

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PORTAL: o caminho teve agora um novo e bom recomeço, mas ainda será longo e árduo

DESCRITORES - Hipertensão portal. Hemorragia gastrointestinal. Varizes esofágicas e gástricas. Peptídios.

A abordagem terapêutica das varizes de esôfago rotas, na fase aguda de sangramento ativo, sofreu imensas mudanças conceituais nos últimos anos tanto no aspecto cirúrgico, e principalmente, quanto da utilização de medidas clínicas, com o surgimento de novas drogas vasoativas⁽³⁾.

Nas décadas de 60-80 predominou, no sangramento ativo por varizes de esôfago, o conceito de que as varizes deveriam ser abordadas diretamente. Neste conceito, basicamente todo o tratamento visava ação mecânica sobre as varizes do esôfago, isto é, baseado no balão de Sengstaken-Blakemore e na falha deste, nas intervenções cirúrgicas, estas últimas objetivando descomprimir o território portal, através de “shunts” portosistêmicos globais ou de derivações seletivas, principalmente nos países de língua inglesa ou através de desconexões ázigo portais e esplenectomia. Os resultados eram muito próximos dos catastróficos, com o agravante de que operávamos no sentido contrário do que o bom senso hoje mostra. Ou seja, eram submetidos a tratamento cirúrgico aqueles que não respondiam às medidas iniciais ou por grave doença hepática, ou por gradiente hepatoportal muito elevado e que quando chegavam ao centro cirúrgico possuíam péssima reserva hepática, dano potencializado pelo sangramento decorrente da hipertensão portal e pela demora na indicação cirúrgica, fatores hoje reconhecidamente aceitos de mau prognóstico quanto à sobrevida no pós-operatório^(4, 9).

Estes resultados desfavoráveis forçaram a busca de novas soluções para o problema, tendo, na década de 80, a escleroterapia endoscópica ocupado lugar de destaque no cenário do sangramento digestivo por hipertensão portal. A abordagem endoscópica evoluiu muito, em função de novas opções, tais

como a ligadura elástica, mas não conseguiu resolver o problema em 20-30% dos pacientes, provavelmente aqueles com grave doença hepática ou com gradiente hepatoportal elevado, acima de 12 mm H₂O⁽²⁾. Assim é que, nesta década ficou claro que aqueles pacientes que não tinham seu sangramento interrompido, necessitavam de nova opção terapêutica, espaço ocupado pelas drogas vasoativas e pelo “trasjugular intrahepatic porto-systemic shunt” (TIPS), este último reservado àqueles com indicação de transplante hepático. Como o TIPS é procedimento que envolve alta tecnologia, caro e ainda acessível a poucos centros em nosso País, a utilização de drogas vasoativas, isolada ou associadamente à escleroterapia, é assunto de enorme interesse atual, por oferecer resultados terapêuticos muito satisfatórios, muito semelhante, no sangramento ativo, ao TIPS e à escleroterapia de urgência^(1, 3, 7).

A literatura, conforme observado em estudos de metanálise, mostra que o uso de drogas é eficaz no tratamento de hemorragia digestiva alta (HDA) por varizes de esôfago rotas (VER), devendo sempre ser utilizada nas rotinas dos serviços especializados ou de emergência^(3, 4, 6).

No presente número dos ARQUIVOS de GASTROENTEROLOGIA, o artigo Escleroterapia vs. Somatostatina⁽⁸⁾, demonstra de forma muito nítida que as drogas vasoativas desempenham hoje papel definitivo no tratamento da HDA por VER, também em nossos pacientes. O estudo, prospectivo e pioneiro com este alinhamento metodológico no Brasil, analisou grupo de pacientes semelhantes, comparando dois métodos estabelecidos de tratamento, demonstrando que o grupo somatostatina teve os mesmos resultados que os pacientes tratados pela escleroterapia das varizes esofágicas

(EE). Este fato deve ser analisado sobre alguns aspectos particulares mas de grande impacto, no envolvimento socioeconômico do problema.

Nos doentes tratados com somatostatina, observou-se menor uso de hemoderivados, o que termina compensando o uso dessas drogas, sabidamente caras. Outros fatores devem ser também avaliados dentro deste prisma, tais como tempo de permanência em unidade de terapia intensiva e no hospital, uso de drogas vasoativas e de antibióticos, etc., para avaliação do custo-benefício de ambas as formas de tratamento, para que também estes aspectos ponderem quanto à avaliação final do problema.

Por ser efetivamente estabelecido que o uso de drogas vasoativas é benéfico, alguns países do primeiro mundo passaram a utilizar-se de drogas vasoativas nas ambulâncias, para que elas fossem administradas já no atendimento domiciliar, com o intuito de evitar piora da função hepática e todos os aspectos associados à perpetuação da HDA⁽⁵⁾.

Outro aspecto ainda indefinido é quanto ao período de administração dessas drogas. No trabalho de RAMIRES et al.⁽⁸⁾ observou-se recidiva ou falha terapêutica após 48 horas e no sétimo dia, mostrando que talvez esses pacientes devam receber drogas vasoativas por via EV, inicialmente, e após, por VO ou SC, por período mais longo na tentativa de impedir este tipo de falha terapêutica.

