

Protocolo institucional de sangramento gastrointestinal oculto e anemia ferropriva sem causa aparente

Institutional protocol of occult gastrointestinal bleeding and iron deficiency anemia with no apparent cause

Górki Pires de Andrade^{1,2}. 

Lucia Libanez Bessa Campelo Braga³. 

José Milton de Castro Lima³. 

Danni Wanderson Nobre Chagas³. 

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, Ceará, Brasil.

3 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Produzir um protocolo institucional para a investigação e manejo de sangramento gastrointestinal oculto e anemia ferropriva sem causa aparente, baseado nas principais evidências científicas. **Metodologia:** Revisão da literatura relevante sobre o tema publicada nos últimos 10 anos e disponível no banco de dados do *Pubmed* e produção de um protocolo baseado nas evidências encontradas. **Resultados:** Na maioria dos adultos com anemia ferropriva, com ou sem sangue oculto nas fezes positivo, sem uma fonte óbvia de perda sanguínea, a avaliação do trato gastrointestinal é indicada. O primeiro passo é o tratamento antiparasitário e a pesquisa de doença celíaca com sorologia. Depois disso, a realização de endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia no mesmo momento. Deve ser feita a pesquisa de *Helicobacter pylori* e tratamento, caso presente. Além disso, a biópsia duodenal é sugerida para confirmar o diagnóstico de doença celíaca, caso a sorologia seja positiva ou ainda exista forte suspeita clínica. Se até este momento não seja encontrada a etiologia do quadro clínico, pode-se considerar a realização de uma 2ª EDA. Os próximos passos devem ser baseados em avaliação multiprofissional e podem incluir cápsula endoscópica, mielograma e até mesmo cirurgia.

Palavras-chave: Anemia ferropriva. Hemorragia. Endoscopia.

ABSTRACT

Objective: To produce an institutional protocol for investigation and management of occult gastrointestinal bleeding and iron deficiency anemia without identifiable cause, based on the best scientific evidences. **Methods:** Literature review on this topic published in the last 10 years and available on Pubmed database and elaboration of a protocol based on the found evidence. **Results:** On most adults with iron deficiency anemia, with or without positive fecal occult blood test, without an obvious source of bleeding, the evaluation of the gastrointestinal tract is indicated. The first step is treatment of intestinal parasitic infections and serologic evaluation for celiac disease. Thereafter, it is recommended to perform esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy at the same setting, then, testing for *Helicobacter pylori*, followed by treatment, if positive. Duodenal biopsy is suggested to confirm the diagnosis of celiac disease in case serologic test is positive or there is strong clinic suspicion. If at this moment, the etiology is not found, a second look endoscopy must be considered. The next steps should be based on a multiprofessional evaluation, and can include video capsule endoscopy, bone marrow aspiration and/or biopsy or even surgery.

Keywords: Iron deficiency anemia. Hemorrhage. Endoscopy.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Górki Pires de Andrade, Rua Mário Mamede, 555, Bairro de Fátima, Fortaleza, Ceará. CEP: 60415-000. E-mail: gorkipires@gmail.com.

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 02 Fev 2024; Revisado em: 25 Mar 2024; Aceito em: 08 Ago 2024.

CONCEITOS

Anemia ferropriva pode ser identificada laboratorialmente, de forma geral, quando os níveis de hemoglobina estão < 13 g/dL em homens e < 12 g/dL em mulheres não-gestantes e os estoques corporais de ferro estão reduzidos.¹ Achados que também podem estar presentes e reforçar o diagnóstico são as hemácias microcíticas (com volume corpuscular médio reduzido) e hipocrômicas (com hemoglobina corpuscular média reduzida). A ferritina sérica é o teste mais comumente utilizado para avaliar a deficiência de ferro. Segundo uma revisão sistemática, o ponto de corte de ferritina de 45 ng/mL tem sensibilidade de 85% e especificidade de 92% para deficiência de ferro, o que aumenta a identificação de pacientes que realmente têm ferropenia e permite um índice de falsos-positivos aceitável.^{2,3}

Em alguns pacientes, como aqueles com condições inflamatórias crônicas ou doença renal crônica, a ferritina pode não refletir de forma acurada os estoques de ferro corporal, por se comportar como um marcador inflamatório. Nessas situações, outros exames podem auxiliar a avaliação clínica, como a proteína C reativa (PCR), os níveis de ferro sérico, o índice de saturação de transferrina (IST) e o receptor de transferrina solúvel.²

Sangramento gastrointestinal obscuro é definido como sangramento recorrente em que a fonte não é identificada por métodos diagnósticos, como endoscopia digestiva alta (EDA) e ileocolonoscopia e é subdividido em manifesto e oculto.⁴

O sangramento oculto é aquele que não é flagrado pelo paciente ou pelo médico, sendo identificado por meio do teste de sangue oculto nas fezes (SOF) positivo ou anemia ferropriva (com ou sem a positividade do SOF).⁴

OBJETIVOS

Produção de um protocolo institucional para auxiliar na investigação e manejo de sangramento gastrointestinal oculto e anemia ferropriva sem causa aparente e sem outras manifestações clínicas, baseado nas principais evidências científicas atuais.

