

TRATAMENTO DA RECIDIVA HEMORRÁGICA POR VARIZES DO ESÔFAGO EM DOENTES ESQUISTOSSOMÓTICOS OPERADOS

* JOSÉ CESAR ASSEF, ARMANDO DE CAPUA JUNIOR, LUIZ ARNALDO SZUTAN

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.

RESUMO – OBJETIVO. Padronizar o tratamento da recidiva hemorrágica por varizes do esôfago em esquistossomóticos, após operações não-derivativas.

MÉTODOS. Tratamos 45 doentes esquistossomóticos que apresentaram recidiva hemorrágica por varizes do esôfago. Realizamos ultra-sonografia abdominal, e, estudos angiográficos constituindo-se dois grupos: Grupo A – Dezenove doentes (42,2%) com ausência do baço, artéria esplênica ocluída e artéria e veia gástricas esquerdas pérvias, caracterizando a esplenectomia na operação anterior. Grupo B – Vinte e seis doentes (57,8%) com imagem esplênica ausente, artérias esplênica e gástrica esquerda ocluídas e veia gástrica esquerda não-opacificada, evidenciando esplenectomia e alguma forma de desvascularização gastroesofágica praticadas anteriormente. Os doentes do Grupo A foram reoperados para executar a desvascularização gastroesofágica e os do Grupo B, submetidos a programa de escleroterapia endoscópica.

RESULTADOS. No Grupo A, um paciente (5,3%) apresentou recidiva hemorrágica no pós-operatório tardio. Na avaliação endos-

cópica final, as varizes esofágicas diminuíram, em número ou calibre, em 14 doentes (73,7%), desapareceram em três (15,8%) e em dois (10,5%), permaneceram inalteradas. No Grupo B, seis pacientes (23,1%) apresentaram recidiva do sangramento, controlada em quatro deles e em dois, que persistiram com sangramento praticou-se a derivação mesentérico-cava e ambos morreram. Na última avaliação endoscópica, as varizes esofágicas desapareceram em 17 doentes (65,4%), reduziram o número ou calibre em sete (26,9%) e, em dois (7,7%), permaneceram inalteradas.

CONCLUSÕES. 1) A desvascularização gastroesofágica é adequada para os doentes esplenectomizados, com a artéria e a veia gástricas esquerdas pérvias. 2) Um programa de longa duração de escleroterapia endoscópica das varizes do esôfago pode ser uma opção para os doentes esplenectomizados, com a artéria gástrica esquerda ocluída e veia gástrica esquerda não-opacificada.

UNITERMOS: Esquistossomose. Hipertensão Portal. Varizes Esofágicas.

INTRODUÇÃO

O sangramento das varizes esofago-gástricas é uma das principais complicações da hipertensão portal¹ e diversos métodos operatórios e não-operatórios têm sido propostos para seu tratamento.

Apesar dos grandes avanços da terapêutica endoscópica, para os doentes com hipertensão portal esquistossomótica que sangram, ao menos uma vez, por varizes esofago-gástricas, hoje em dia, a preferência ainda recai sobre o tratamento cirúrgico²⁻⁶.

Diversas técnicas, derivativas e não-derivativas, foram descritas e ainda discute-se muito qual a melhor opção cirúrgica para esses doentes.

Uma das principais complicações dos métodos operatórios é a recidiva hemorrágica, pois nenhum deles a elimina.

Embora seguidos de incidência não desprezível de recidiva hemorrágica, os métodos não-derivativos, sobretudo as desvascularizações esofagogástricas com esplenectomia, têm grande aceitação no tratamento da hipertensão portal esquistossomótica. Até a esplenectomia isolada, não aceita como tratamento eficaz na hipertensão portal pela proibitiva incidência de recidiva hemorrágica^{7,9}, é por vezes utilizada, provavelmente em virtude da facilidade técnica.

Os ressangramentos, após operações não derivativas, ocorrem em períodos de tempo variáveis e diferentes fatores podem estar envolvidos¹⁰.

Entendemos que, para o tratamento adequado dos doentes esquistossomóticos com recidiva hemorrágica, após operações

não-derivativas, é fundamental conhecer os fatores responsáveis pelo ressangramento e aspectos técnicos da operação realizada anteriormente.

Obtidos estes dados, através de endoscopia digestiva alta, ultra-sonografia abdominal e estudos angiográficos do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, praticamos o tratamento destes doentes. O objetivo do presente trabalho é analisar os resultados do tratamento eletivo padronizado da recidiva hemorrágica por varizes do esôfago, após operações não-derivativas, em doentes com hipertensão portal esquistossomótica.

MÉTODOS

De 1987 a 1995, 67 doentes com hipertensão portal esquistossomótica e recidiva hemorrágica, anteriormente submetidos à cirurgia também por hemorragia digestiva alta, foram internados no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da

*Correspondência:

Rua Estado de Israel, 435 – apto. 132
04022-001 – São Paulo – SP

Santa Casa de São Paulo. Destes, 45 (67,2%) puderam ser tratados e seguidos, constituindo o objeto do presente estudo. Vinte e cinco (55,6%) eram do sexo feminino e 20 (44,4%), masculino.

