

DOI: <https://doi.org/10.26694/jcshuufpi.v7i1.4947>

PERFIL CLÍNICO E ENDOSCÓPICO DOS PACIENTES COM HEPATOPATIA CRÔNICA SUBMETIDOS A LIGADURA ELÁSTICA DE VARIZES ESOFÁGICAS EM HOSPITAL PÚBLICO DE TERESINA-PI

CLINICAL AND ENDOSCOPIC PROFILE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATOPATHY SUBMITTED TO ELASTIC BINDING OF ESOPHAGEAL VARIZES IN A PUBLIC HOSPITAL IN TERESINA-PI

Jane Carneiro de Oliveira¹, Jeany Borges e Silva².

¹ Graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Residente de Gastroenterologista e Endoscopista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Brasil, Teresina, Piauí. Email: drajanecarneiro@gmail.com

² Médica Endoscopista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Mestre em Ciências Médicas Pela Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: jeanyborges@yahoo.com.br.

RESUMO

Introdução: A ligadura elástica no tratamento das varizes de esôfago (VE) é considerada o tratamento de escolha na prevenção do sangramento varicoso entre cirróticos. No estudo foram avaliados pacientes com doença hepática crônica submetidos à ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE). **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes submetidos à LEVE no Hospital Universitário Federal do Piauí, no período de Jan/2016 a Jan /2019. Identificar as características sociodemográficas, clínicas e endoscópicas; a indicação, o seguimento e o número de sessões a que foram submetidos até a erradicação das varizes. **Metodologia:** estudo seccional descritivo, analítico e retrospectivo a partir de laudos endoscópicos e do prontuário de pacientes submetidos ao tratamento LEVE. As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, causa da hepatopatia; classificação das varizes e localização das varizes. O grau de disfunção hepática pela classificação de Child-Pugh (classe A, B e C). **Resultados:** A população estudada foi 78 pacientes, sendo 47 homens e 31 mulheres, com idade média de 52,33. A cirrose por álcool e pelo vírus da hepatite C foram as etiologias mais frequentes, responsáveis por 51 pacientes (65,3%) do estudo. Treze pacientes (16,7 %) tinham o vírus da hepatite B (VHB), dois (2,6 %) hepatite auto-imune e em doze (15,4%) não foi possível esclarecer a etiologia. Quanto ao grau de disfunção hepática: 26 (33,33 %) foram Child A, 37 (47,4 %) eram Child B, 15 (19,2 %) eram Child C, sendo a pontuação média do escore de Child-Pugh de 9,37 (2,82). Dos pacientes avaliados 18 (23,1%) tinham indicação de profilaxia primária, os demais 60 (76,9 %) tinham história de hemorragia varicosa prévia. Vinte pacientes (25,6%) vinham em uso regular de propranolol. Quanto as varizes: 35 pacientes (44,9%) tinham varizes de grosso calibre e 43 (55,1%) de médio calibre, 92,3% (72 pacientes) com sinais da cor vermelha. Quatro pacientes (10,5%) tinham varizes de fundo gástrico. Gastropatia hipertensiva portal foi evidenciada em 73 pacientes (46,1%). Como resultado final, 71 pacientes (91%) tiveram as VE erradicadas. Dois pacientes foram a óbito e cinco casos não tiveram as varizes erradicadas até o período final do estudo. O número médio de sessões de LE foi 3,5 (1,15), variando entre 2 e 5 sessões. **Conclusão:** A ligadura elástica de varizes de esôfago é eficaz para profilaxia primária e secundária do sangramento varicoso.

Um programa de erradicação de varizes é relevante na redução da prevalência e recorrência de sangramento nos pacientes com varizes.

DESCRITORES: Cirrose hepática; Varizes esofágicas; Ligadura elástica.

