

## COMPLICAÇÕES DA ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA DE VARIZES ESOFÁGICAS

ANTONIO CARDOSO SPARVOLI\*  
CARLOS HENRIQUE MULLER\*\*  
MARCOS ANTONIO BRANDELEIRO\*\*\*  
MARCELO MONTEIRO SOARES\*\*\*

### RESUMO

Os autores abordam as possíveis complicações da escleroterapia endoscópica no tratamento da hemorragia por varizes esofágicas. Concluem que as complicações relacionadas ao procedimento apresentam elevada incidência, sendo que a utilização de grandes volumes de esclerosante a cada sessão é um fator de risco relacionado a várias dessas complicações. Nesse sentido, é justificável um rigoroso acompanhamento dos pacientes após cada sessão, bem como uma correta indicação e seleção dos pacientes candidatos a essa terapia.

**PALAVRAS-CHAVE:** escleroterapia endoscópica, varizes esofagianas, hemorragia digestiva.

### ABSTRACT

The authors review possible complications of endoscopic sclerotherapy in the treatment of esophageal variceal hemorrhage. We conclude that complications related to the procedure present high incidence. The use of large amounts of sclerosant is a risk factor associated to several complications. In this meaning is justifiable a strict attendance of patients after every session and a correct indication and selection of patients candidates to this therapy.

**KEY WORDS:** endoscopic sclerotherapy, esophageal varices, gastro-intestinal bleeding.

## 1 - INTRODUÇÃO

Cinquenta anos se passaram desde o primeiro caso relatado de

---

\* Doutor, Mestre e Professor Titular de Gastroenterologia do Departamento de Medicina Interna da URG.

\*\* Doutorando do 12.º semestre do Curso de Medicina da URG.

\*\*\* Acadêmico do Curso de Medicina da URG.

injeção trasesofágica de um agente esclerosante em varizes de esôfago para prevenir o ressangramento<sup>15</sup>. A partir dos anos oitenta, a escleroterapia endoscópica tornou-se o principal tratamento para o controle da hemorragia por varizes esofágicas<sup>7</sup>, devido à sua eficácia, tanto no sangramento ativo, onde atinge um índice de sucesso na hemostasia inicial de 90-95%<sup>8,13</sup>, como no manejo a longo prazo.<sup>8,10</sup>

A importância das complicações diretamente relacionadas à técnica está crescendo, juntamente com o aumento da popularidade desse método<sup>11</sup>. Embora as complicações maiores apresentem uma baixa incidência, estas são freqüentes<sup>7,10</sup> e cumulativas com o tempo<sup>2,13</sup>, ocorrendo em 38 a 41% dos pacientes que recebem escleroterapia.<sup>2,12</sup>

Em vista da experiência acumulada e da sua ampla utilização, torna-se oportuna uma revisão. Neste artigo analisaremos as principais e as eventuais complicações da escleroterapia endoscópica de varizes.

TABELA 1 - Complicações extra-exofágicas da escleroterapia endoscópica de varizes-esofágicas.

COMPLICAÇÃO	INCIDÊNCIA	N.º REFERÊNCIA
Mediastinite	63%	(7)
Derrame pleural	0 - 50%	(7, 6)
Atelectasia	16%	(7)
Bronquite	8%	(7)
Pneumonia	0 - 5%	(7)
Peritonite bacteriana	3%	(10)
Fístula esofagopleural	1 - 2%	(7)
Pericardite	0,7 - 1%	(5)
Empiema	RARO	(7, 4)
Quilotórax	RARO	(7, 4, 6)
Fístula esofagobrônquica	RARO	(7)
Síndrome da Angústia Resp. do Adulto	RARO	(7, 4, 6)
Hemólise intravascular	RARO	(2)
Hipercoagulopatia	RARO	(8)
Abscesso cerebral	RARO	(10, 5, 3)
Gangrena digital	RARO	(10, 5)

## 2 - CLASSIFICAÇÃO

As complicações da escleroterapia são classificadas em esofágicas e extra-esofágicas<sup>2</sup>. A tabela 1 mostra a incidência das principais complicações extra-esofágicas.

