

ESCLEROSE ENDOSCÓPICA DAS VARIZES ESOFÁGICAS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERTENSÃO PORTAL EM PACIENTES COM ESQUISTOSSOMOSE HEPATOESPLÊNICA

DESCRITORES – Varizes esofágicas e gástricas. Escleroterapia. Hipertensão portal. Esquistossomose.

Na evolução da síndrome da hipertensão portal, a hemorragia conseqüente à ruptura das varizes esofágicas continua sendo a complicação mais temida. No nosso meio, o estudo da hipertensão portal assume importância pela alta incidência da esquistossomose mansônica, estimada em 3 a 4 milhões de pessoas parasitadas⁽¹²⁾. Com o programa de controle da esquistossomose, implantado no Brasil em 1975, foram tratados com esquistossomicidas cerca de 11 milhões de indivíduos, em especial nos Estados nordestinos⁽⁵⁾. Provavelmente, em decorrência deste programa, temos observado na última década, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, redução significativa de pacientes com esquistossomose na fase hepatoesplênica. E temos observado, também, que muitos destes pacientes nesta fase da doença apresentam associação com a hepatite viral.

Portadores da forma hepatoesplênica da esquistossomose mansônica, são normalmente jovens, com boa reserva funcional hepática e a mortalidade está diretamente relacionada à hemorragia pela ruptura das varizes esofágicas. O tratamento para a profilaxia da recidiva hemorrágica é, habitualmente, cirúrgico. Porém, com a difusão da escleroterapia endoscópica das varizes esofágicas, este método endoscópico, também tem sido empregado como opção terapêutica. Entretanto, tem-se observado na avaliação tardia que a recidiva das varizes

esofágicas pode ocorrer em até 62,2% dos casos e recidiva hemorrágica em até 28,1%^(2,3).

A cirurgia para hipertensão portal em esquistossomóticos é uma eventualidade muito comum no nosso meio, com indicação muito mais freqüente do que nos pacientes cirróticos. As recidivas hemorrágicas na fase tardia do pós-operatório podem ocorrer em até 66% dos casos⁽¹¹⁾. No nosso estudo⁽¹⁰⁾ comparativo em pacientes com esquistossomose com e sem cirurgia prévia para hipertensão portal, a escleroterapia das varizes hemorrágicas foi mais efetiva no primeiro grupo. O controle definitivo da hemorragia foi obtido em 97% dos pacientes previamente operados e em 72% dos pacientes sem cirurgia prévia. O número de sessões de escleroterapia para erradicação das varizes foi menor no primeiro grupo, assim como o índice de complicações. Estes resultados apresentaram-se com diferença estatística significativa. E, analisando-se os tipos de cirurgia realizada, observou-se que aproximadamente 90% dos pacientes submeteram-se a esplenectomia simples ou associada a outras técnicas cirúrgicas. Assim, estes resultados, aparentemente, confirmam as conclusões já obtidas em décadas passadas de que a esplenectomia prévia melhora a eficácia da escleroterapia pela redução do fluxo portal⁽⁷⁾. Em especial nos pacientes esquistossomóticos, a artéria esplênica, assim como as veias esplênicas e porta, apresentam-se constantemente dilatadas. Este fato se deveria à acentuada

esplenomegalia e, em consequência, verifica-se o aumento do fluxo portal. Assim sendo, PAES-ALVES et al.⁽⁸⁾ observaram redução de até 63% da pressão venosa portal após a esplenectomia, em pacientes com esquistossomose.

LEONARDI et al.⁽⁶⁾ preconizaram a escleroterapia com início 30 dias após a esplenectomia e desconexão ázigo-portal externa, em pacientes com esquistossomose hepatoesplênica, como medida profilática, objetivando erradicar as varizes remanescentes. PUGLIESE⁽⁹⁾, em estudo com 83 pacientes, iniciou com a escleroterapia 60 dias após a esplenectomia e desconexão ázigo-portal. No período de seguimento (46 meses) observou recidiva hemorrágica em dois pacientes, ainda na fase de escleroterapia e sem erradicação das varizes.

O artigo de FERRAZ et al.⁽⁴⁾, publicado neste número dos ARQUIVOS de GASTROENTEROLOGIA, enfatiza o tratamento combinado da cirurgia com a endoscopia. Embora seja estudo retrospectivo, demonstra a validade da complementação com escleroterapia na erradicação das varizes remanescentes. Estimava-se que o índice de recidiva hemorrágica pelas varizes deveria, portanto, ser menor em relação ao grupo não submetido a escleroterapia. Este fato não ocorreu, tendo em vista a erradicação das varizes em apenas 52,7% dos pacientes. Portanto, a quase metade dos pacientes restantes ficaram vulneráveis à recidiva hemorrágica.