ABSTRACT

Introduction: Endoscopic variceal band ligation (EVL) in the treatment of esophageal varices (LV) is considered the treatment of choice in preventing varicose bleeding among cirrhotics. In the study, patients with chronic liver disease submitted to endoscopic variceal band ligation (EVL) were evaluated. **Objectives:** Describe the profile of patients undergoing EVL at the University Hospital of the Piauí, from Jan / 2016 to Jan / 2019. Identify sociodemographic, clinical and endoscopic characteristics; indication, follow-up and the number of sessions they were submitted to until the varicose veins were eradicated. **Methodology:** An descriptive, analytical and retrospective sectional study based on endoscopic reports and medical records of patients undergoing EVL treatment. The variables evaluated were: age, sex, cause of liver disease; classification of varicose veins and location of varicose veins. The degree of liver dysfunction by the classification of Child-Pugh (class A, B e C) **Results:** The studied population was 78 patients, 47 men and 31 women, with a mean age of 52.33. Cirrhosis due to alcohol and the hepatitis C virus were the most frequent etiologies, responsible for 51 patients (65.3%) in the study. Thirteen patients (16.7%) had hepatitis B virus (HBV), two (2.6%) autoimmune hepatitis and in twelve (15.4%) it was not possible to clarify the etiology. Regarding the degree of liver dysfunction: 26 (33.33%) were Child A, 3 (47.4%) were Child B, 15 (19.2%) were Child C, with the average score of the Child-Pugh score of 9.37 (2.82). Of the evaluated patients, 18 (23.1%) had indication for primary prophylaxis, the remaining 60 (76.9%) had a history of previous variceal hemorrhage. Twenty patients (25.6%) were regularly using propranolol. As for varicose veins: 35 patients (44.9%) had large-caliber varicose veins and 43 (55.1%) medium-caliber varicose veins, 92.3% (72 patients) with red signs. Four patients (10.5%) had gastric fundus varices. Hypertensive portal gastropathy was observed in 73 patients (46.1%). As a final result, 71 patients (91%) had their LVs eradicated. Two patients died and five cases did not have varicose veins eradicated until the end of the study. The average number of LE sessions was 3.5 (1.15), varying between 2 and 5 sessions. **Conclusion:** Elastic ligation of esophageal varices is effective for primary and secondary prophylaxis of varicose bleeding. A varicose vein eradication program is relevant in reducing the prevalence and recurrence of bleeding in patients with varicose veins.

KEYWORDS: Band ligation; Esophageal varices; Chronic liver disease.

Correspondência: Jeany Borges e Silva. Médica Endoscopista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Piauí, Brasil. E-mail: jeanyborges@yahoo.com.br.

Editado por:
Carlos Eduardo Batista de Lima
Marcelo Cunha de Andrade
Revisado/Avaliado por:
Carlos Eduardo Batista de Lima
Marcelo Cunha de Andrade

Como citar este artigo (Vancouver):

Oliveira JC, Silva JB. Perfil clínico e endoscópico dos pacientes com hepatopatia crônica submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas em hospital público de Teresina-PI. J. Ciênc. Saúde [internet]. 2024 [acesso em: dia mês abreviado ano]; JCS HU-UFPI. Jan. - Abr. 2024; 7(1):20-30. DOI:

<https://doi.org/10.26694/jcshuufpi.v7i1.4947>

Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* [Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



INTRODUÇÃO

A hipertensão portal (HP) é a condição hemodinâmica associada às complicações mais graves de cirrose hepática, incluindo ascite, encefalopatia hepática e sangramento de varizes gastroesofágicas (VEG). O sangramento de varizes é uma emergência médica associada a elevadas taxas de mortalidade, alcançando níveis entre 10-20% no período de seis semanas, apesar de todos os avanços terapêuticos atuais⁽¹⁾.

A prevalência de varizes em pacientes cirróticos varia de acordo com a função hepática. Pacientes compensados (Child A) apresentam varizes em aproximadamente 30% dos casos, enquanto os descompensados (Child B e C) em até 60%⁽²⁾. Existe ainda a chance de progressão das varizes; desta forma, pacientes com varizes fino calibre podem apresentar varizes de médio ou grosso calibre com a evolução da doença. Merli et al, observaram progressão das de fino calibre em 12% dos pacientes cirróticos em um ano e em 31% em três anos⁽³⁾. Por esta razão, recomenda-se o rastreamento de VEG com exame endoscópico em todos os pacientes com diagnóstico de cirrose hepática⁽²⁾.

O tratamento da HP depende da causa subjacente, da condição clínica e do momento em que é realizado. Pacientes com função hepática comprometida têm abordagem diversa daqueles com ela preservada. Além disso, o tratamento pode ser emergencial (durante episódio agudo de hemorragia) ou eletivo, como profilaxia pré-primária, primária ou secundária⁽⁴⁾.

