



Encontra-se disponível para acesso no site da American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) o **guideline** sobre o papel da endoscopia diante da suspeita de sangramento do intestino delgado.

Dentre o tópicos abordados pelo guideline, ressalta-se:

- A proposta de modificação no conceito de **Sangramento gastrointestinal obscuro (OGIB)**
  - Anteriormente OGIB vinha sendo definido como de origem *evidente* ou *oculta* após uma avaliação endoscópica bidirecional negativa incluindo ileocolonosopia e endoscopia digestiva alta (EDA)
  - OGIB Evidente referia-se a a sangramento visível (melena ou hematoquezia)
  - OGIB Oculto referia-se aos casos de sangue oculto fecal positivo ou anemia por deficiência de ferro de origem indeterminada.
  - Com os avanços recentes no estudo do intestino delgado, incluindo cápsula endoscópica, angiografia e enteroscopia assistida por dispositivo, tem se tornado possível a identificação e melhor manejo dos pacientes com sangramento do intestino delgado.
  - Como resultado propõe-se a mudança do termo sangramento gastrointestinal obscuro para sangramento de intestino delgado
  - **Sangramento gastrointestinal obscuro (OGIB) deve ser reservado para os pacientes nos quais a fonte de sangramento não possa ser identificada em qualquer lugar no trato gastrointestinal após uma avaliação completa do mesmo, incluindo estudo do intestino delgado**

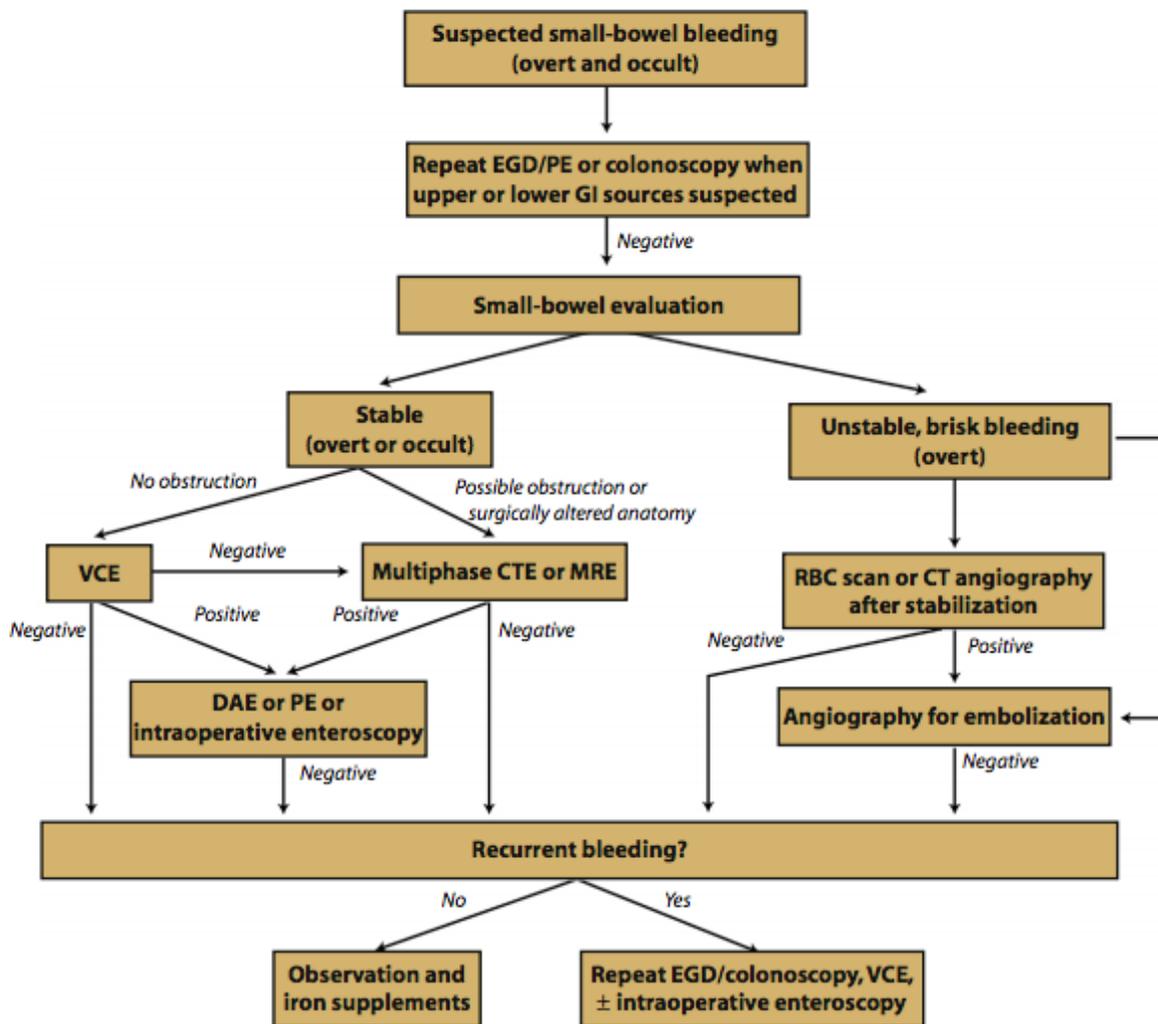
Principais recomendações:

1. Para pacientes com sinais ou sintomas consistentes com sangramento recorrente de fonte gastrointestinal alta ou baixa, sugere-se repetir EDA e colonoscopia, respectivamente, antes da avaliação do intestino delgado.
2. Sugere-se videocápsula endoscópica (VCE) como teste inicial para pacientes com sangramento de intestino delgado evidente ou oculto. VCE positiva deve ser seguida por enteroscopia por push, se dentro do alcance endoscópico, ou por enteroscopia assistida por dispositivo (DAE).
3. Sugere-se DAE ou enteroscopia por push se VCE é indisponível, ou não diagnóstica, em pacientes com sangramento de intestino delgado evidente.
4. Sugere-se que em circunstâncias selecionadas (ex., alto nível de suspeição de ectasias vasculares de intestino delgado ou em pacientes com anatomia cirurgicamente alterada) DAE pode ser considerada como o procedimento diagnóstico de intestino delgado inicial em pacientes com sangramento suspeito de

intestino delgado.

5. Sugere-se que após uma avaliação apropriada negativa, pacientes clinicamente estáveis, sem sangramento recorrente, podem ser tratados com reposição de ferro e seguidos clinicamente se houver deficiência de ferro.
6. Sugere-se enterotomografia ou enteroressonância multifásica em pacientes com sangramento obscuro e neoplasia de intestino delgado suspeita.
7. Seguindo uma ressuscitação hemodinâmica apropriada, recomenda-se angiografia para embolização seletiva em pacientes que apresentam sangramento de intestino delgado com hemodinâmica instável.
8. Sugere-se angiotomografia computadorizada ou cintilografia com hemácias marcadas para a localização do sítio de sangramento e para orientar a angiografia em pacientes com hemodinâmica estável e suspeita de sangramento de intestino delgado ativo.

Proposta de algoritmo:



**Figure 1.** Suggested management approach to overt and occult small-bowel bleeding. Positive test results should direct specific therapy. Because diagnostic tests can be complementary, more than 1 test may be needed, and the first-line test may be based on institutional expertise and availability. PE, push enteroscopy; VCE, video capsule endoscopy; DAE, device-assisted enteroscopy; CTE, CT enterography; MRE, magnetic resonance enterography; RBC, red blood cell.