JUSTIFICATIVAS

A anemia pode ser encontrada em aproximadamente um terço da população global,¹ sendo a deficiência de ferro a sua principal representante, responsável por mais da metade dos casos.²

Em pacientes homens ou mulheres no pós-menopausa com achado de anemia ferropriva isolada, presume-se que a causa seja perda sanguínea gastrointestinal, até que se prove o contrário, mesmo com teste de SOF negativo.⁴

O sangramento oculto corresponde a 5-10% dos sangramentos do trato gastrointestinal e a maioria dos casos

tem origem no intestino médio, porção localizada entre o ângulo de Treitz e a válvula ileocecal.⁴

METODOLOGIA

Foi realizada revisão da literatura relevante sobre o tema, publicada nos últimos 10 anos e disponível no banco de dados do *Pubmed*.

A partir das principais evidências encontradas, foi produzida uma proposta de protocolo para condutas.

Esta sugestão de protocolo ainda não foi aprovada por uma instituição de saúde até o momento da submissão à esta revista, mas foi submetida como trabalho de conclusão de curso do autor no programa de Residência Médica de Gastroenterologia do Hospital Universitário Walter Cantídio.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E MANEJO

Indivíduos diagnosticados com anemia ferropriva devem ser, em um primeiro momento, amplamente investigados, na tentativa de identificar possíveis causas para esta síndrome e evitar condutas adicionais desnecessárias. Quando outros sinais e/ou sintomas também estão presentes, a investigação clínica deve ser direcionada, seguindo as recomendações baseadas nas melhores evidências para cada situação específica.²

Quando estamos diante de um quadro de anemia ferropriva assintomática e sem uma causa aparente, duas condições muito prevalentes no nosso meio e que podem se apresentar dessa forma devem ser lembradas: parasitoses intestinais e doença celíaca.

Considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde de realizar o tratamento preventivo periódico de helmintoses em áreas de considerável endemicidade, como é o caso do Brasil (mesmo em indivíduos saudáveis) e as dificuldades operacionais e de disponibilidade dos exames parasitológicos, recomenda-se prescrever um curso empírico de antiparasitários com esquema que apresente boa cobertura tanto para helmintos e protozoários, como o Albendazol associado a Secnidazol ou Nitazoxanida isoladamente.

No caso da doença celíaca, por ter sua prevalência em torno de 1% na maioria das populações e por apresentar um amplo espectro de manifestações clínicas, inclusive na forma de anemia ferropriva isoladamente, ela deve ser pesquisada. Nos indivíduos com dieta sem restrição ao glúten, o teste inicial recomendado para o rastreio é a dosagem sérica do anti-transglutaminase IgA. É indicado dosar a IgA sérica total para evitar falsos-negativos naqueles com deficiência de IgA. Caso o anticorpo seja negativo, se não houver outra justificativa, a investigação para a doença pode ser encerrada. Caso o anticorpo seja positivo, o próximo passo

para confirmar doença celíaca é a biópsia duodenal (bulbo e 2ª porção).^{5,6}

Se essas condutas iniciais menos invasivas não forem elucidativas, o próximo passo é a realização de EDA e ileocolonosopia no mesmo momento. Deve ser tentado o máximo possível intubar o íleo e avaliar cuidadosamente a mucosa do seu segmento distal. Na indisponibilidade de testes não invasivos para a pesquisa de *Helicobacter Pylori*, como o teste respiratório e a pesquisa de antígeno fecal, deve ser aproveitado o momento da endoscopia para realizar a pesquisa da bactéria e tratar, se presente. Caso estejam disponíveis os testes não invasivos, recomenda-se realizá-los apenas se os métodos endoscópicos não diagnosticarem a causa da anemia. A infecção por *H. pylori* pode causar gastrite atrófica e hipocloridria, podendo diminuir a absorção de ferro.²

