vamos dissecar cada alternativa:

A) **INCORRETA** (Erro Crasso de Conduta): Na vigência de sangramento ativo (agudo), a prioridade é a **hemostasia**. A endoscopia com ligadura elástica é o padrão-ouro para parar o sangramento de forma mecânica. Betabloqueadores orais (como propranolol/carvedilol) são contraindicados na fase aguda, pois podem impedir a resposta taquicárdica compensatória à hipovolemia e precipitar hipotensão grave. Eles são usados apenas para prevenção a longo prazo, nunca para tratar o sangramento ativo.

B) **INCORRETA** (Erro de Excesso na Primária): Na profilaxia primária (paciente que nunca sangrou), a regra é escolha única. As diretrizes (AASLD/Baveno) recomendam Betabloqueador Não Seletivo **OU** Ligadura Elástica. A terapia combinada nessa fase não mostrou benefício de sobrevida superior que justificasse os efeitos adversos somados.

C) **INCORRETA** (Erro de Anatomia/Técnica): Varizes gástricas (especialmente as de fundo gástrico - IGV1 ou GOV2) têm manejo diferente. A ligadura elástica tem altas taxas de falha e ressangramento nesses casos (a banda cai e a úlcera sangra muito). O tratamento endoscópico de escolha para varizes gástricas é a **injeção de Cianoacrilato** (cola).

D) **INCORRETA** (Erro de Falta na Secundária): Na profilaxia secundária (paciente que já sangrou), a regra é **terapia combinada**. O risco de ressangramento é altíssimo (60% em 1 ano). Portanto, deve-se associar Ligadura Elástica **MAIS** Betabloqueador para máxima proteção.

E) **CORRETA**: O manejo da HDA varicosa aguda baseia-se no tripé: **Estabilização Hemodinâmica + Farmacológico (Terlipressina/Octreotide) + Endoscópico (Ligadura)**. As diretrizes recomendam iniciar o fármaco vasoativo o mais precocemente possível (idealmente antes da endoscopia, na suspeita) e mantê-lo por 2 a 5 dias após o procedimento para prevenir ressangramento precoce. A alternativa enfatiza a necessidade da terapia endoscópica associada ao fármaco, o que está perfeito.

Gabarito: Letra E



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Memorize a "Regra dos Três Tempos" das Varizes:

1. Nunca sangrou (Primária): Remédio OU Ligadura.
2. Está sangrando (Aguda): Estabilizar + Droga Vasoativa (Terlipressina) + Antibiótico + Ligadura.
3. Já sangrou (Secundária): Remédio **MAIS** Ligadura (Combo).

Revisão Final

Vamos amarrar tudo? A cirrose gera hipertensão portal. Isso leva a **varizes** (risco de HDA) e shunts que, somados à falência hepática, causam acúmulo de amônia (**EH**). Diante de um cirrótico **confuso**: investigue sangramento (HDA), infecção (PBE), constipação ou distúrbios eletrolíticos (K+ baixo). Trate com **Lactulose**. Diante de um cirrótico **sangrando**: Estabilize -> **Terlipressina + Ceftriaxona** -> EDA. **Não** faça betabloqueador agora. Deixe para a alta, junto com a programação de ligadura elástica seriada (profilaxia secundária).

Resumo em 1 minuto

- **Encefalopatia**: Gatilhos (HDA, infecção, hipocalcemia). Diagnóstico clínico (Flapping = Grau II). Tratamento = Lactulose (alvo 2-3 evacuações).
- **HDA Aguda**: ABC + Terlipressina + Ceftriaxona + EDA (Ligadura).
- **Profilaxia Primária (varizes grandes)**: Betabloqueador **OU** Ligadura.
- **Profilaxia Secundária (já sangrou)**: Betabloqueador **E** Ligadura.
- **TIPS**: Salva no sangramento incontrolável, mas causa Encefalopatia.

Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.

Clique Aqui!

Siga-nos

 @GrupoMEDReview

 @GrupoMED-Review

 @GrupoMEDReview



MED-REVIEW

