



Principais recomendações do guideline publicado em 2015 pelo American College of Gastroenterology no American Journal of Gastroenterology sobre o sangramento de intestino delgado

Sangramento de intestino delgado representa 5- 10% dos sangramentos digestivos

Sugere que o termo hemorragia gastrointestinal obscura seja reclassificado como sangramento de intestino médio devido a ampla disponibilidade atual de métodos de avaliação desse órgão

Definição de sangramento gastrointestinal oculto ou obscuro:

1. Uma fonte de sangramento do intestino delgado deve ser considerada em pacientes com hemorragia gastrointestinal oculta ou evidente após a realização de uma avaliação endoscópica alta e baixa
2. Pacientes devem ser classificados com tendo sangramento do intestino médio se uma fonte de sangramento é identificada distal a ampola de Vater e/ou proximal a válvula ileocecal
3. Após uma avaliação endoscópica alta e baixa e antes da realização da cápsula endoscópica, os pacientes devem ser classificados como tendo “sangramento de intestino delgado potencial”
4. “Sangramento de intestino delgado evidente” refere-se a pacientes apresentando com melena ou hematoquezia com uma fonte de sangramento identificada no intestino delgado. O termo “sangramento de intestino delgado oculto” pode ser reservado a paciente apresentando anemia por deficiência de ferro com ou sem pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo que são suspeitos de possuir uma fonte de sangramento no intestino delgado
5. O termo “sangramento gastrointestinal obscuro” deve ser reservado a pacientes sem achado da fonte de sangramento após a realização de avaliação endoscópica alta e baixa, avaliação de intestino delgado com cápsula e/ou enteroscopia e avaliação radiológica.

Epidemiologia e história natural do sangramento de intestino delgado

1. O tipo de lesão responsável pelo sangramento do intestino delgado é dependente da idade do paciente mas não do gênero ou etnia.
2. Angioectasias de intestino delgado são a causa mais comum de sangramento de intestino delgado.
3. Os fatores de risco para angioectasia incluem idade avançada, presença de estenose aórtica, doença renal crônica, dispositivos de assistência ao ventrículo esquerdo, e outras desordens hereditárias.
4. Os fatores de risco para sangramento de intestino delgado recorrente por angioectasias incluem número de lesões, idade avançada, presença de comorbidades e uso de terapia anticoagulante.

Diagnóstico de sangramento do intestino delgado

1. Repetir a endoscopia digestiva para segunda avaliação deve ser considerado em casos de hematêmese recorrente, melena, ou exame prévio incompleto (forte recomendação, baixo nível de evidência).
2. Repetir a colonoscopia para segunda avaliação deve ser considerado em casos de hematoquezia recorrente ou se um sangramento de origem baixa for suspeito (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).
3. Caso os exames de endoscopia e colonoscopia repetidos em segunda avaliação estejam normais, o próximo passo deve ser uma avaliação do intestino delgado (recomendação forte, moderado nível de evidência).
4. Enteroscopia tipo “push” pode ser realizada como uma segunda avaliação diante da suspeita de sangramento intestino delgado (recomendação condicional, moderado nível de evidência).
5. Cápsula endoscópica (VCE) deve ser considerada um procedimento de primeira linha para avaliação do intestino delgado após exclusão de fontes de sangramento gastrointestinal alto e baixo, incluindo endoscopia repetida quando indicado (recomendação forte, moderado nível de evidência).
6. Devido à baixa taxa de detecção de lesões no duodeno e jejuno proximal com VCE, a enteroscopia tipo “push” deve ser realizada se lesões proximais são suspeitadas (recomendação forte, muito baixo nível de evidência).
7. Enteroscopia profunda completa deve ser tentada se houver uma forte suspeita de lesão de intestino com base na apresentação clínica ou VCE anormal (recomendação forte, moderado nível de evidência).
8. Qualquer método de enteroscopia profunda pode ser usado quando a avaliação endoscópica e terapia é necessária (recomendação forte, de alto nível de evidência).
9. Enteroscopia intra-operatória (OIE) é um método altamente sensível, com potencial terapêutico efetivo, porém invasivo. Seu uso deve ser limitado a cenários onde enteroscopia não pode ser executada, tais como pacientes com cirurgias prévias e aderências intestinais (recomendação forte, baixo nível de evidência).
10. VCE deve ser executada antes de enteroscopia profunda para aumentar o rendimento diagnóstico. Enteroscopia profunda inicial pode ser considerada em casos de hemorragia ou quando VCE é contra-indicada (forte recomendação, de alto nível de evidência).