Todos foram atendidos, inicialmente, no serviço de emergência, durante surto de hemorragia digestiva alta. Foram submetidos a esofagogastroduodenoscopia, que mostrou varizes do esôfago nos 45 doentes, e em todos eram as responsáveis pelo sangramento, o qual pode ser controlado por escleroterapia ou por tamponamento com balão de Sengstaken – Blakemore. Nove (20%) apresentavam também varizes do fundo gástrico, sem sinais de sangramento.

Após controle do surto hemorrágico agudo, realizaram-se exames laboratoriais (bilirrubinas e transferases plasmáticas, proteínas totais e frações, atividade da protrombina) e biópsia hepática por punção transparietal mostrando fibrose periportal característica da esquistossomose.

Realizaram-se ainda ultra-sonografia abdominal, arteriografia seletiva do tronco celíaco e fase venosa da arteriografia da mesentérica superior para determinar-se os fatores responsáveis pela recidiva hemorrágica e os aspectos técnicos da operação anterior, para definição terapêutica. Constituiu-se dois grupos para tratamento eletivo:

- Grupo A – Dezenove doentes (42,2%) com ausência da imagem do baço, artéria esplênica ocluída e artéria e veia gástrica esquerdas pérvias, caracterizando a esplenectomia na operação anterior. Todos foram reoperados e submetidos a desvascularização gastroesofágica incluindo a ligadura dos vasos gástricos esquerdos da veia gástrica posterior quando presente, vagotomia troncular, piloroplastia extra-mucosa e funduplicatura à Lortat – Jacob.
- Grupo B – Vinte e seis doentes (57,8%) com imagem esplênica ausente, artérias esplênica e gástrica esquerda ocluídas e veia gástrica esquerda não-opacificada, evidenciando esplenectomia e alguma forma de desvascularização gastroesofágica praticadas anteriormente.

Foram submetidos a programa de escleroterapia endoscópica das varizes do esôfago, ambulatorialmente, pela técnica intravaricosa, utilizando-se como escler

Tabela I – Classificação endoscópica das varizes esofágicas do GRUPO A

Grupo A	Antes da recuperação			Última avaliação			Tempo de segmento
	Caso	VEG	VEMC	VEFC	VEGC	VEMC	VEFC
2	1	2	1	0	1	0	123
3	1	1	1	0	1	1	122
5	2	1	0	0	0	2	117
8	3	0	0	0	0	3	107
9	1	1	1	0	0	0	106
12	0	3	0	0	3	0	101
15	2	0	0	0	1	1	97
17	2	1	0	0	0	2	86
20	3	0	0	1	0	1	87
23	0	2	1	0	0	0	76
25	2	1	0	0	0	1	67
26	2	0	0	0	0	1	64
30	0	2	1	0	0	0	55
33	1	3	0	0	1	1	54
34	1	2	0	1	0	1	50
38	3	0	1	0	0	2	40
40	1	1	2	0	1	1	39
41	2	1	0	0	1	1	34
44	0	2	1	0	2	1	32

VEGC = Varizes do esôfago de grosso calibre; VEMC = Varizes do esôfago de médio calibre; VEFC = Varizes do esôfago de fino calibre.

rosante a solução aquosa de oleato de monoetanolamina a 2,5%, repetido a cada duas semanas, até o desaparecimento ou redução do calibre dos vasos com espessamento da mucosa esofágica.

Após o tratamento, cada grupo foi avaliado quanto às comparações dos resultados dos exames laboratoriais e aspecto endoscópico das varizes do esôfago, antes do tratamento, com aqueles obtidos tardiamente após a terapêutica.

O acompanhamento tardio dos 45 doentes foi em média de 72,9 meses (24 meses a 124 meses). No grupo A, o tempo médio foi de 76,7 meses (32 – 123 meses) e no grupo B, 70,2 meses (24 – 124 meses).

Como método estatístico testou-se as variáveis utilizadas para estudo dos exames laboratoriais pelo teste t de Student pareado comparando-se os valores, antes do tratamento com aqueles obtidos na avaliação tardia, após a terapêutica. Na análise do aspecto das varizes esofágicas, utilizamos o teste de postos sinalizados de Wilcoxon. Aplicamos o teste exato de Fisher comparando, antes do tratamento e tardiamente após a terapêutica, o desaparecimento das varizes esofágicas. Todos os testes com significância de 5%.

RESULTADOS

I – Grupo A

1.1 – Recidiva Hemorrágica

Um paciente (5,3%) apresentou recidiva do sangramento no pós-operatório tardio (dois anos), por varizes esofágicas, controlada por escleroterapia.