A alta mortalidade do sangramento varicoso justifica um tratamento preventivo deste evento. No entanto, apenas 1/3 dos pacientes cirróticos com VE apresentarão um episódio de sangramento durante toda a vida. A profilaxia primária ideal do sangramento por VE deveria ser baseada na identificação de pacientes de alto risco de hemorragia varicosa, evitando

o tratamento desnecessário para aqueles pacientes sem risco de sangramento⁽⁵⁾.

Vários parâmetros têm sido identificados como potenciais indicadores de risco de sangramento varicoso em cirróticos: persistência do consumo de álcool e o grau de disfunção hepática avaliado através da classificação de Child-Pugh; calibre das VE e a presença de sinais da cor vermelha; além de parâmetros hemodinâmicos e ultrassonográficos⁽¹⁾.

Beppu et al. identificaram como possíveis preditores de um risco aumentado de sangramento por VE a presença de sinais da cor vermelha (“red-wale markings” e “cherry-red spots”), varizes de grosso calibre, varizes de coloração azulada e a presença de esofagite⁽⁶⁾.

Segundo diretrizes do Baveno VI, os betabloqueadores não seletivos (nadolol ou propranolol) ou tratamento endoscópico (ligadura elástica) permanecem como recomendação de profilaxia primária de sangramento digestivo proveniente de varizes esofágicas de médio e grosso calibres, sendo a escolha do método baseada na expertise do local. No manejo da profilaxia secundária de ressangramento, a primeira linha de tratamento permanece a combinação de terapêutica endoscópica e medicamentosa⁽¹⁾.

Esses dados endoscópicos, juntamente com informações epidemiológicas e clínicas do paciente, orientam para o momento da indicação e avaliação da profilaxia de hemorragia digestiva por varizes de esôfago, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes com doença hepática crônica⁽¹⁾.

Carecem-se na literatura médica brasileira, estudos para reconhecimento dos aspectos sociodemográficos, endoscópicos e clínicos associados aos pacientes submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas (LEVE). Assim, com esse trabalho tivemos como objetivo avaliar o perfil dos pacientes submetidos à LEVE

considerando suas causas e complicações nos pacientes com doença hepática crônica.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Setor de Endoscopia, na Unidade do Sistema Digestivo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU – UFPI/EBSERH), em Teresina-PI, sendo seccional descritivo, analítico e retrospectivo a partir de laudos endoscópicos e do prontuário eletrônico de pacientes submetidos ao tratamento endoscópico de ligadura elástica de varizes esofágicas em pacientes com doença hepática crônica.

Foi obtida uma análise clínica e endoscópica de 78 pacientes com doença hepática crônica, com varizes esofágicas, totalizando 202 procedimentos de endoscopia com ligadura elástica de varizes esofágicas, realizados no período de Janeiro de 2016 a Janeiro de 2019, sendo excluídos do estudo indivíduos que apresentassem outras causas de hipertensão portal que não fosse doença hepática crônica, ou os pacientes que não mantivessem seguimento no serviço de endoscopia do HU – UFPI/EBSERH, ou aqueles cujos dados estivessem incompletos em prontuário.

A coleta dos dados ocorreu em Janeiro/2020, através de prontuário eletrônico AGHU/SISAH, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

As variáveis avaliadas foram as da época do primeiro exame endoscópico com ligadura elástica: idade, sexo, etiologia da doença hepática crônica, classificação das varizes de esôfago (fino, médio e grosso calibres), localização das varizes esofágicas e gástricas (apenas de esôfago, esôfago e estômago, pequena curvatura de corpo (GOV1), grande curvatura de corpo (GOV2), ou apenas no estômago e isoladas (IGV1), classificação do grau de disfunção hepática pela classificação de Child- Pugh para avaliar quanto à reserva funcional hepática (classe A, B e C) e avaliação

do desfecho clínico dos pacientes (erradicação das varizes em quantas sessões, ressangramento no intervalo, abandono do seguimento ou óbito).

Os dados foram submetidos a processo de digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo *Microsoft Excel* e posteriormente exportados e analisados no software R versão 3.5.1.

O perfil dos pacientes foi descrito por meio de frequências absolutas e relativas percentuais, assim como por meio das estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo.

As características sociodemográficas, clínicas e endoscópicas, assim como a indicação de profilaxia foram identificadas e expressas por frequências relativas e percentuais e pelas estatísticas descritivas citadas anteriormente, caso as variáveis fossem numéricas.

O estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa e, em seguida, pelo Comitê de Ética e Pesquisa, ambos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, e foi aprovado sob o parecer de nº 22414719.0.0000.8050.

RESULTADOS

Foram avaliados clínica e endoscopicamente 202 procedimentos de endoscopia ligadura elástica de varizes de esôfago (LEVE) em pacientes hepatopatas crônicos no período de Janeiro de 2016 a Janeiro de 2019.

A população estudada foi de 78 pacientes que preencheram os critérios de inclusão. Alguns casos foram excluídos pelos seguintes motivos: dados incompletos em prontuário, por exemplo apenas uma sessão de ligadura registrada em prontuário ou outras causas de hipertensão portal não relacionado a doença hepática crônica.

Os dados do estudo foram extraídos dos registros médicos dos pacientes. A coleta dos dados ocorreu em

Janeiro/2020, nas dependências do HU- UFPI/EBSEH, através de prontuário eletrônico AGHU/SISAH, após prévia autorização da administração do Hospital e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Dos 78 participantes da pesquisa, 47 eram homens e 31 eram mulheres, com idade média de 52,33 anos. A tabela 1 descreve o perfil dos pacientes quanto ao gênero e a idade.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes hepatopatas crônicos submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas do Hospital Universitário do Piauí no período de 2016 a Janeiro 2019.

Características	
Gênero	
Masculino	47 (60,3%)
Feminino	31 (39,7%)
Idade (anos)	
Média(desvio padrão)	52,33(12,08)
Varição	36 – 77
Mediana	54

Fonte: Hospital Universitário do Piauí, 2020

A cirrose hepática alcoólica e cirrose por vírus da hepatite C (VHC) foram as etiologias mais frequentes, responsáveis por 51 pacientes (65,3%) do estudo. Treze pacientes (16,7 %) apresentavam cirrose hepática por

vírus da hepatite B (VHB), dois (2,6 %) por hepatite auto-imune e em doze (15,4%) não foi possível estabelecer a etiologia. (Tabela 2).

Tabela 2 - Causas de hepatopatia crônica em pacientes hepatopatas crônicos submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas do Hospital Universitário do Piauí no período de 2016 a Janeiro 2019.

ETIOLOGIA	TOTAL N (%)
Alcoólica	26 (33,3)
VHC	21 (26,9)
VHC + Álcool	4 (5,1)
VHB	13 (16,7)
Auto-imune	02 (2,6)
Desconhecida	26 (33,3)
Total	78(100)

VHC = vírus da hepatite C; VHB = vírus da hepatite B. Fonte: Hospital Universitário do Piauí, 2020

Fonte: Hospital Universitário do Piauí, 2020

Quanto ao grau de disfunção hepática, 26 (33,33 %) foram classificados como Child A, 37 pacientes (47,4 %) foram Child B, 15 (19,2 %) Child C, sendo a pontuação média pelo escore de Child-Pugh igual a 9,37 (2,82).

Tabela 3 - Disfunção hepática de pacientes hepatopatas crônicos submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas do Hospital Universitário do Piauí no período de 2016 a Janeiro 2019.

Disfunção hepática	n (%)
Child A	26(33,3)
Child B	37 (47,4)
Child C	15 (19,2)

Fonte: Hospital Universitário do Piauí, 2020

Dos pacientes avaliados no seguimento do programa de ligadura elástica, 18 pacientes (23,1%) não tinham antecedente de hemorragia varicosa (profilaxia primária). Os outros 60 (76,9 %) pacientes tinham história de hemorragia varicosa antes (profilaxia secundária).

Tabela 4 - Presença de hemorragia varicosa prévia nos pacientes hepatopatas crônicos submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas do Hospital Universitário do Piauí no período de 2016 a Janeiro 2019.

Hemorragia prévia	n (%)
Sim	60(76,9)
Não	18 (23,1)
Total	78(100)

Fonte: Hospital Universitário do Piauí, 2020

Quanto ao uso de β -bloqueador, 20 pacientes (25,6%) vinham em uso regular de propranolol nas doses prescritas pelos gastroenterologista e hepatologistas responsáveis.