Outra dúvida importante é quanto à realimentação desses pacientes, pois sabemos que esta aumenta em cerca de 40% o fluxo de veia porta, devendo, os mesmos na época da realimentação, estarem normovolêmicos e fazendo uso de drogas vasoativas em doses terapêuticas, recomendando-se que o propranolol deva ser iniciado somente após estabilização hemodinâmica dos pacientes assim tratados.

Embora particularidades sobre o que fazer após a interrupção do sangramento ainda não estejam totalmente clareadas e definidas, existe amplo campo para estudo nessa linha de pesquisa, ficando bem estabelecido por esta publicação e por farta literatura médica pertinente, que a utilização de drogas vasoativas é eficaz e deverá ser

iniciada o mais precoce possível. Por quanto tempo usar é outra questão a ser definida. Possivelmente a utilização do gradiente hepatoportal, naqueles com recidiva precoce, possa ser dado importante na orientação terapêutica imediata e, a posteriori, do grupo que escapou à terapêutica inicial com drogas vasoativas^(2,9). Aqueles doentes com gradiente hepatoportal muito acima dos 12 cm H₂O, provavelmente deverão ser tratados pelo TIPS ou por "shunts" portossistêmicos de imediato, antes que a função hepática se deteriore por episódios repetitivos de sangramento.

Embora tenhamos evoluído mais na compreensão e, por conseguinte, na terapêutica deste grupo particular de pacientes, existe grande espaço para o surgimento de novas drogas vasoativas, de maior efetividade na redução da pressão portal, de mais fácil utilização e, principalmente para nós do Brasil, mais baratas.

Enfim, em decorrência das melhores condições de tratamento e de suporte na emergência, a parcela de pacientes graves aumentou e é, provavelmente, deles que estamos aqui especificamente discutindo. Por terem doença tão grave e de tão alta complexidade, estes doentes, na maioria das vezes, deverão ser encaminhados para transplante hepático com presteza, recomendando-se centros especializados no tratamento de doenças do fígado, compostos por equipes multidisciplinares formadas por hepatologistas, cirurgiões do fígado, intensivistas, radiologistas intervencionistas, clínicos, endoscopistas, nutrólogos, fisioterapeutas, etc. Somente com esta organização funcional poderemos acrescentar algo a pacientes com doença que compromete, de modo tão extenso e complexo, o organismo humano.

Luiz Augusto Carneiro **D'ALBUQUERQUE***

Adávio de **OLIVEIRA e SILVA****

D'Albuquerque LAC, Oliveira e Silva A de. Portal hypertension treatment: the road had a new and good rebuilding but still long and hard. Arq Gastroenterol 2000;37(3):145-147.

HEADINGS - Portal hypertension. Gastrointestinal hemorrhage. Esophageal and gastric varices. Peptides.

* Professor Associado do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor Cirúrgico do Centro Terapêutico Especializado em Fígado – CETEFI do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP.

** Livre-Docente pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. Diretor Clínico do CETEFI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Besson I, Ingrand P, Person B, Boutroux D, Heresbach D, Bernard P, Hochain P, Larricq J, Gourlaouen A, Ribard D, Kara NM, Legoux J-L, Pillegand B, Becker M-C, Di Costanzo J, Metreau J-M, Silvain C, Beauchant M. Sclerotherapy with or without octreotide for acute variceal bleeding. *N Engl J Med* 1995;333:555-60.
2. Castañeda B, Debernardi-Venon W, Bandi J-C, Andreu V, Pérez-del-Pulgar S, Moitinho E, Pizcueta P, Bosch J. The role of portal pressure in the severity of bleeding in portal hypertensive rats. *Hepatology* 2000;31:581-6.
3. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of portal hypertension: a meta-analytic review. *Hepatology* 1995;22:332-53.
4. Escorsell A, Bordas JM, Castañeda B, Llach J, García-Pagán JC, Rodés J, Bosch J. Predictive value of the variceal pressure response to continued pharmacological therapy in patients with cirrhosis and portal hypertension. *Hepatology* 2000;31:1061-7.
5. Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut* 2000;46 Suppl.3:III1-III15.
6. Li MK-K, Sung JJ-Y, Woo K-S, Sanderson J, Leung NW-Y, Yu L-M, Tsui C-P, Chung S-CS, Leung FW. Somatostatin reduces gastric mucosal blood flow in patients with portal hypertensive gastropathy. A randomized, double-blind crossover study. *Dig Dis Sci* 1996;41:2440-6.
7. Primignani M, Andreoni B, Carpinelli L, Capria A, Rocchi G, Lorenzini I, Staudacher C, Beretta L, Motta R, Franchis R de, The New Italian Endoscopic Club. Sclerotherapy plus octreotide versus sclerotherapy alone in the prevention of early rebleeding from esophageal varices: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Hepatology* 1995;21:1322-7.
8. Ramires RP, Zilz CK, Mattos AA de. Escleroterapia versus somatostatina na hemorragia digestiva alta por ruptura de varizes esofágicas. *Arq Gastroenterol* 2000;37:148-54.
9. Zervos EE, Goode SE, Rosemurgy AS. Small-diameter H-graft portacaval shunt reduces portal flow yet maintains effective hepatic blood flow. *Am Surg* 1998;64:71-6.