1.2 – Exames laboratoriais

As análises estatísticas, no que se refere aos valores das transferases plasmáticas, das bilirrubinas total e indireta e da albumina, não mostraram diferenças significativas nas comparações entre os períodos pré e pós-operatório tardio. Houve aumento estatisticamente significativo dos valores da atividade da protrombina no pós-operatório tardio, comparativamente aos anteriores à cirurgia.

1.3 – Aspecto final das varizes esofágicas

Na última avaliação endoscópica, constatou-se que as varizes esofágicas haviam diminuído, em número ou calibre, em 14 dos doentes (73,7%) dos doentes, desaparecido em três (15,8) e em dois (10,5%), permanecendo inalteradas (Tabela I).

Observou-se diminuição significativa do total de varizes ($p < 0,001$), redução significativa do número de varizes de grosso

($p < 0,001$) e médio ($p = 0,007$) calibre e aumento significativo daquelas de fino ($p = 0,044$). O desaparecimento dos cordões varicosos no pós-operatório mostrou-se não significativo.

1.4 – Complicações e mortalidade.

No pós-operatório imediato, ocorreu ascite em um doente (5,3%), febre em um (5,3%) e infecção pulmonar em outro (5,3%). Todos evoluíram satisfatoriamente. Não houve óbito neste grupo.

2 – Grupo B

2.1 – Recidiva hemorrágica.

Seis doentes (23,1%) apresentaram recidiva do sangramento. Em um, decorrente de queda de escara e úlcera esofágica. Decorreram-se 12 dias entre o início do programa de escleroterapia e a recidiva, que cessou espontaneamente.

Em outros cinco pacientes, a recidiva ocorreu por “ruptura” das varizes esofágicas. O período ocorrido entre o início do tratamento e a recidiva hemorrágica foi de 20 dias, 25 dias, 2 meses, 24 meses e 46 meses. Em três deles, controlamos a hemorragia na urgência com escleroterapia endoscópica ou tamponamento com balão esofágico e, posteriormente, foram submetidos, segundo o programa, a novas sessões de esclerose, com boa evolução.

Nos outros dois, não houve sucesso com o método endoscópico e foram operados, realizando-se derivação mesentérico-cava e ambos morreram no pós-operatório.

2.2 – Exames laboratoriais.

As análises estatísticas, no que se refere aos exames laboratoriais, não mostraram diferenças significativas na comparação dos valores antes do tratamento e tardiamente depois da terapêutica.

2.3 – Aspecto final das varizes esofágicas.

Na última avaliação endoscópica, observou-se que as varizes esofágicas haviam desaparecido em 17 doentes (65,4%), reduzido o número ou calibre em sete (26,9%) e em dois (7,7%), permanecido inalteradas (Tabela 2).

Constatou-se redução significativa do número das varizes de todos os calibres, porém seu desaparecimento foi não significativo.

2.4 – Complicações e mortalidade.

Doze pacientes (46,1%) referiram dor retroesternal. Três (11,5%) apresentaram odinofagia.

Tabela 2 – Classificação endoscópica das varizes esofágicas do Grupo B

Grupo A	Antes da recuperação			Última avaliação			Tempo de segmento Meses
	VEG	VEMC	VEFC	VEGC	VEMC	VEFC	
Caso							
1	0	3	0	0	1	1	124
4	0	1	1	0	0	0	118
6	0	1	1	0	0	0	117
7	0	2	1	0	0	0	115
10	0	1	1	0	0	0	108
11	0	3	1	0	0	2	103
13	0	1	2	0	0	0	103
14	2	1	0	0	0	2	99
16	4	0	0	0	2	1	24(óbito)
18	0	1	1	0	0	0	90
19	2	2	0	2	2	0	46(óbito)
21	0	1	2	0	0	0	85
22	0	3	0	0	0	0	76
24	0	1	2	0	0	0	68
27	0	2	0	0	0	0	62
28	0	1	1	0	0	0	61
29	0	2	1	0	0	0	57
31	2	0	1	0	1	1	56
32	0	1	1	0	1	1	53
35	1	1	1	0	0	0	48
36	0	1	1	0	0	0	43
37	1	0	2	0	1	1	39
39	0	2	1	0	0	2	36
42	0	2	1	0	0	0	32
43	1	1	0	0	0	0	30
45	0	1	1	0	0	0	30

VEGC = Varizes do esôfago de grosso calibre; VEMC = Varizes do esôfago de médio calibre; VEFC = Varizes do esôfago de fino calibre.

Quatro (15,4%) desenvolveram úlceras esofágicas. Dois (7,7%) apresentaram febre entre 37,5°C e 38,8°C. Dois doentes (7,7%) morreram, aqueles que se submeteram à derivação mesentéricocava.

DISCUSSÃO

Antes de instituímos o tratamento eletivo do doente com hipertensão portal esquistossomótica, já operado anteriormente, que apresenta recidiva hemorrágica, executamos uma sistematização de conduta que inclui a ultrassonografia abdominal e estudo angiográfico do tronco celíaco e da artéria mesentérica superior, cujos achados e interpretações já foram publicados anteriormente¹¹.

