ReGeo ISSN: 2177-3246

HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICOSA NO PACIENTE CIRRÓTICO: ATUALIZAÇÕES NO MANEJO DO CONTROLE HEMODINÂMICO, ENDOSCOPIA E TIPS

VARICEAL GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS: UPDATES IN HEMODYNAMIC MANAGEMENT, ENDOSCOPY, AND TIPS

HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICOSA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO: ACTUALIZACIONES EN EL MANEJO HEMODINÁMICO, ENDOSCOPIA Y TIPS

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-002

Data de submissão: 01/09/2026 **Data de publicação:** 01/10/2026

Julia Bianchi da Costa
Médica
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
E-mail: drajuliabianchi@gmail.com

Matheus Henrique Gutierris
Especialista em Clínica Médica pela Santa Casa de Maringá
Instituição: Centro Universitário Ingá; Santa Casa de Maringá
E-mail: matheusgutierris@hotmail.com

Lorena Neves Rezende
Médica
Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)
E-mail: lorenanevesr@gmail.com

Beatriz Drumond Souto Dianese
Medicina
Instituição: Pontifícia Universidade Católica – Campus Betim
E-mail: biadianeses2@gmail.com

Tamilis de Azevedo Neves
Medicina
Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: nevestamilis@gmail.com

Livio Napoleao Lima Melo
Estudante de Medicina
Instituição: Centro Universitário UNICET
E-mail: livionapoleao@hotmail.com

Emily Carboni Silveira Neto
Médica
Instituição: IMED (atual Atitus) – Passo Fundo, RS
E-mail: draemilysn@gmail.com

Allan Guimel Figueiredo Etelvino
Médico
Instituição: Universidade Federal do Cariri (UFCA)
E-mail: allanguimel@gmail.com

Morgana Tavares Dantas Sousa
Residência médica em Medicina de Emergência
Instituição: Hospital Regional do Cariri / IDOMED Juazeiro
E-mail: morgtds@gmail.com

Leandro Alvares de Oliveira
Médico
Instituição: Universidade Federal do Acre
E-mail: leandroalvares88@hotmail.com

Larissa Bruner Oliveira Corrêa
Graduanda de Medicina
Instituição: Universidade Nove de Julho – Guarulhos/SP
E-mail: larissa.brunercorrea@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0002-2671-942X

Pedro Henrique Soares Pinheiro Rocha
Pós-graduação em Terapia Intensiva (Einstein)
Instituição: Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE) – Montes Claros; Einstein
E-mail: pedrospinheiros@hotmail.com

Tatiane Katharine Rodrigues de Medeiros
Medicina
Instituição: Centro Universitário Unifacisa – Campina Grande, PB
E-mail: tatianekatharine@gmail.com

Anísio Virgolino da Silva Filho
Residência em Área Básica em Cirurgia Geral
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)/ Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG)
E-mail: anisionico@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0001-7481-2090

Amanda Marques Muniz
Medicina
Instituição: (UFMA)
E-mail: amandamarquesmuniz@gmail.com

Gustavo Boscoli Galindo Campos Silva
Estudante do 12º período de Medicina
Instituição: Universidade de Cuiabá (UNIC)
E-mail: gbgalindo02@gmail.com

Emanuelly Cristina dos Santos
Médica
Instituição: Universidade de Cuiabá (UNIC)
E-mail: manusantos1401@gmail.com

Clara Raphaelly Nogueira Batista Martins
Graduanda em Medicina
Instituição: Faculdade de Medicina Zarns Itumbiara/GO
E-mail: clararnbmartins@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0007-5390-3472

Nayanna Monyse Ximenes de Oliveira
Médica
Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
E-mail: dra.nayximenes@gmail.com

Vitória Moysés de Arruda
Médica
Instituição: Faculdade Santa Marcelina (FASM)
E-mail: vitoriaarruda_10@hotmail.com

Fernanda Alves Gimenes Siqueira
AC Medicina
Instituição: Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) – Teresópolis
E-mail: contato@fernandagimenes.com.br