Não há consenso em relação a escleroterapia profilática das varizes esofágicas após o tratamento cirúrgico da hipertensão portal. CÁPUA Jr e SZUTAN⁽¹⁾ não concordam com a adoção rotineira desta medida terapêutica, justificando-se a escleroterapia apenas nos casos que ocorram a recidiva hemorrágica. Na realidade, como medida profilática é compreensível que muitos dos pacientes com varizes esofágicas remanescentes receberiam o tratamento endoscópico mesmo sem os riscos de recidiva hemorrágica. Este argumento poderia não se adequar à situação da realidade sócio-econômica a que pertencem os pacientes

da casuística referida pelos autores do artigo publicado. Certamente, os pacientes nestas condições receberiam com o tratamento escleroterápico, uma proteção a mais contra a recidiva hemorrágica, porquanto a ocorrência desta complicação seria imprevisível. O ideal seria se dispuséssemos de acessórios como o “varipress”, que permite a medida da pressão intravaricosa e os pacientes pudessem ter o acompanhamento endoscópico periódico. E havendo a elevação da pressão intravaricosa acima de 13 mm Hg nos controles endoscópicos periódicos, a escleroterapia poderia ser indicada com precisão, porquanto acima da qual há riscos de ruptura varicosa.

Concordamos plenamente com os autores, quanto a necessidade da erradicação das varizes esofágicas como passo fundamental na prevenção de futuros episódios hemorrágicos. Vários fatores são influenciados na adesão dos pacientes a um programa de erradicação das varizes esofágicas através da escleroterapia. Um deles é a sensação dolorosa e o desconforto proporcionado pelo procedimento, e o outro é a necessidade de várias sessões no processo de erradicação das varizes. Acreditamos que a introdução da ligadura elástica no campo do tratamento endoscópico das varizes esofágicas, veio facilitar o procedimento, tornando-o mais efetivo com menor número de sessões e mais tolerável ao paciente.

Na fase aguda da hemorragia em esquistossomóticos, a nossa conduta atual é pela ligadura elástica das varizes como primeira opção. Caso esta não seja possível, efetuamos escleroterapia. Ambos os métodos substituem com vantagem o uso do balão esofágico e suas complicações. Entretanto, após o controle da hemorragia na fase aguda, os pacientes são encaminhados ao tratamento cirúrgico da hipertensão portal. A continuidade do tratamento endoscópico é dada no pós-operatório ou, em paciente com contra-indicação cirúrgica, até a erradicação completa das varizes.

Paulo Sakai*

Sakai P. Endoscopic esophageal varices sclerotherapy post-surgical treatment for portal hypertension in patients with hepatosplenic schistosomiasis. *Arq Gastroenterol* 2001;38(2):81-83.

HEADINGS – Esophageal and gastric varices. Sclerotherapy. Hypertension, portal. Schistosomiasis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cápua Jr A, Szutan LA. Desconexão ázigo-portal e esplenectomia mais escleroterapia no tratamento da hipertensão portal. In: Abrantes W, editor. Hipertensão portal – estado atual. *Clin Bras Cir* 1995;2(1):231-42.
2. Colleoni-Neto R. Avaliação tardia de doentes esquistossomóticos não operados após erradicação por escleroterapia endoscópica de varizes hemorrágicas do esôfago [tese de doutoramento]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
3. Cordeiro F. Variceal sclerosis in schistosomotic patients: a 5-year follow-up study. *Gastrointest Endosc* 1990;36:475-8.
4. Ferraz AAB, Lopes EP de A, Barros FM do R, Sette MJA, Arruda SMB, Ferraz EM. Esplenectomia com ligadura da veia gástrica esquerda e desvascularização da grande curvatura do estômago no tratamento da esquistossomose hepatoesplênica. É necessária a escleroterapia endoscópica pós-operatória? *Arq Gastroenterol* 2001;38:84-88 .
5. Lambertucci J, Serufo JC. Esquistossomose mansônica. In: Gayoto LC, editor. Doenças do fígado e vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001. p.815-35.

* Professor Livre-Docente do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Supervisor do Serviço de Endoscopia Gastrointestinal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

6. Leonardi LS, Boin IFS, Brandalise NA, Andreollo NA, Callejas NF, Andrade RG, Pareja JC. Results of the azigo-portal disconnection and splenectomy associated with sclerotherapy in schistosomiasis. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1988; 4:99-103.
7. MacBeth C. Treatment of oesophageal varices in portal hypertension by means of sclerosing injections. *Br Med J* 1955;2:877-80.
8. Paes-Alves CA, Alves AR, Abreu WN, Andrade AA. Hepatic artery hypertrophy and sinusoidal hypertension in advanced schistosomiasis. *Gastroenterology* 1977;72:126-8.
9. Pugliesi V. Desconexão ázigo-portal e esplenectomia associada à escleroterapia endoscópica no tratamento das varizes do esôfago na esquistossomose hepatoesplênica [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1966.
10. Sakai P, Boaventura S, Ishioka S, Mies S, Sette H, Pinotti HW. Sclerotherapy of bleeding varices in schistosomiasis – comparative study in patients with and without previous surgery for portal hypertension. *Endoscopy* 1990;22:5-7.
11. Strauss E. Hipertensão portal esquistossomótica: análise evolutiva de intercorrências, dados endoscópicos e laboratoriais em estudo randomizado comparando três tipos de cirurgia [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1989.
12. World Health Organization. The control of schistosomiasis. Geneva: WHO; 1993. (WHO Technical Report Series nº 830).