Grupo A – Reoperação para desvascularização gastroesofágica

Os achados angiográficos e ultra-sonográficos foram confirmados durante a reoperação, pois constatamos a ausência do baço, artéria e veia gástricas esquerdas não ligadas e,

ainda, ausência de sinais de manipulação cirúrgica do esôfago distal (membrana frenoesofágica íntegra) e concluímos por esplenectomia isolada. Em dois (10,5%), encontramos ainda a veia gástrica posterior. Piras & Silva (1998)¹², estudando peças anatômicas obtidas de cadáveres humanos, encontraram a veia gástrica posterior, proveniente do fundo gástrico, em 57,89% das peças.

Nestes doentes, a recidiva hemorrágica pode ter ocorrido pelos mesmos motivos anteriores à operação, pois a esplenectomia isolada não seria suficiente para corrigi-los e ainda determinaria aumento do fluxo das colaterais gastroesofágicas devido à interrupção das colaterais peri-esplênicas¹³⁻¹⁵.

Lin & Shan (1992)¹⁶ avaliaram os efeitos da esplenectomia na pressão portal de ratos com hipertensão portal, observando que a pressão caía imediatamente, porém logo subindo e atingindo níveis superiores aos iniciais e concluíram que, a longo prazo, a esplenectomia não manteria baixa a pressão portal.

Eil-Gendi et al. (1994)¹⁷ avaliaram os efeitos da esplenectomia isolada e da esplenectomia mais desvascularização gastroesofágica, na pressão das varizes esofágicas de pacientes com hipertensão portal esquistossomótica. Observaram em pacientes submetidos à esplenectomia isolada, após 21 dias, insignificante queda da pressão e, depois de 18 meses, aumento significativo dos valores em 43% dos doentes.

Naqueles submetidos à esplenectomia mais desvascularização gastroesofágica, a queda na pressão das varizes foi estatisticamente significativa e manteve-se, durante o período de 18 meses, em 80% dos doentes.

Lacerda et al. (1999)¹⁸ usando método endoscópico não-invasivo de medição da pressão das varizes esofágicas, avaliaram o impacto da esplenectomia mais ligadura da veia gástrica esquerda sobre a pressão nestas varizes e concluíram que esta operação, pelo menos a curto prazo, determina uma redução na pressão das varizes esofágicas, diminuindo o risco de recidiva hemorrágica.

Há tempo é conhecida a importância da veia gástrica esquerda na manutenção do fluxo sanguíneo para as varizes, pois ela é a principal via de "alimentação" do plexo venoso gastroesofágico.

Inúmeros estudos demonstram a importância de associar-se à esplenectomia procedimentos de desvascularização, principalmente da veia gástrica esquerda^{7,14,17,18-20}.

Os doentes esplenectomizados anteriormente e apresentando ressangramento pelas varizes esofágicas necessitam de alguma complementação terapêutica.

As cirurgias de derivações venosas totais (porto-cava, mesentérico-cava), ao nosso ver, são procedimentos de exceção, sem resultados definidos em esquistossomóticos.

Sakai (1990)²¹, avaliando a escleroterapia endoscópica das varizes sangrantes do esôfago em pacientes esquistossomóticos, concluiu que o método foi mais eficaz no grupo de doentes já operados para hipertensão portal, principalmente pelos procedimentos que incluíram esplenectomia, quando comparado com o grupo de pacientes não operados.

Apesar da eficácia e do reconhecido valor da escleroterapia endoscópica nas recidivas hemorrágicas em esquistossomóticos esplenectomizados, temos observado, assim como outros autores^{3,20,22-24}, elevado índice de aban-

dono do tratamento, devido a fatores geográficos, socioeconômicos e características da terapêutica, expondo-os a riscos de novos sangramentos, com elevação da taxa de morbidade e mortalidade.

O programa de escleroterapia endoscópica necessita de retornos freqüentes e acompanhamento por longo período de tempo e, ao nosso ver, seria reservado aos doentes com contra-indicação ao tratamento operatório, ou àqueles que ressangram após operações definidas como adequadas ao tratamento da hipertensão portal.

Com estas considerações e entendendo que a esplenectomia isolada não é tratamento eficaz na hipertensão portal, que a veia gástrica esquerda é a principal via de "alimentação" para as varizes esofagogástricas, sendo desejável sua ligadura, justifica-se nossa conduta de reoperação para desvascularização gastroesofágica para os doentes com ressangramento, anteriormente esplenectomizados, com artéria e veia gástricas esquerdas pérvias ao estudo angiográfico.