RESUMO
A hemorragia digestiva varicosa permanece uma emergência de alta letalidade na cirrose descompensada e exige integração rápida entre ressuscitação, terapia vasoativa, profilaxia antibiótica, endoscopia e descompressão portal. O objetivo desta revisão integrativa foi sintetizar as evidências contemporâneas sobre controle hemodinâmico, tratamento endoscópico e papel do shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) na hemorragia varicosa em adultos com cirrose. A busca foi conduzida no PubMed/MEDLINE em 23 de setembro de 2026. A estratégia principal recuperou 189 registros e as buscas complementares, 508; o rastreamento reverso não acrescentou novos registros. Após remoção de duplicatas e aplicação dos critérios de elegibilidade, 14 estudos primários compuseram a síntese principal; revisões sistemáticas, metanálises e documentos Baveno VIII, ESGE e AASLD foram utilizados para contextualização. As evidências sustentam transfusão restritiva, com alvo habitual de hemoglobina de 7–8 g/dL, início imediato de vasoativos e antibióticos e endoscopia em até 12 horas após ressuscitação. A ligadura elástica é preferida nas varizes esofágicas, enquanto cianoacrilato e técnicas guiadas por ultrassonografia endoscópica são relevantes nas varizes gástricas. Em pacientes de alto risco com sangramento esofágico ou por varizes gastroesofágicas tipo 1 (GOV1), o TIPS preemptivo deve ser considerado em até 72 horas, idealmente nas primeiras 24 horas. Evidências recentes também reforçam a descompressão portal precoce após sangramento de varizes fundais selecionadas. Na hemorragia varicosa esofágica refratária ao tratamento farmacológico e endoscópico, o stent esofágico recoberto pode ser empregado como terapia de ponte, quando disponível, até a realização de TIPS de resgate. Conclui-se que estratificação precoce, definição anatômica das varizes e acesso oportuno à endoscopia avançada e radiologia intervencionista são determinantes para reduzir ressangramento e mortalidade.

Palavras-chave: Hemorragia Varicosa. Cirrose. Hipertensão Portal. Endoscopia. TIPS.

ABSTRACT
Acute variceal gastrointestinal bleeding remains a high-mortality emergency in decompensated cirrhosis and requires rapid integration of resuscitation, vasoactive therapy, antibiotic prophylaxis, endoscopy, and portal decompression. This integrative review aimed to synthesize contemporary evidence on hemodynamic control, endoscopic treatment, and the role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in adults with cirrhosis and variceal bleeding. PubMed/MEDLINE was searched on September 23, 2026. The main search retrieved 189 records and complementary searches retrieved 508; backward reference tracking added no new records. After duplicate removal and application of the eligibility criteria, 14 primary studies were included in the main synthesis; systematic reviews, meta-analyses, and Baveno VIII, ESGE, and AASLD guidance were used for contextualization. Evidence supports restrictive transfusion, usually targeting hemoglobin 7–8 g/dL, immediate vasoactive drugs and antibiotics, and endoscopy within 12 hours after resuscitation. Endoscopic band ligation is preferred for esophageal varices, whereas cyanoacrylate and endoscopic ultrasound-guided techniques are important for gastric varices. In high-risk esophageal bleeding or type 1 gastroesophageal varices (GOV1), pre-emptive TIPS should be considered within 72 hours, ideally within 24 hours. Recent randomized evidence also supports early portal decompression after selected fundal variceal bleeding. In refractory esophageal variceal bleeding despite pharmacologic and endoscopic therapy, a covered esophageal stent may be used as bridging therapy, when available, until rescue TIPS can be performed. Early risk stratification, anatomical definition of varices, and timely access to advanced endoscopy and interventional radiology are therefore central to reducing rebleeding and mortality.

Keywords: Variceal Bleeding. Cirrhosis. Portal Hypertension. Endoscopy. TIPS.