Em relação as características das varizes esofágicas avaliadas no primeiro exame

endoscópico, 35 pacientes (44,9%) da população estudada apresentavam varizes de grosso calibre e 43 (55,1%) apresentavam varizes de médio calibre (Tabela 5) com 92,3% (72 pacientes) apresentando sinais da cor vermelha. (Tabela 5)

Tabela 5 - Calibre das varizes esofágicas em pacientes hepatopatas crônicos submetidos a ligadura elástica de varizes esofágicas do Hospital Universitário do Piauí no período de 2016 a Janeiro 2019.

Calibre das varizes de esôfago	n (%)
Grosso calibre	35 (44,9)
Médio calibre	43 (55,1)
Total	78(100)

Fonte: Hospital Universitário do Piauí, 2020

Quatro pacientes (10,5%) tinham varizes de fundo gástrico (GOV tipo 2). Gastropatia hipertensiva portal foi evidenciada em 73 pacientes (46,1%), sendo leve em 11 (30%) e intensa em 25 (70%).

Como resultado final em relação a erradicação das varizes, 71 pacientes (91%) tiveram as VE erradicadas até último período de coleta de dados. Entre os sete pacientes, dois foram a óbito antes do término do tratamento por HDA e cinco casos foram considerados tratamento incompletos, pelos critérios do protocolo, pois ainda não tinham todas as varizes erradicadas no período final do estudo.

O número médio de sessões de LE necessárias até a erradicação nos 71 pacientes foi 3,5 (1,15), variando entre 2 e 5 sessões.

DISCUSSÃO

As varizes de esôfago (VE) desenvolvem-se em aproximadamente um terço dos pacientes com cirrose, um terço dos quais irá apresentar sangramento em até dois anos após o diagnóstico⁽⁷⁾. O sangramento por VE é uma causa significativa de morbi-mortalidade em portadores de doença crônica do fígado, mesmo com os importantes avanços no tratamento destes pacientes nas duas últimas décadas, principalmente através do uso de drogas vasoativas, profilaxia antibiótica e tratamento endoscópico⁽⁸⁾.

Atualmente, a ligadura elástica (LE) é considerada a modalidade endoscópica de escolha para o tratamento de VE, 1 com uma menor taxa de complicações, ressangramento e menor número de

sessões necessárias para a erradicação em comparação com a escleroterapia endoscópica⁽⁹⁾.

A observação da distribuição dos pacientes quanto ao sexo, demonstrou uma predominância do gênero masculino (60,3%) assim como em diversos outros estudos sobre tratamento endoscópico de VE, 15,16 refletindo provavelmente a maior prevalência de cirrose neste grupo. A média da idade foi de 52,33 (12,85) muito semelhante à observada por diversos autores^(15,16).

Quanto às etiologias da cirrose hepática, a doença alcoólica do fígado e a hepatite por vírus C foram as mais comuns, responsáveis por 65,3% dos nossos casos (33,3 % e 26,9% respectivamente), assim como em o estudo desenvolvido na Disciplina de Gastroenterologia da UNIFESP^(16,17). Laine et al.⁽¹⁴⁾, de la Pena et al.⁽¹⁵⁾, observaram em seus estudos que o etilismo foi a etiologia mais frequente de cirrose hepática. Por sua vez, no estudo realizado por Hou et al.⁽¹⁸⁾, a maioria dos pacientes eram cirróticos de etiologia viral.

Segundo meta-análise publicada por Khuroo et al.¹², citada no Consenso de Baveno IV⁽¹³⁾ a ligadura elástica foi no mínimo tão eficaz quanto o uso de β -bloqueador na profilaxia primária do sangramento por VE. Dos pacientes avaliados no seguimento do no nosso estudo do programa de ligadura elástica 18 pacientes (23,1%) sem antecedente de hemorragia varicosa (profilaxia primária). Os outros 60 (76,9 %) pacientes tinham história de hemorragia varicosa antes (profilaxia secundária).

Ao se analisar o grau de disfunção hepática, 26 (33,33 %) foram classificados como Child A, 37 pacientes (47,4 %) eram Child B, 15 (19,2 %) como Child C. A média da pontuação pelos critérios de Child-Pugh foi de igual a 9,37 (2,82). Apesar das vantagens

da LE, seus resultados ainda são questionados por alguns autores em pacientes com disfunção hepática avançada, com alguns casos de sangramento maciço relacionados aos graves distúrbios de coagulação⁽¹⁰⁾. Lopes et al. observaram que os portadores de disfunção hepatocelular grave (Child C), apresentaram mais ressangramento e maior mortalidade, além de uma menor taxa de erradicação comparados com aqueles Child A e B⁽¹¹⁾.