Diagnóstico usando técnicas radiológicas

1. Estudos com uso de bário não devem ser realizados na avaliação de sangramento de intestino delgado (forte recomendação, evidência de nível alta).
2. Enterografia por tomografia computadorizada (CTE) deve ser realizada em pacientes com suspeita de sangramento de intestino delgado e VCE negativa por causa da maior sensibilidade para a detecção e localização de massas de intestino, além da habilidade para guiar a rota da enteroscopia profunda. subsequente (recomendação forte, baixo nível de evidência).
3. CT é método de imagem preferido em relação a ressonância magnética (RM) na avaliação de sangramentos do intestino delgado. A RM pode ser considerada em pacientes com contra-indicações para CT ou para evitar a exposição à radiação em pacientes mais jovens (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).
4. CTE poderia ser considerado antes de VCE em casos de doença intestinal inflamatória

estabelecida, radioterapia prévia, cirurgia anterior do intestino, e/ou suspeita de estenose do intestino (recomendação forte, muito baixo nível de evidência).

5. Em pacientes com suspeita de sangramento do intestino delgado e exame negativo de VCE, a CTE deve ser realizada se há forte suspeita clínica de origem no intestino delgado, apesar da realização de uma CT de abdome padrão prévia (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).

Sangramento gastrointestinal agudo evidente

1. Em casos de sangramento gastrointestinal agudo evidente de grande monta a angiografia convencional deve ser realizada emergencialmente para pacientes hemodinamicamente instáveis (recomendação forte, baixo nível de evidência).
2. Em pacientes hemodinamicamente estáveis com evidência de hemorragia ativa, a CT multifásica (CTA) pode ser realizada para identificar o local da hemorragia e guiar o manejo (recomendação forte, baixo nível de evidência).
3. Em pacientes com sangramento gastrointestinal agudo evidente e baixas taxas de sangramento (0,1-0,2 ml/min), ou incerteza se sangrando ativamente, a cintilografia com hemácias marcadas deve ser realizada se a enteroscopia profunda ou VCE não é realizada para orientar o momento da angiografia (recomendação forte, moderado nível de evidência).
4. Em sangramento gastrointestinal vivo, ativo e evidente, CTA é preferível CTE (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).
5. Angiografia convencional não deve ser realizada como um teste de diagnóstico em pacientes sem sangramento evidente (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).
6. Angiografia provocativa pode ser considerada em casos de sangramento evidente em curso e VCE, enteroscopia profunda e/ou exame de CT negativos (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).
7. Em pacientes jovens com sangramento evidente em curso e exames de VCE e enterografia normais devem ser avaliados para a hipótese de divertículo de Meckel sangrante (recomendação condicional, muito baixo nível de evidência).

Tratamento e resultados

1. Caso uma fonte de sangramento no intestino delgado seja encontrada por VCE e/ou enteroscopia profunda e seja associada a anemia significativa ou sangramento ativo, o paciente deve ser submetido a terapia endoscópica (recomendação forte, baixo nível de evidência).
2. Se após investigação apropriada de intestino delgado não encontra-se nenhuma fonte de sangramento, o paciente deve ser manejado conservadoramente com reposição de ferro oral ou por infusão intravenosa, de acordo com a gravidade e persistência da anemia por deficiência de ferro associada. Nesse contexto, uma pequena lesão vascular encontrada na VCE nem sempre precisa de tratamento (recomendação forte, evidência de nível muito baixo).
3. Se o sangramento persistir em qualquer das situações acima com piora da anemia, nova sequência diagnóstica deve ser realizada incluindo endoscopia alta e baixa, VCE, enteroscopia profunda, enterografia por CT ou RM, de acordo com a situação clínica e a disponibilidade dos dispositivos de investigação (forte recomendação, evidência de baixo nível).
4. Se sangramento persiste, se repete, ou uma lesão não foi localizada, pode ser considerado o tratamento médico com ferro, análogos de somatostatina ou terapia antiangiogênica (recomendação forte, nível de evidência moderada).

5. Anticoagulação e/ou antiagregação plaquetária deve ser descontinuada, se possível, em pacientes com hemorragia do intestino delgado (recomendação condicional, evidência de nível muito baixa).
6. Intervenção cirúrgica no intestino grosso em sangramento pode ser útil, mas é grandemente auxiliada com localização pré-operatória, do sangramento local, marcando a lesão com uma tatuagem (recomendação forte, evidência de baixo nível).
7. Enteroscopia intraoperatória deve estar disponível no momento do procedimento cirúrgico para fornecer assistência na localização da fonte do sangramento e para a realização de terapia endoscópica (recomendação condicional, baixo nível de evidência).
8. Pacientes com a síndrome de Heyde (estenose aórtica e angioectasia) e sangramento em curso devem ser submetidos a substituição da valva aórtica (recomendação condicional, moderado nível de evidência).
9. Para pacientes com recorrência de sangramento no intestino delgado, a abordagem endoscópica pode ser reconsiderado dependendo da evolução clínica do paciente e resposta à terapia prévia (recomendação condicional, moderado nível de evidência).



[Link para o artigo original](#)