RESUMEN
La hemorragia gastrointestinal por varices sigue siendo una emergencia altamente letal en la cirrosis descompensada y requiere la integración rápida de reanimación, terapia vasoactiva, profilaxis antibiótica, endoscopia y descompresión portal. El objetivo de esta revisión integradora fue sintetizar la evidencia actual sobre el control hemodinámico, el tratamiento endoscópico y el papel de la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) en la hemorragia por varices en adultos con cirrosis. La búsqueda se realizó en PubMed/MEDLINE el 23 de septiembre de 2026. La búsqueda inicial arrojó 189 registros y las búsquedas complementarias, 508; la búsqueda inversa no añadió ningún registro nuevo. Tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios de elegibilidad, 14 estudios primarios conformaron la síntesis principal; se utilizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y documentos de Baveno VIII, ESGE y AASLD para la contextualización. La evidencia respalda la transfusión restrictiva, con un objetivo típico de hemoglobina de 7–8 g/dL, el inicio inmediato de fármacos vasoactivos y antibióticos, y la endoscopia dentro de las 12 horas posteriores a la reanimación. La ligadura con banda elástica es la preferida para las varices esofágicas, mientras que las técnicas endoscópicas guiadas por cianoacrilato y ultrasonido son relevantes para las varices gástricas. En pacientes de alto riesgo con hemorragia esofágica o varices gastroesofágicas tipo 1 (GOV1), se debe considerar la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) preventiva dentro de las 72 horas, idealmente dentro de las primeras 24 horas. La evidencia reciente también refuerza la descompresión portal temprana después de una hemorragia por varices fúndicas seleccionadas. En la hemorragia por varices esofágicas refractaria al tratamiento farmacológico y endoscópico, se puede utilizar un stent esofágico recubierto como terapia puente, cuando esté disponible, hasta que se realice la TIPS de rescate. Se concluye que la estratificación temprana, la

definición anatómica de las varices y el acceso oportuno a la endoscopia avanzada y la radiología intervencionista son cruciales para reducir el resangrado y la mortalidad.

Palabras clave: Hemorragia por Varices. Cirrosis. Hipertensión Portal. Endoscopia. TIPS.

1 INTRODUÇÃO

A hemorragia digestiva decorrente da ruptura de varizes gastroesofágicas constitui uma complicação definidora de descompensação da cirrose e permanece associada a risco expressivo de falha precoce, ressangramento e morte. Sua fisiopatologia é inseparável da hipertensão portal: o aumento sustentado da resistência intra-hepática e do fluxo esplâncnico favorece a formação de colaterais portossistêmicas, cuja ruptura ocorre quando a tensão da parede supera sua capacidade de contenção. Apesar dos avanços farmacológicos, endoscópicos e radiológicos, o episódio agudo continua sendo tempo-dependente e requer integração entre estabilização, hemostasia e redução da pressão portal (Baveno VIII Faculty, 2026; Kaplan et al., 2024).

O paradigma atual afastou-se de uma estratégia centrada exclusivamente na hemostasia endoscópica. A ressuscitação deve preservar a perfusão sem hipertransfusão; drogas vasoativas devem ser iniciadas ainda na suspeita clínica; a profilaxia antibiótica integra o tratamento desde a apresentação; e a endoscopia deve ocorrer precocemente após estabilização. O consenso Baveno VIII, publicado em 2026, reforçou esse modelo integrado e atualizou pontos relacionados à transfusão, tempo da endoscopia, TIPS preemptivo, terapias de ponte e tratamento de varizes gástricas (Baveno VIII Faculty, 2026; Gralnek et al., 2022).

Outro avanço decisivo foi a consolidação do TIPS preemptivo como estratégia para pacientes com alto risco de falha do tratamento convencional. Ensaios randomizados demonstraram que a descompressão portal antes do ressangramento pode melhorar o prognóstico em grupos selecionados, particularmente em hemorragia por varizes esofágicas ou varizes gastroesofágicas tipo 1 (GOV1) de alto risco. A evidência mais recente também ampliou a discussão do TIPS para varizes fundais, em que o ensaio GAVAPROSEC demonstrou redução importante do desfecho composto de morte ou ressangramento após hemostasia inicial (García-Pagán et al., 2010; Lv et al., 2019; Cervoni et al., 2025).