### 2.1 - Complicações esofágicas

Os efeitos iniciais do esclerosante, no sítio de injeção, são a trombose e a inflamação necrotizante, que levam à obliteração das varizes e fibrose<sup>2,6</sup>. Após uma sessão de escleroterapia, juntamente com a trombose esperada, ocorre necrose superficial e profunda da parede do esôfago, com importante inflamação esofágica e dos tecidos adjacentes<sup>4,5,6,7</sup>. Essa inflamação pode ocasionar ulceração superficial e, por vezes, a ulceração profunda do esôfago<sup>7,11</sup>. A fibrose pode ocasionar distúrbios da motilidade com disfagia.<sup>12</sup>

As complicações mais comuns no manejo a longo prazo são a estenose<sup>2,10,12</sup> e a disfagia<sup>12,14</sup>, que podem exigir dilatação do esôfago.<sup>12,14</sup> Embora seja pouco comum, pode ocorrer perfuração do esôfago e evoluir para formação de fístula esôfago-pleural ou esôfago-brônquica<sup>2,7,11</sup>. Geralmente a perfuração ocorre em torno de 7-10 dias após uma sessão, quando então são mais intensas a infiltração leucocitária e a granulação no local<sup>7,11</sup>. Os fatores que contribuem para perfuração incluem um volume maior de 15ml de esclerosante em uma única sessão mais freqüentemente com o polidocanol, sessões freqüentes e o uso concomitante de esteróides.

A perfuração pode ser precedida e/ou acompanhada de febre, dor torácica intensa, que exige o uso de analgésicos narcóticos, disfagia, odinofagia, regurgitação, hematêmese e melena<sup>7</sup>. O tratamento é controverso, porém nos casos de diagnóstico precoce, a sutura primária está indicada.<sup>11</sup>

A mais grave complicação da escleroterapia é o ressangramento<sup>1,9,13,15</sup>, o qual ocorre em 30% dos pacientes que realizam tratamento a longo prazo<sup>1,9,15</sup>. A maioria dos episódios ocorre no primeiro ano de tratamento, e antes de as varizes serem erradicadas<sup>1,13,15</sup>. O aparecimento de grave ressangramento está associado a um alto índice de mortalidade<sup>1,15</sup>. O uso de sucralfato ou antagonistas H<sub>2</sub> pode reduzir a incidência.<sup>15</sup>

### 2.2 - Complicações extra-esofágicas

Entre as complicações extra-esofágicas, as pleuro-pulmonares são as mais freqüentes<sup>2,7</sup>, sendo mais comuns o derrame pleural e a mediastinite<sup>2,6,7</sup>.

Acredita-se que o derrame pleural, bem como a mediastinite e a

pericardite, sejam conseqüência da extensa reação inflamatória que ocorre na parede do esôfago e que acaba por atingir a pleura, o mediastino e o pericárdio<sup>2,5,7</sup>. A violação inflamatória da integridade pleural altera a permeabilidade da membrana, resultando em acúmulo de fluidos no espaço pleural.<sup>3</sup>

O derrame pleural após a escleroterapia apresenta uma incidência que varia de 0 a 50%<sup>6,7</sup>. Mais da metade desses pacientes apresentam derrames pequenos, acometendo menos de 10% de um hemitórax, e não demonstram sintomatologia<sup>2,6,7</sup>. Derrames unilaterais e bilaterais ocorrem com igual freqüência.<sup>3</sup>

Os fatores de risco relacionados ao derrame pleural são o volume do esclerosante utilizado em cada sítio de injeção<sup>2,7</sup> e a injeção intravascular do esclerosante<sup>2,5,7</sup>. O tipo de esclerosante é um fator controverso.<sup>6,7</sup>

Um derrame não-complicado dispensa tratamento, pois ocorre resolução espontânea em poucos dias<sup>6,7</sup>. Entretanto, na presença de febre maior que 38 °C e persistente por mais de 24 horas, acompanhada de dor torácica grave e presença de um derrame moderado a grande, a toracocentese está indicada, para evitar a formação de um empiema.<sup>6,7</sup>

A pericardite cursa com sintomatologia leve, fazendo com que seja muitas vezes negligenciada<sup>5</sup>. Isso, juntamente ao fato de ser um processo autolimitado<sup>2,5</sup>, explicaria a baixa incidência registrada (Tabela 1). Assim, deve ser observada sua possibilidade, através de monitoração cardíaca, para evitar complicações maiores, como o tamponamento cardíaco com pericardite constritiva.<sup>5</sup>

Outras complicações torácicas são a atelectasia, que ocorre associada a um derrame pleural<sup>7</sup>, a pneumonia<sup>2,7</sup>, o empiema<sup>4,7</sup>, a bronquite, o quilotórax<sup>2,5,7</sup> e a Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto.<sup>2,6,7</sup>

