

Rastreio de varizes esofágicas em doentes com hipertensão portal

Haverá lugar para um método não endoscópico?

*Prediction of oesophageal varices in portal hypertension
Is there a place for a non-invasive method?*

Luís Jasmins¹

A hipertensão portal é uma manifestação frequente da cirrose hepática e o desenvolvimento de varizes esofágicas (VE) uma das suas principais complicações. A prevalência de VE em doentes com cirrose hepática descompensada situa-se entre os 60% e os 80 %.

A hemorragia por rotura de VE constitui um dos eventos com maior impacto negativo na história natural da cirrose comportando uma mortalidade compreendida entre os 17% e os 57%. O risco de hemorragia está relacionado com o tamanho das VE, a presença de "sinais vermelhos" e o estadio da doença na classificação de Child-Pugh.

Tendo em conta a significativa morbi e mortalidade associada à hemorragia por rotura de VE, está recomendada desde 1996, após a reunião - Single Topic Symposium - da American Association for the Study of the Liver - o rastreio desta patologia através da realização de uma esofagogastroduodenoscopia (EGD). Esta deve ser repetida no intervalo de 2 a 3 anos em doentes sem varizes e no intervalo de 1 a 2 anos nos doentes com varizes de pequeno calibre.

Reuniões de consenso mais recentes (Reunião conjunta AASL e EASL em 2008 e Baveno V em 2010) reiteram esta recomendação a fim de identificar precocemente, os doentes que podem beneficiar da terapêutica profilática.

A profilaxia primária em varizes de alto risco com fármacos beta bloqueantes ou laqueação elástica endoscópica, reduz a incidência de hemorragia em aproximadamente 50%.

A EGD é contudo um método invasivo, desconfortável, e implica disponibilidade de recursos económicos, podendo nalguns países, não estar disponível em todas as áreas do seu território.

Por outro lado a *compliance* dos doentes cirróticos muitas vezes distancia-se da ideal e necessária para cumprir um programa de rastreio de VE.

Com a finalidade de reduzir o numero de EGD no estudo da hipertensão portal, múltiplos métodos não invasivos tem sido propostos para seleccionar os doentes com e sem VE.

Estes métodos são baseados fundamentalmente em parâmetros laboratoriais (contagem de plaquetas, INR, albuminémia, índice de Forns, índice de Lok) e imagiológicos

(diâmetros hepático, esplénico e da veia porta).

Testes recentes e de patente registada baseados em marcadores séricos, Fibrotest-Fibrosure ou na elastografia, Fibroscan, por serem dispendiosos, não estão ainda disponíveis na maioria dos hospitais.

A trombocitopenia tem sido indicada como um parâmetro com valor preditivo da existência de VE, contudo, existem múltiplas causas que podem influir na contagem das plaquetas (hiperesplenismo, destruição plaquetar por anticorpos, diminuição da trombopoietina e o efeito mielotóxico do álcool) alterando o seu valor preditivo quando utilizado isoladamente.

Já a esplenomegália nos doentes com cirrose está relacionada principalmente com as alterações vasculares da hipertensão portal.

Vários autores obtiveram melhores resultados discriminativos com a utilização de parâmetros compostos, isto é a razão entre um valor laboratorial e um imagiológico (razão do diâmetro do lobo hepático direito/ albumina ou a contagem das plaquetas/diâmetro bipolar do baço)

Este ultimo método (razão da contagem das plaquetas/diâmetro bipolar do baço) (CP/DB), foi proposto em 2003 por Giannini E., Neste estudo foi descrito o *cut-off* de 909 como tendo um valor preditivo negativo de 100% e preditivo positivo de 96% para a existência de VE de qualquer calibre.

Este mesmo autor publicou em 2006, um estudo prospectivo, multicêntrico e internacional em que obtém resultados ligeiramente inferiores aos anteriormente descritos. Contudo refere que a eficácia deste método foi confirmada em diferentes populações, nos diversos estadios de gravidade da cirrose (escala de Child-Pugh) assim como nas várias etiologias da doença (viral, alcoólica e metabólica).

Como consequência prática da validação deste método (CP/DB), o autor propõe no âmbito da profilaxia primária da hemorragia por rotura de VE, que os doentes com uma razão da CP/DB superior a 909 não necessitam de ser submetidos a EGD ou a terapêutica profilática.

Este método não invasivo, pelos altos valores discriminativos que obteve (valor preditivo negativo de 100%) tem sido objecto de estudos confirmativos.

Alguns trabalhos validam o valor deste método e advo-

¹Local de trabalho: Serviço de Gastrenterologia do Hospital do Funchal; Email: luismjamins@sapo.pt

gam a sua utilização embora sem nunca obterem os resultados descritos nos trabalhos de Giannini. Outros estudos porém não confirmam a validade deste parâmetro na discriminação da presença de VE e não recomendam a substituição da EGD pelo score CP/DB.

Esta falta de afirmação transparece, aliás, nas conclusões de Baveno V, quando referem que as técnicas não invasivas para identificar os doentes com hipertensão portal clinicamente significativa, constituem ainda uma área em que são necessários mais estudos.

Neste número do GE, Miguel Afonso do Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho publica o artigo "Manifestações da hipertensão portal grave: validação de score não invasivo"⁹. Trata-se de um estudo retrospectivo de 170 doentes com cirrose hepática e tem por objectivo testar, numa população portuguesa, a validação do score CP/DB utilizando o *cut-off* de 909, na previsão da presença de VE e outras manifestações de hipertensão portal grave.

Em relação às conclusões, remete-vos para a leitura do interessante artigo de Miguel Afonso, limitando-me apenas a referir que estão de acordo com a mais recente literatura publicada.

REFERÊNCIAS

1. Garcia-Tsao G, Bosch J, Groszmann R. Portal hypertension and variceal bleeding, unresolved issues. Summary of an American Association for the study of liver disease and European Association for the study of the liver single-topic conference. *Hepatology* 2008;47:1764-1772.
2. de Franchis R, Baveno V Faculty. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol.* 2010;53:762-768.
3. Giannini E, Botta F, Borro P, *et al.* Platelet count/spleen diameter ratio: proposal and validation of a non-invasive parameter to predict the presence of esophageal varices in patients with liver cirrhosis. *Gut* 2003;52:1200-1205.
4. Giannini EG, Zaman A, Kreil A, *et al.* Platelet count/spleen diameter ratio for the noninvasive diagnosis of esophageal varices: results of a multicenter, prospective, validation study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2511-2519.
5. Mattos AZ, MattosAA,Vianna FF, *et al.* Platelet count/spleen diameter ratio: analysis of its capacity as a predictor of the existence of esophageal varices. *Arq Gastroenteol.*2010;47:275-278.
6. Abu El Makarem, Shatat ME, ShakerY, *et al.* Platelet count/bipolar spleen diameter ratio for the prediction of esophageal varices: The special Egyptian situation. *Hepat Mon.*2011;11:278-284.
7. Alempijevic T, Bulat V, Djuranovic S, *et al.* Righth liver lobe/albumin ratio : contribution to non-invasive assessment of portal hypertension. *World J Gastroenterol.* 2007;13:5331-5335.
8. Sebastiani G, Tempesta D, Fattovich G, *et al.* Prediction of oesophageal varices in hepatic cirrhosis by simple serum non-invasive markers: Results of a multicenter, large-scale study. *Journal of Hepatology* 2010;vol 53;630-638.
9. Afonso M, Pinto J, Veloso R, *et al.* Manifestações da hipertensão portal grave: validação de score não invasivo. *GE-J Port-Gas-treterol* 2012;19:21-25.