A biópsia duodenal não é recomendada de rotina, apenas se o teste sorológico for positivo ou houver outra indicação bem estabelecida, segundo as melhores evidências científicas, como no caso de o duodeno apresentar-se anormal macroscopicamente.²

Em mulheres assintomáticas no pré-menopausa que resistem fortemente à realização de EDA, apesar do pequeno risco, particularmente mais jovens e que devem apresentar outras razões plausíveis para a anemia ferropriva, e que, mesmo depois de serem bem orientadas, colocam pouco valor no risco (baixo) de deixar de diagnosticar causas mais sérias como neoplasias, pode-se considerar um curso inicial de reposição de ferro, levando em consideração o grau da anemia, idade, outros fatores de risco e o total esclarecimento da paciente. Essa decisão deve ser sempre compartilhada e individualizada. Caso haja refratariedade ou recidiva da anemia após a suspensão da terapia, é recomendado seguir na investigação.²

Em pacientes cujos exames endoscópicos iniciais não identificaram alterações relevantes para o quadro, uma segunda EDA pode ser considerada. É uma conduta controversa, que parece ter mais valor nos casos de sangramento obscuro manifesto do que no sangramento oculto.⁴

Em pacientes assintomáticos e não complicados com endoscopia bidirecional negativa, a Associação Americana de Gastroenterologia sugere prescrever um curso de suplementação de ferro oral para avaliar a resposta antes de prosseguir na investigação, mas faltam estudos de qualidade que reforcem o benefício dessa conduta diretamente. Essa conduta de reposição de ferro não se aplica em pacientes hospitalizados com anemia importante aguda e com potencial necessidade de transfusões. É preciso também ter cautela em outros casos em que a identificação de uma patologia do intestino delgado é relevante e mudará a conduta, como naqueles pacientes que utilizam anticoagulantes e/ou antiplaquetários.

Nesses casos e naqueles em que a anemia ferropriva persistiu ou recorreu apesar da reposição adequada de ferro, recomenda-se avaliar o intestino delgado. O método mais recomendado na literatura é a cápsula endoscópica, mas outros exames podem ser considerados, como a enterotomografia ou enterorressonância, dependendo da disponibilidade, e até mesmo como uma forma de excluir áreas de estenose ou outras alterações da perviedade do trato gastrointestinal que possam contraindicar o uso da cápsula endoscópica.^{2,4}

A cápsula endoscópica permite uma avaliação não invasiva do intestino delgado inteiro em 79-90% dos pacientes, com um rendimento diagnóstico de 38-83%. É um exame que apresenta altos valor preditivo positivo (94-97%) e negativo (83-100%) na avaliação gastrointestinal.⁴

No caso do sangramento gastrointestinal oculto, quando a endoscopia bidirecional e cápsula endoscópica não forem elucidativas, enteroscopia é uma alternativa, porém esse exame é pouco disponível em grande parte do Brasil.⁴

Caso ainda não seja possível identificar a causa até esse ponto, o ideal é revisar o caso e refazer a anamnese e exame físico buscando sinais/sintomas que surgiram ou não foram identificados em um primeiro momento, e que possam direcionar a investigação. Além disso, é importante discutir o caso de forma multidisciplinar, ouvindo a opinião de outras especialidades, como a Hematologia, Endoscopia, Cirurgia digestiva e Coloproctologia para definir a melhor abordagem, que em casos específicos pode incluir avaliação da medula óssea (mielograma com ou sem biópsia) e cirurgia (com ou sem enteroscopia no intraoperatório).⁴

Um outro fator a ser levado em consideração na investigação e no seguimento clínico desses pacientes é o risco de ressangramento. Ele pode influenciar na escolha de uma conduta expectante ou um acompanhamento mais regular, com realização de exames invasivos adicionais.⁷