Observamos ainda na literatura que pacientes cirróticos classificados como Child-Pugh C geralmente são a minoria nos trabalhos de tratamento endoscópico de VE, variando entre 5% a 37% dos pacientes^(11,15).

Ao comparar o grau de disfunção hepática do nosso estudo, no doutorado de Dos Santos 81,6% dos pacientes foram classificados como Child C, e 18,4% como Child B maior ou igual a 7 pontos. A média da pontuação pelos critérios de Child- Pugh foi de 11 (1,6) e do MELD foi de 11 (3,7), o que refletiu o critério de seleção dos pacientes desse estudo⁽¹⁶⁾.

Quanto ao uso de β -bloqueador, apenas 25,6% dos pacientes do estudo vinham em uso regular de β -bloqueador, semelhante aos achados de outros autores⁽¹⁹⁾.

No que se refere aos achados endoscópicos, 35 pacientes (44,9 %) apresentavam varizes de grosso calibre, enquanto 43 (55,1 %) possuíam varizes de médio calibre, 92,3% (72 pacientes) com sinais da cor vermelha, ou seja, com alto risco de sangramento. Beppu et al.⁽⁶⁾ identificaram como possíveis preditores de um risco aumentado de sangramento por VE a presença de sinais da cor vermelha (“red-wale markings” e “cherry-red spots”), varizes de grosso calibre, varizes de coloração azulada e a presença de esofagite.

Além disso, 46,1% tinham gastropatia hipertensiva portal, a maioria (70%) classificada como

intensa. Apenas quatro (10,5%) pacientes apresentavam varizes de fundo gástrico.

A taxa geral de erradicação das VE neste estudo, foi de 91%, ou seja, 71 pacientes tiveram as VE erradicadas até último período de coleta de dados, semelhante às taxas de erradicação encontradas nos estudos de Hou et al.⁽¹⁸⁾ e Baroncini et al. 20 de 87% e 93%, respectivamente. Apenas dois pacientes em nosso trabalho foram a óbito antes do término do tratamento por hemorragia digestiva alta.

Laine et al.⁽¹⁴⁾ encontraram uma taxa de erradicação menor, de 59%. Neste estudo, a maioria das falhas terapêuticas foi decorrente de abandono do tratamento. Da mesma forma, Gimson et al.⁽²¹⁾, comparando LE e EE no tratamento de VE, obtiveram uma taxa de erradicação de 59%. Lo et al.⁽²²⁾, por sua vez, encontraram uma taxa de erradicação um pouco maior nos pacientes submetidos a LE, de 74%, semelhante à encontrada por de la Pena et al.⁽¹⁵⁾ Lopes et al.⁽¹¹⁾, em seu estudo avaliando os resultados de LE em 128 pacientes, observou uma taxa de erradicação total de 77,3%.

O número médio de sessões de LE necessárias até a erradicação nos 71 pacientes foi 3,5 (1,15), que corresponde a média de sessões observada em diversos outros trabalhos na literatura^(11,18,20,22).

Não há consenso na literatura sobre qual o intervalo ideal entre as sessões no tratamento de VE. Em meta-análise realizada por Laine et al.⁽¹⁴⁾, os sete estudos incluídos utilizaram intervalos de 1 a 3 semanas. É importante salientar que, em nosso estudo, não foi possível se verificar o padrão de intervalo entre cada sessão, talvez por dificuldades do próprio serviço.

CONCLUSÃO

A ligadura elástica de varizes de esôfago foi eficaz para profilaxia primária e secundária do sangramento

varicoso. A principal etiologia da hepatopatia crônica foi o vírus da hepatite B. A maioria dos paciente tinham disfunção hepática Child B, e usaram a terapêutica da ligadura elástica de varizes esofágicas como profilaxia secundária para o sangramento digestivo e maior percentual deles tinham varizes de médio calibre.

