

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

GENERALIDADES

- **Estabilização clínica**
 - Nas primeiras 48h: avaliar diurese, não usar Ht.
- **Descobrir fonte e tratar**
 - Alta ou baixa: ligamento de Treitz (anatômico).
 - **HD alta (80%, mais grave):**
 - Clínica: hematêmese / melena.
 - 10 a 20% das hematoquezias são de origem alta.
 - Sonda nasogástrica: sangue.
 - Exame: EDA em 24h.
 - **HD baixa (20%, menos grave):**
 - Clínica: hematoquezia / enterorragia.
 - Sonda nasogástrica: líquido bilioso sem sangue.
 - Exame: colonoscopia.
- **Prevenir novos sangramentos**
 - Medicação
 - Endoscopia
 - Cirurgia

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1) ÚLCERA PÉPTICA

- **CLASSIFICAÇÃO DE FORREST**
 - Classe I: risco muito alto.
 - A: arterial.
 - B: babando.
 - Classe II:
 - A: vaso visível - risco alto.
 - B: coágulo - risco médio.
 - C: hematina - risco baixo.
 - Classe III: base clara, risco baixo.
- **TERAPIA CLÍNICA E ENDOSCÓPICA**
 - IBP / suspensão de AINE / trata-se *H. pylori*.
 - I-IIA/B: IBP IV + endoscopia (química / térmica / mecânica).
 - IIC-III-IV: apenas farmacológico.
- **TERAPIA CIRÚRGICA**
 - **Indicações:**
 - Falha endoscópica: 02 tentativas.
 - Choque refratário > 6U de sangue, hemorragia recorrente.
 - Hemorragia contínua > 3U/dia
 - **Cirurgia:**

- Pílorotomia + ulcerorrafia + vagotomia troncular + piloroplastia de Heineke-Mikulicz

2) VARIZES ESOFAGOGÁSTRICAS

- Pressão portal > 12 mmHg
- Reprodução cautelosa de volume
- **Drogas:** terlipressina, octreotida.
- **EDA:** ligadura elástica ou escleroterapia.
- **Profilaxia:** betabloqueador + ligadura + ATB por 07 dias.

3) LACERAÇÃO DE MALLORY-WEISS

- Vômitos vigorosos causam lacerações na junção esofagogástrica.
- 90% são AUTOLIMITADOS.

4) HEMOBILIA

- Sangramento proveniente da via biliar,
- **Causas:** trauma, cirurgia de via biliar, colangite.
- **Tríade de Sandblom:** hemorragia + dor em hipocôndrio direito + icterícia.
- **Exame:** arteriografia.

5) ECTASIA VASCULAR GÁSTRICA

- Estômago em melancia
- Mulher, cirrótico.
- **Clínica:** anemia ferropriva, perda paulatina de sangue. Tratamento: ferro.
- **Lesão de Dieulafoy:** artéria dilatada na submucosa do estômago, pode sangrar em jato, mais comum em HOMENS. Tratamento: EDA.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

- Hematoquezia = HD baixa **PROVÁVEL** (10-20% origem alta)
- Excluir doença anorretal em jovens, sem fatores de risco.
- Excluir HD alta.
- **Causas:**
 - **Divertículo:** Meckel em crianças e adolescentes.
 - **Displasia:** principal causa de sangramento oculto (delgado).
 - **Câncer**
- **Exame:** colonoscopia diagnóstica ou cintilografia com hemáceas marcadas.
- **Tratamento:** colonoscopia terapêutica ou arteriografia.
 - Refratário = colectomia total / subtotal.

DOENÇAS ANORRETAIS

- Avaliação da região anal: posição de Sims, genupeitoral e litotomia modificada.
- Retossigmoidoscopia e anuscopia.
- **Causas:**
 - **Hemorroidas:**
 - **Clínica:** sangramento INDOLOR e prurido.
 - **Internas:** acima da linha pectínea.
 - Grau 1: sem prolapso
 - Dieta e higiene local
 - Grau 2: redução espontânea.
 - Ligadura elástica
 - Escleroterapia / fotocoagulação
 - Grau 3: redução digital.
 - Idem Grau 2.
 - Grau 4: sem redução.
 - Hemorroidectomia.
 - **Externas:** abaixo da linha pectínea.
 - Dieta e higiene local
 - Excisão se trombose < 72h
 - **Fissura anal:**
 - **Clínica:** sangramento DOLOROSO à evacuação.
 - Local das fissuras: linha média posterior. Fora da linha média, tem causa secundária (Doença de Crohn).
 - **Agudas:**
 - Dieta / higiene / analgesia / corticoide.
 - **Crônicas (>3-6 sem):**
 - Fissura -> hipertonia -> menor vascularização -> fissura
 - Relaxante esfíncteriano: nitrato, bloqueador do canal de cálcio.
 - Esfíncterotomia interna lateral em casos refratários.
 - **Abscesso:**
 - **Clínica:** dor perianal + febre.
 - Complicação de pacientes idosos, diabéticos, imunodeprimidos => pode complicar.
 - Avaliação de urgência e drenagem de urgência.
 - Complicação: fistula anal (+ comum interesfínctérica).
 - **Regra de Goodsall-Salmon**
 -