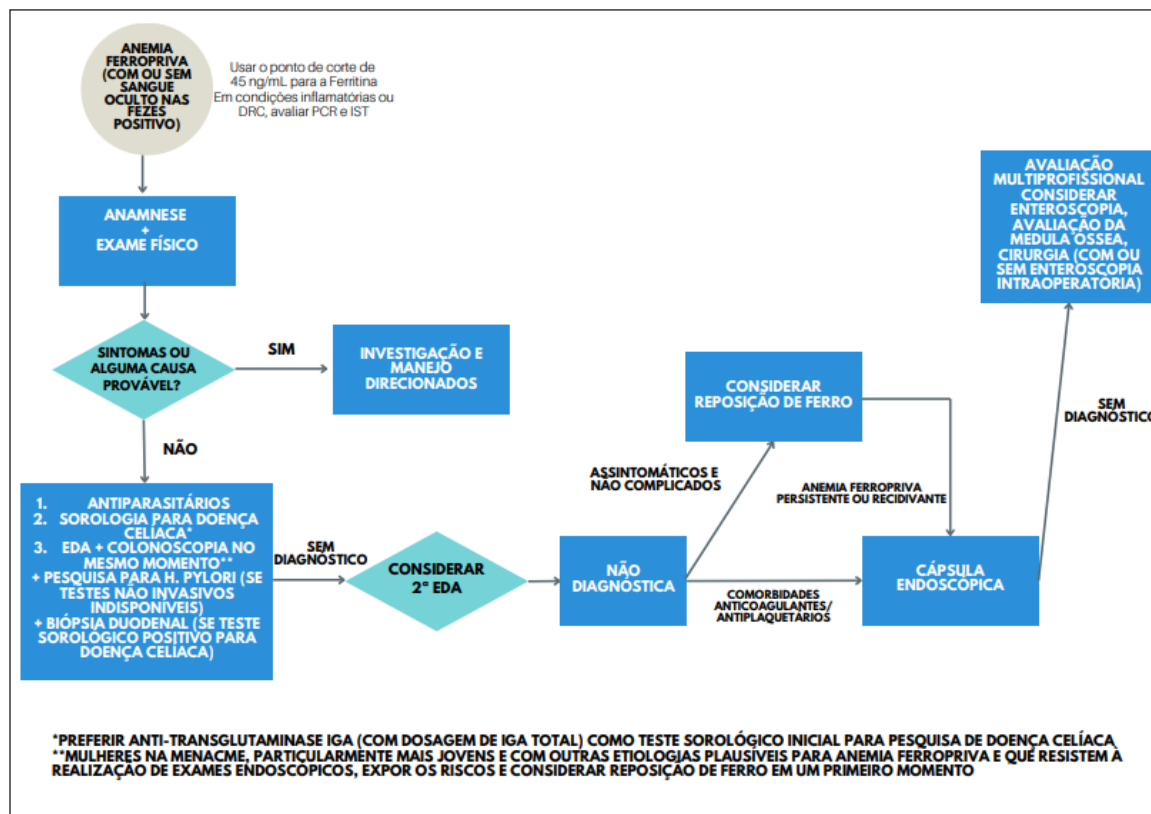
Foram criados vários escores para ajudar na estratificação do risco de ressangramento, como o RHEMITT, PRSBB e o modelo de predição com 5 variáveis. Uma limitação na aplicação desses escores na prática clínica é a falta de validação externa.⁷

A Figura 1 a seguir resume a sequência de condutas sugeridas acima.

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuem, direta ou indiretamente, com o adequado funcionamento do serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Walter Cantídio, com dedicação e compromisso, incluindo os residentes, professores, preceptores e demais profissionais de saúde da Gastroenterologia, Hepatologia e Endoscopia.

Figura 1. Fluxograma com o resumo da sequência de condutas sugeridas pelo protocolo institucional.



REFERÊNCIAS

1. Cappellini MD, Musallam KM, Taher AT. Iron deficiency anaemia revisited. J Intern Med. 2020;287(2):153-170.
2. Ko CW, Siddique SM, Patel A, Harris A, Sultan S, Altayar O, et al. AGA clinical practice guidelines on the gastrointestinal evaluation of iron deficiency anemia. Gastroenterol. 2020;159(3):1085-1094.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Ali M, Willan A, McIlroy W, Patterson C. Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia: an overview. J Gen Intern Med. 1992;7(2):145-153.
4. Naut ER. The approach to occult gastrointestinal bleed. Med Clin. 2016;100(5):1047-1056.
5. Rubio-Tapia A, Hill ID, Semrad C, Kelly CP, Greer KB, Limketkai BN, et al. American College of Gastroenterology guidelines update: Diagnosis and management of celiac disease. Am J Gastroenterol. 2023;118(1):59-76.
6. Leonard MM, Sapone A, Catassi C, Fasano A. Celiac disease and nonceliac gluten sensitivity: a review. Jama. 2017;318(7):647-656.
7. Kim JH, Nam SJ. Prediction models for recurrence in patients with small bowel bleeding. World J Clin Cases. 2023;11(17):3949-3957.

Como citar:

Andrade GP, Braga LL, Lima JM, Chagas DW. Protocolo institucional de sangramento gastrointestinal oculto e anemia ferropriva sem causa aparente. Rev Med UFC. 2026;66:e92880.