Embora nesta casuística nenhum doente tenha apresentado recidiva hemorrágica por varizes do fundo gástrico, elas estavam presentes em cinco dos 19 pacientes do Grupo A (26,3%). Ferraz et al. (2002)²⁵ relataram que as varizes do fundo gástrico não apresentavam nenhuma correlação com o peso do baço, inclusive observando que a ocorrência destas varizes foi maior nos doentes com baço de peso inferior a 500 gramas do que aqueles com pesos maiores, acreditando que isso poderia ser decorrente da presença de colaterais mais calibrosas, reduzindo a pressão portal. Portanto, mesmo com a esplenectomia, podem surgir varizes de fundo gástrico. O diagnóstico destas varizes é de grande importância, tanto que, quando presentes, Ferraz et al. (2000)²⁰ entendem que elas devam ser abordadas diretamente, através da abertura do fundo gástrico e sutura direta destas varizes, pois seu tratamento por via endoscópica é de difícil execução.

Avaliação do tratamento eletivo – Grupo A

É difícil avaliar os resultados da reoperação para desvascularização gastroesofágica, após esplenectomia isolada, em virtude da raridade de relatos na literatura.

Goldenberg et al. (1968)²⁶ realizaram ligadura extramucosa das varizes do esôfago em

cinco doentes com recidiva hemorrágica após esplenectomia, com ressangramento em dois deles. Oliveira (1987)²⁷ adotou desvascularização e ligadura intra-luminal em oito pacientes já esplenectomizados, constatando 12,5% de recidiva hemorrágica tardia. Entendemos que, não tendo encontrado nenhuma modalidade de tratamento para hipertensão portal que afaste completamente a possibilidade de ressangramento, a taxa de 5,3% de recidiva hemorrágica por nós observada encontra-se dentro de valores comparáveis aos diferentes métodos terapêuticos empregados.

Os doentes com hipertensão portal esquistossomótica não apresentam em geral insuficiência hepática e portanto, não se deve esperar grandes alterações funcionais após a terapêutica.

Assim como outros autores^{23,28,29}, não encontramos alterações significativas nos valores dos exames laboratoriais realizados, exceto o aumento na atividade da protrombina.

No que tange ao aspecto das varizes esofágicas, tardiamente após a reoperação, diversos estudos mostram que a persistência de varizes esofagogástricas após operações não-derivativas é achado constante^{20,23,30-34}, porém com calibre e número de cordões significativamente menor que no período pré-operatório^{23,33,34}.

Nossos resultados foram semelhantes e mostraram, ainda, que o número de varizes grossas e média diminuiu e o das finas aumentou, ou seja, as maiores diminuíram de calibre no pós-operatório tardio, tornando-se finas, confirmando assim que não desaparecem, mas "murcham".

Considerando que, quanto menor o calibre das varizes menor o risco de sangramento^{35,36}, a redução verificada em nossa casuística leva-nos a indicar a desvascularização gastroesofágica.

Apesar de tratar-se de reoperações, não observamos intensificação de complicações conhecidas dos procedimentos de desconexão ázigo-portal e também não ocorreram outras inerentes à operação.

Grupo B – Programa de escleroterapia endoscópica.

Pelos métodos do estudo estabelecemos que algum procedimento de desvascularização havia sido acrescido à esplenectomia.

Nestes doentes, a recidiva hemorrágica

pode ocorrer por trombose da veia portal, desvascularização gastroesofágica incompleta ou revascularização venosa. Nestas situações, havendo hipertensão venosa, os vasos não desconectados anteriormente ou os neoformados, estando em continuidade com o sistema portal, realimentariam as varizes esofagogástricas. Alves Jr. et al. (2001)³⁷, avaliando o fluxo portal antes e após tratamento cirúrgico em esquistossomóticos, observaram que o regime de hipertensão portal está mantido após desconexão ázigo-portal, havendo tendência para formação de novos vasos colaterais com manufatura das varizes esofágicas.

Decidimos pelo programa de escleroterapia endoscópica para tratamento deste grupo de doentes por entendermos que outros procedimentos operatórios implicariam em técnicas mais agressivas e/ou com maior morbidade, com resultados não bem definidos.

Entendemos, portanto, que os doentes submetidos à esplenectomia isolada são, do ponto de vista terapêutico, diferentes daqueles em que se associou algum tipo de desvascularização.

Nesses últimos, outros procedimentos operatórios (esofagectomia total, gastrectomia total, esofagectomia distal e interposição de alça intestinal ou derivações venosas totais) são técnicas de exceção e passíveis de altas taxas de complicações.

À esses aspectos, soma-se a eficácia da escleroterapia endoscópica, demonstrada nas recidivas hemorrágicas por varizes do esôfago após desconexão ázigo-portal^{3,19,21,38,39}.

Ezzat et al. (1990)⁴⁰ observaram que a escleroterapia endoscópica fora eficaz no controle da recidiva hemorrágica, após esplenectomia com desvascularização gastroesofágica, acreditando que o baixo risco de hemorragias graves nesses pacientes poderia ser atribuído à desvascularização, com interrupção do sistema da veia gástrica esquerda e perfurantes paraesofágicas.

Quatro dos 26 doentes deste grupo (15,4%), apresentavam varizes do fundo gástrico. Nestas situações é aconselhável que a terapêutica endoscópica, com métodos apropriados, seja iniciada pelas varizes do fundo gástrico, para posteriormente proceder-se a escleroterapia das varizes do esôfago, uma vez que, em alguns casos, a erradicação das varizes esofágicas pode determinar piora e sangramento das varizes gástricas.