REFERÊNCIAS

1. Franchis R. et al; Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. J Hepatol. 2015 Sep;63(3):743-52.
2. Bittencourt PL, et al. Panel of the 1st Brazilian Consensus of Variceal Bleeding, Brazilian Society of Hepatology. Variceal bleeding: consensus meeting report from the Brazilian Society of Hepatology. Arq Gastroenterol. 2010;47(2):202-16.
3. Merli M, et al. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. J Hepatol. 2003;38(3):266-72.
4. Coelho FF, et al. Tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas: conceitos atuais. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. vol.27 no.2 São Paulo Apr./June 2014, <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000200011>
5. Franchis R. Updating consensus in portal hypertension: report of the Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension. J Hepatol 2000;33(5):846-52.
6. Beppu K, et al. Prediction of variceal hemorrhage by esophageal endoscopy. Gastrointest Endosc 1981;27(4):213-8.
7. Thuluvath PJ, Krishnan A. Primary prophylaxis of variceal bleeding. Gastrointest Endosc. 2003 Oct;58(4):558-67.
8. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, Fourdan O, LevY VG, Poupon R. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. Hepatology 2004;40(3):652-9.
9. Franchis R, Primignani M. Endoscopic treatments for portal hypertension. Semin Liver Dis. 1999;19(4):439-55.
10. Sakai P, Maluf Filho F, Melo JM, Ishioka S. Is endoscopic band ligation of esophageal varices contra-indicated in in Child-Pugh C patients? Endoscopy. 1994 Jun;26(5):511-2.
11. Lopes C V, Pereira-Lima JC, Pereira-Lima LF, Hornos AP, Marques DL, Cassal AP, et al. The efficacy of endoscopic ligation for the prevention of variceal rebleeding in cirrhotic patients according to the hepatocellular function. Hepatogastroenterology 2004;51(55):195-200.
12. Khuroo MS, Khuroo NS, Farahat KL, Khuroo YS, Sofi AA, Dahab ST. Meta-analysis: endoscopic variceal ligation for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding. Aliment Pharmacol Ther 2005;21(4):347-61.
13. Franchis R, et al. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J Hepatol 2005;43(1):167-76.
14. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. Ann Intern Med 1995;123(4):280-7.
15. De La Pena J, Rivero M, Sanchez E, Fabrega E, Crespo J, Pons- Romero F. Variceal ligation compared with endoscopic sclerotherapy for variceal hemorrhage: prospective randomized trial. Gastrointest Endosc 1999;49(4 Pt 1):417-23.
16. Santos MMM. Tratamento endoscópico de varizes esofágicas em pacientes cirróticos: ligadura elástica versus injeção de cianoacrilato. São Paulo , 2008. Tese (Programa de Pós-Graduação em Gastroenterologia) -

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

17. Paulo GA, Ardengh JC, Nakao FS, Ferrari AP. Treatment of esophageal varices: a randomized controlled trial comparing endoscopic sclerotherapy and EUS-guided sclerotherapy of esophageal collateral veins. *Gastrointest Endosc* 2006; 63(3):396-402.

18. Hou MC, Lin HC, Kuo BI, Chen CH, Lee FY, Lee SD. Comparison of endoscopic variceal injection sclerotherapy and ligation for the treatment of esophageal variceal hemorrhage: a prospective randomized trial. *Hepatology* 1995;21(6):1517-22.

19. Evrard S, Dumonceau JM, Delhay M, Golstein P, Deviere J, Le Moine O. Endoscopic histoacryl obliteration vs. propranolol in the prevention of esophagogastric variceal rebleeding: a randomized trial. *Endoscopy* 2003;35(9):729-35.

20. Baroncini D, Milandri GL, Borioni D, Piemontese A, Cennamo V, Billi P, et al. A prospective randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the elective treatment of bleeding esophageal varices. *Endoscopy* 1997;29(4):235-4

21. Gimson AE, Ramage JK, Panos MZ, Hayllar K, Harrison PM, Williams R, et al. Randomised trial of variceal banding ligation versus injection sclerotherapy for bleeding oesophageal varices. *Lancet* 1993;342(8868):391-4.

22. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, Hwu JH, Chang CF, Chen SM, et al. A prospective, randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the management of bleeding esophageal varices. *Hepatology* 1995;22(2):466- 71.

23. Ray G. Long-term outcome of endoscopic variceal band ligation of esophageal varices in patients with chronic liver disease. *Indian J Gastroenterol.* 2019 Feb;38(1):69-76. doi: 10.1007/s12664-019-00938-7. Epub 2019 Mar 14.

Fontes de financiamento: Não

Conflito de interesse: Não

Recebido: 27/09/2023

Aprovado: 06/11/2023

Publicação: 31/03/2024