A complexidade é ainda maior nas varizes gástricas cardiofundais, especialmente varizes gastroesofágicas tipo 2 (GOV2) e varizes gástricas isoladas tipo 1 (IGV1), nas quais calibre, fluxo e shunts espontâneos modificam a escolha entre cianoacrilato, terapias guiadas por ultrassonografia endoscópica (EUS), TIPS, embolização e obliteração transvenosa retrógrada. Ensaios recentes comparando estratégias endoscópicas e radiológicas demonstram que a anatomia vascular e o risco de ressangramento devem ser incorporados à decisão terapêutica, não apenas o aspecto endoscópico da variz (Luo et al., 2021; Biswas et al., 2025; Li et al., 2026).

Diante dessas mudanças, o presente estudo teve como objetivo sintetizar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, as evidências contemporâneas sobre o manejo da hemorragia digestiva

varicosa em pacientes adultos com cirrose, com ênfase na ressuscitação e no controle hemodinâmico, na terapia farmacológica, no momento e nas técnicas de endoscopia, na indicação do TIPS preemptivo e de resgate, nas alternativas para hemorragia refratária e nas particularidades do manejo das varizes gástricas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, delineamento que permite reunir e sintetizar evidências oriundas de diferentes abordagens metodológicas sobre um mesmo problema clínico. A revisão foi organizada em seis etapas: (1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; (2) estabelecimento dos critérios de elegibilidade; (3) busca e seleção dos estudos; (4) extração e organização das informações; (5) análise crítica e síntese dos achados; e (6) apresentação da revisão integrativa (Whittemore; Knafl, 2005; Souza et al., 2010). A questão foi estruturada segundo a estratégia PICO: população (P), adultos com cirrose e hemorragia aguda por varizes esofágicas ou gástricas; intervenção (I), medidas hemodinâmicas, farmacológicas, endoscópicas e radiológicas, incluindo TIPS; comparadores (C), tratamento padrão ou estratégias alternativas; e desfechos (O), controle inicial do sangramento, falha terapêutica, ressangramento, terapia de resgate, mortalidade, encefalopatia hepática e outros eventos adversos. A questão norteadora foi: quais evidências sustentam as estratégias contemporâneas de manejo da hemorragia digestiva varicosa em adultos com cirrose e seus efeitos sobre controle hemorrágico, ressangramento, mortalidade e segurança?

A busca bibliográfica foi realizada em 23 de setembro de 2026 no PubMed/MEDLINE, considerando publicações entre janeiro de 2006 e setembro de 2026. A estratégia principal recuperou 189 registros. Para ampliar a sensibilidade da recuperação, foram realizadas buscas complementares direcionadas aos principais eixos terapêuticos da revisão, que recuperaram 508 registros adicionais. Também foi realizado rastreamento reverso das referências dos estudos-chave, sem identificação de registros adicionais (n = 0). Assim, foram identificados 697 registros antes da remoção das duplicatas. Documentos de consenso e diretrizes internacionais, incluindo Baveno VIII, European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) e American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD), não compuseram a amostra primária e foram utilizados exclusivamente para contextualização clínica e confronto dos achados.