Uma complicação infreqüente mas potencialmente fatal é a peritonite, que apresenta um índice de mortalidade de 50%<sup>10</sup>. Deve-se considerar a possibilidade de peritonite em pacientes com aumento de volume abdominal, dor abdominal, febre e outros sinais de sépsis até 72 horas após a escleroterapia.<sup>10</sup>

Foram relatados casos de outras complicações raras, como o abscesso cerebral<sup>4,5,10</sup>, que ocorre devido a êmbolos de fibrina infectados<sup>4</sup>, a hemólise intravascular em pacientes com deficiência de 06-PD<sup>3</sup>, a coagulação intravascular disseminada<sup>8</sup> e a gangrena digital.<sup>5,10</sup>

### 3 - CONCLUSÕES

A escleroterapia, embora seja o método mais utilizado no tratamento da hemorragia por varizes esofágicas, está associada a freqüentes

complicações. Nesse sentido, é recomendável realizar um acompanhamento dos pacientes após cada sessão de escleroterapia, de modo a diagnosticar precocemente possíveis complicações. Além disso, deve-se evitar o uso abusivo de grande quantidade de esclerosante, uma vez que esse é um fator relacionado ao aparecimento de várias dessas complicações.

Finalmente, como todo procedimento eventualmente associado a importantes efeitos colaterais, exige-se uma correta indicação e uma adequada seleção dos pacientes candidatos a essa terapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALANZO, J.; SUCH, J.; SAINZS et al. Long term survival and severe rebleeding after variceal sclerotherapy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 171: 489-92, 1990.
2. BAYDUR, A.; & KORULA, J. Cardiorespiratory effects of endoscopic esophageal variceal sclerotherapy. *Am. J. Med.*, 89: 477-82, 1990.
3. BHATIA, V.; GOENKA, M. K.; KOCHHAR, R.; SUBBARAMAIAH, A. H. U.; METHA, S. K.; Intravascular hemolysis following endoscopic variceal sclerotherapy. *Am. J. Gastroenterol.*, 85: 1435-6, 1990.
4. BOURRIER, J. M.; CHENNEBAULT, J.; CHARNEAU, J.; CHBICHED, M.; HOST, L. Abcès cérébral après sclérothérapie de varices oesophagiennes. *Press Med.*, 19: 1329, 1990.
5. CALLETTI, G. C.; BROCCCHI, E.; LABRIOLA, E.; GASBARRINIG; BARBARA, L. Pericarditis: a probably overlooked complication of endoscopic variceal sclerotherapy. *Endoscopy*, 22: 144-5, 1990.
6. CONNORS, J. R. Complications of endoscopic variceal sclerotherapy. *Chest*, 100-2-3, 1991.
7. EDLINE, J. E.; BACON, B. R. Pleuropulmonary complications of endoscopic variceal sclerotherapy. *Chest.*, 99: 1252-7, 1991.
8. HASHIZUME, M.; YAMAGA, H.; KITANO, S.; SUGIMACCHI, K. Hipercoagulopathy after repeated injection of 5% ethanalamine oleate to sclerose esophageal varices. *Hepatogastroenterology*, 37: 365-8, 1990.
9. PAQUET, K. J.; MERCADO, M. A.; GAD, H. A. Surgical procedures for bleeding esophagogastric varices when sclerotherapy fails: a prospective study. *Am. J. Surg.*, 160: 43-7, 1990.
10. SCHEMBRE, D., & BJORKMAN, D. J. Post-sclerotherapy bacterial peritonitis. *Am. J. Gastroenterol.*, 86: 481-6, 1991.
11. SODERLUND, C.; WIECHEL, K. L. Oesophageal perforation after sclerotherapy for variceal haemorrhage. *Acta. Chir Scand.*
12. SORENSEN, T.; BURCHARTH, F.; PEDERSEN, M. L.; FINDAHL, F. Oesophageal stricture and dysphagia after endoscopic sclerotherapy for bleeding varices. *GUT.*, 25: 473-7, 1994.
13. TERBLANCHE, J. Has sclerotherapy altered the management of patients with variceal bleeding? *Am. J. Surg.*, 160: 37-42, 1990.
14. THE VETERANS AFFAIRS COOPERATIVE VARICEAL SCLEROTHERAPY GROUP. Prophylactic sclerotherapy for esophageal varices in men with alcoholic liver disease: a randomized, single-blind, multicenter clinical trial. *New Eng J Med.*, 324: 1779-84, 1991.
15. WESTABY, D. & WILLIAMS, R. Status of sclerotherapy for variceal bleeding in 1990. *Am. J. Surg.*, 160: 32-36, 1990.