Avaliação do tratamento eletivo - Grupo B

Apesar da recidiva hemorrágica em seis dos nossos doentes (23,1%), após início do programa de escleroterapia endoscópica, em apenas dois (7,7%) não foi possível controlar o sangramento, determinando, assim, êxito de 92,3% com o método, resultados semelhantes aos de Sakai (1985)⁴¹, que observou 36% de recidiva hemorrágica e êxito no controle final em 97,3% dos doentes.

Por outro lado, a situação torna-se crítica na recidiva do sangramento pós-operatório, quando não se consegue controlar a hemorragia com medidas não-cirúrgicas.

De fato, não encontramos, nos dois doentes deste estudo com persistência da hemorragia apesar das terapêuticas endoscópicas e tamponamento com balão esofágico, outra alternativa ao tratamento operatório. Optamos pela derivação mesentérico-cava, também conduta de exceção, com mortalidade elevada.

Quanto à função hepática, não observamos variações significativas dos exames laboratoriais, confirmando a boa função do fígado nos esquistossomóticos, não comprometida pela terapêutica endoscópica.

Completado um programa de escleroterapia, espera-se o aparecimento de novas varizes^{24,41}.

Na última avaliação endoscópica, constatamos que não houve desaparecimento significativo dos cordões varicosos, pois apareceram varizes neoformadas após o programa inicial de erradicação das varizes, o que justifica as reavaliações endoscópicas periódicas, com repetição das escleroses, quando necessário.

A incidência de complicações inerentes à escleroterapia é divergente em diferentes estudos, variando de 5% a 54%, sem, contudo, invalidar o método. De maior significado, em nossa casuística, quatro doentes (16,7%) desenvolveram úlceras esofágicas, responsáveis por sangramento em um deles, porém com resolução espontânea.

A mortalidade relacionada diretamente ao tratamento esclerosante é rara⁴¹ e não ocorreu em nossa casuística.

Morreram dois doentes, nos quais, por ocasião da recidiva hemorrágica no seguimento tardio do programa, não se conseguiu controlar o sangramento na urgência.

Diante de todas essas considerações julgamos que, para doentes esquistossomóticos com recidiva hemorrágica, após esplenectomia associada a alguma forma de desconexão ázigo-portal, o programa de escleroterapia endoscópica deve constar de várias sessões para obtermos o resultado desejado e de controles periódicos para esclerose de varizes remanescentes ou neoformadas, ou seja, tratamento por longo período de tempo.

Por outro lado, o programa propiciou controle eficaz da recidiva hemorrágica e boa sobrevivência, o que, acrescendo-se à falta de outras opções menos agressivas ou com melhores resultados, leva-nos a defender o método no tratamento destes doentes.

Nos casos de recidiva hemorrágica após esplenectomia isolada, apesar da possibilidade da escleroterapia endoscópica, existe a opção por outro tratamento operatório, visto que as condições clínicas e a função hepática preservadas dos esquistossomóticos não contra-indicam as reintervenções cirúrgicas.

Em nossa casuística, a desvascularização gastroesofágica em doentes esquistossomóticos, com recidiva hemorrágica após esplenectomia isolada, não apresentou maiores dificuldades técnicas, complicações graves ou mortalidade no período de seguimento.

CONCLUSÕES

1. A desvascularização gastroesofágica é adequada e pode ser indicada para os doentes esplenectomizados, com artéria e veia gástricas esquerdas pérvias.

2. Um programa de longa duração de escleroterapia endoscópica das varizes do esôfago pode ser uma opção para os doentes esplenectomizados, com a artéria gástrica esquerda ocluída e veia gástrica esquerda não-opacificada.

SUMMARY

TREATMENT OF RECURRENT HEMORRHAGE ESOPHAGEAL VARICES IN SCHISTOSOMOTIC PATIENTS AFTER SURGERY

OBJECTIVE. To standardize the treatment recurrent hemorrhage esophageal varices in schistosomotic patients after non decompressive surgery.

METHODS. We treated 45 patients with schistosomotic portal hypertension who

presented recurrent hemorrhage esophageal varices. Performance of abdominal ultrasonography and arteriographic studies and two groups were defined: Group A: Nineteen patients (42,2%) with absence of spleen, occluded splenic artery and patency of left gastric artery and vein, thus characterizing splenectomy at prior operation. Group B: Twenty six patients (57,8%) with absence of spleen image, occluded splenic and left gastric artery and non-opacified left gastric vein, showing splenectomy and some type of gastroesophageal devascularization performed before. Patients of Group A were reoperated to carry out the gastroesophageal devascularization and patients of Group B were submitted to a sclerotherapy program.

RESULTS. In Group A, one patient (5.3%) presented recurrent hemorrhage on the late postoperative period. The esophageal varices decreased in number or diameter in 14 patients (73.7%), disappeared in three (15.8%) and remained unchanged in two (10.5%), under final endoscopic evaluation. In Group B, six patients (23.1%) presented recurrent bleeding. In four patients the acute hemorrhagic event were controlled. Two patients who underwent mesocaval shunt owing to unsuccess of these methods died postoperatively. Esophageal varices disappeared in 17 patients (65.4%), decreased in number or diameter in seven (26.9%) and remained unchanged in two (7.7%) after the last endoscopic evaluation.

CONCLUSIONS: 1) The gastroesophageal devascularization is appropriated to splenectomized patients, with patency of left gastric artery and vein. 2) A long term of esophageal varices endoscopic sclerotherapy may be an option to splenectomized patients, with occluded left gastric artery and non-opacified left gastric ven. [Rev Assoc Med Bras 2003; 49(4): 406-12]

KEY WORDS: Schistosomiasis. Portal hypertension. Esophageal varices.

REFERÊNCIAS

- Rikkers LF, Jin G. Surgical management of acute variceal hemorrhage. *World J Surg* 1994; 18:193-9.
- Raia S, Mies S, Macedo AL. Surgical treatment of portal hypertension in schistosomiasis. *World J Surg* 1984; 8:738-52.
- Cordeiro F. Variceal sclerosis in schistosomal patients: a 5-years follow-up study. *Gastrointest Endosc* 1990; 36:475-8.
- Raia S, Mies S, Alfieri Junior F. Portal hypertension in mansonic schistosomiasis. *World J Surg* 1991; 15:176-87.
- Raia S, Massarollo PCB, Mellendez HEV. Tratamento cirúrgico da hipertensão portal na esquistossomose mansônica: estado atual da questão. *Rev Med* 1992; 71:108-13.
- Carneiro JLA, Tabachi JR. Controvérsias sobre a cirurgia de eleição na hipertensão portal. In: Abrantes WL. Hipertensão portal: estado atual. São Paulo: Robe; 1995. p. 137-70.
- Lemos Torres U. Métodos cirúrgicos no tratamento da síndrome de hipertensão porta apreciados por um clínico: reformulação de conceitos e proposição de uma nova orientação cirúrgica. *Arq Med Hosp Ciênc Santa Casa de São Paulo* 1963; 9:23-43.
- Abdalla P. Hepatosplenopatia esquistossomótica e hemorrágicas digestivas: seu tratamento cirúrgico eletivo e de emergência. *J Bras Med* 1965; 9:655-69.
- Raia S, Mies S, Macedo AL. Portal hypertension in schistosomiasis. *Clin Gastroenterol* 1985; 14:57-82.
- Assef JC, Favero SSG, Szutan LA, De Capua Junior A. Recidiva hemorrágica em pacientes esquistossomóticos operados. *Rev Col Bras Cir* 1998; 25:265-70.
- Assef JC. Recidiva hemorrágica após operações não descompressivas para tratamento da hemorragia digestiva alta em esquistossomóticos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo; 1992.
- Piras C, Silva AL. Afluência da veia esplênica e sua importância nas derivações esplenorrenais seletivas. *Rev Col Bras Cir* 1998; 25:375-81.
- Guimarães JC, Goffi FS. Estudo crítico sobre a anastomose esplenorrenal empregada no tratamento das hemorragias digestivas de esquistossomóticos. *Rev Assoc Med Bras* 1973; 19:501-6.
- Lin PW, Tsai HM, Lin CY, Chin NT. Simple, effective procedure with few complications for esophageal varices. *World J Surg* 1995; 19:424-9.
- Caps MT, Helton WS, Johansen K. Left-upper-quadrant desvascularization for unshuntable portal hypertension. *Arch Surg* 1996; 131:834-9.
- Lin PW, Shan YS. Effects of splenectomy and splenic artery ligation of the portal pressure in portal hypertensive rats. *J Surg Res* 1992; 53:621-4.
- El-Gendi MA, Azzam ZA, Karara K, El-Rakshy T, El-Hammadi HAB, Abu-Nasr A, et al. Effect of gastro-esophageal descongention on variceal pressure in patients with shistosomal hepatic fibrosis. *Int Surg* 1994; 79:68-71.
- Lacerda CM, Freire W, Melo PSV, Carvalho GL, Kirzner CF. Esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda na esquistossomose mansônica: efeito sobre a pressão das varizes de esôfago aferidas por técnica não-invasiva. *Rev Col Bras Cir* 1999; 26:15-9.
- Kelner S, Ferreira PR, Dantas A, Lima Filho JFC, Souza AP, Carreiro Junior H, et al. Ligadura de varizes esofagogástricas na hipertensão porta esquistossomótica: avaliação de 25 anos. *Rev Col Bras Cir* 1982; 9:140-6.
- Ferraz AAB, Lopes EPA, Bacelar TS, Silveira MJC, Silva LMM, Ferraz EM. Tratamento cirúrgico da hipertensão portal esquistossomótica no HC/UFPE – análise de 131 casos. *Rev Col Bras Cir* 2000; 27:332-6.
- Sakai P, Boaventura S, Ishioka S, Mies S, Sette Junior H, Pinotti HW. Sclerotherapy of bleeding esophageal varices in schistosomiasis: comparative study in patients with and without previous surgery for portal hypertension. *Endoscopy* 1990; 22:5-7.
- Bertges LC, Moraes JMM, Ghetti CAA, Feres S.M.; Gaburri, AK. Esclerose profilática de varizes esofágicas: estudo retrospectivo de 24 pacientes. *Gastroenterol Endosc Diagn* 1993; 12:51-3.
- Szuttan LA. Resultados imediatos e tardios da esplenectomia e desvascularização esofagogástrica no tratamento da hemorragia digestiva alta em esquistossomóticos [tese]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, 1998.
- Colleoni Neto R. Avaliação tardia de doentes esquistossomóticos, não operados, após a erradiação por escleroterapia endoscópica de varizes hemorrágicas de esôfago [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1998.
- Ferraz AAB, Lopes EPA, Araújo Jr JGC, Lima BA, Canterelli F, Ferraz EM. Peso do baço como fator prognóstico do tratamento cirúrgico de pacientes portadores de esquistossomose mansônica. *Rev Col Bras Cir* 2002; 29:29-35.
- Goldenberg S, Oliveira E, Haddad CM. Contribuição ao tratamento cirúrgico eletivo das varizes esofagogástricas. *Rev Assoc Med Bras* 1968; 14:21-31.
- Oliveira F. Avaliação crítica e resultados da desvascularização esofagogástrica + ligadura ou não de varizes associada à esplenectomia. In: Lima DR, Batista Neto J, editores Simpósio alagoano de hipertensão portal e esquistossomose mansônica, I. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 1987. p.33-8.
- El-Marsri SH, Hassan MA Splenectomy and vasoligation for patients with haematemesis secondary to bilharzial hepatic fibrosis. *Br J Surg* 1982; 69:314-6.
- Carvalho DLM. Estudo do fluxo portal e da função hepática no pré e pós-operatório recente de esplenectomia e desconexão ázigo-portal em doentes esquistossomóticos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo; 1997.
- Haddad CM. Desconexões ázigo-portais no tratamento de varizes esofagogástricas: resultados obtidos com a desvascularização gastroesofágica associada à esplenectomia no tratamento cirúrgico eletivo e de urgência [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1980.
- Chaib AS, Souza Lessa B, Cecconello I, Felix WN, Chaib E. A new procedure for treatment of bleeding esophageal varices by transgastric

- azygo-portal disconnection. *Int Surg* 1983; 68:353-6.
32. Strauss E. Hipertensão portal esquistossomótica: análise evolutiva de intercorrências clínicas, dados endoscópicos e laboratoriais em estudo randomizado comparando três tipos de cirurgia. *Rev Patol Trop* 1992; 21:37-118.
33. Assef JC, Moricz A, Szutan LA, Rasslan S, De Capua Junior A. Tratamento cirúrgico de emergência da hemorragia por varizes esofagogástricas em esquistossomóticos. *Gastroenterol Endosc Dig* 1996; 15:211-4.
34. Carneiro JLA, Mies S, Raia S. A circulação colateral gastroesofágica após desconexão ázigo-portal: portografia trans-hepática na esquistossomose mansônica. *Rev Col Bras Cir* 1983; 10:191-202.
35. Lebrech D, De Fleury P, Rueff B, Bahum H, Benhamou JP. Portal hypertension, size of esophageal varices and risk of gastrointestinal bleeding in alcoholic cirrhosis. *Gastroenterology* 1980; 79:1139-44.
36. Reynolds TB. Interrelationship of portal pressure, variceal size and upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1980; 79:1332-3.
37. Alves Jr A, Alves MDNT, Gonçalves KRA, Cruz JF, Melo VA, Machado MCC. Hipertensão portal esquistossomótica: avaliação do fluxo sangüíneo portal antes e após tratamento cirúrgico. *Rev Col Bras Cir* 2001; 28:330-5.
38. Silva LC. Portal hypertension in shistosomiasis: pathophysiology and treatment. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1992; 87(Supl 4):183-6.
39. De Capua Junior A, Szutan, LA. Desconexão azygo-portal e esplenectomia mais escleroterapia no tratamento da hipertensão portal. In: Abrantes WL. Hipertensão porta: estado atual. São Paulo: Robe; 1995. p.231-42.
40. Ezzat FA, Abu-Elmagd KM, Aly MA, Fathy OM, El-Ghawlby NA, El-Fiky AM, et al. Selective shunt versus nonshunt surgery for management of both schistosomal and nonschistosomal variceal bleeders. *Ann Surg* 1990; 212:97-108.
41. Sakai P. Escleroterapia endoscópica das varizes sangrantes do esôfago em pacientes esquistossomóticos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1985.

Artigo recebido: 28/10/2002

Aceito para publicação: 17/02/2003