A estratégia eletrônica principal combinou descritores e termos livres relacionados à condição clínica, às intervenções e aos desfechos, articulados pelos operadores booleanos AND e OR: ("variceal bleeding" OR "variceal hemorrhage" OR "esophageal varices" OR "gastric varices") AND (cirrhosis OR cirrhotic OR "portal hypertension") AND ("restrictive transfusion" OR resuscitation OR

terlipressin OR octreotide OR somatostatin OR "endoscopic band ligation" OR cyanoacrylate OR "endoscopic ultrasound" OR EUS OR "pre-emptive TIPS" OR "early TIPS" OR "rescue TIPS" OR BRTO OR "retrograde transvenous obliteration"). As buscas complementares foram realizadas na mesma data com as seguintes expressões: (1) profilaxia antibiótica: ("variceal bleeding" OR "variceal hemorrhage") AND (cirrhosis OR cirrhotic) AND ("antibiotic prophylaxis" OR ceftriaxone OR norfloxacin); (2) terapia de ponte: ("esophageal variceal bleeding" OR "variceal hemorrhage") AND cirrhosis AND ("self-expandable esophageal stent" OR "esophageal stent" OR "balloon tamponade"); (3) varizes fundais: ("fundal varices" OR GOV2 OR IGV1 OR "gastric varices") AND cirrhosis AND (cyanoacrylate OR TIPS OR BRTO); (4) terapia guiada por EUS: ("gastric varices" OR "fundal varices") AND ("endoscopic ultrasound" OR EUS) AND (coil OR cyanoacrylate); e (5) prevenção secundária: ("variceal bleeding" OR "esophageal varices") AND cirrhosis AND ("secondary prophylaxis" OR "secondary prevention" OR rebleeding). Aplicou-se a delimitação temporal de janeiro de 2006 a setembro de 2026; os demais critérios de elegibilidade foram aplicados durante a triagem dos registros.

Foram elegíveis estudos primários experimentais ou observacionais comparativos envolvendo adultos com cirrose e hemorragia digestiva varicosa aguda, prevenção de ressangramento diretamente relacionada ao episódio índice ou intervenções cuja população apresentasse resultados aplicáveis e separáveis para pacientes cirróticos com hemorragia digestiva alta. Os estudos deveriam avaliar pelo menos uma estratégia hemodinâmica, farmacológica, endoscópica ou radiológica e reportar controle do sangramento, falha terapêutica, ressangramento, necessidade de resgate, mortalidade, encefalopatia hepática ou outros eventos adversos. Foram excluídos relatos de caso, pequenas séries sem comparação, estudos exclusivamente pediátricos, trabalhos pré-clínicos, hipertensão portal não cirrótica sem dados separáveis, resumos sem texto completo e estudos sem desfechos pertinentes. Revisões narrativas, revisões sistemáticas, metanálises, consensos e diretrizes foram excluídos da amostra primária, embora utilizados na discussão.

A seleção ocorreu em duas etapas: avaliação de títulos e resumos e, posteriormente, leitura dos textos completos potencialmente pertinentes. Dos 697 registros identificados, 217 duplicatas foram removidas, permanecendo 480 registros para triagem por títulos e resumos. Nessa etapa, 464 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Dezesseis artigos foram avaliados em texto completo, dos quais dois foram excluídos: um por população não elegível (n = 1) e um por intervenção ou desfecho não pertinente ao objetivo da revisão (n = 1). Ao final, 14 estudos primários atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a síntese integrativa. Para cada estudo incluído foram extraídos: autoria e ano, delineamento, tamanho da amostra, população, localização das varizes

quando aplicável, intervenção, comparador, tempo da intervenção, controle do sangramento, ressangramento, mortalidade e eventos adversos.

A análise crítica foi realizada de forma descritiva, considerando delineamento, tamanho e perfil da amostra, seletividade da população, relação direta com a questão clínica, natureza das intervenções e comparadores, precisão e consistência dos resultados, validade externa e limitações reportadas pelos autores. Para cada estudo, essas características foram consideradas quanto à possibilidade de reduzir a confiança ou restringir a aplicabilidade clínica dos achados. A síntese foi organizada em quatro eixos: (1) estabilização hemodinâmica, transfusão, vasoativos e antibióticos; (2) endoscopia e controle local da hemorragia; (3) TIPS preemptivo, TIPS de resgate e terapias de ponte; e (4) manejo das varizes gástricas com endoscopia avançada e radiologia intervencionista. Os achados dos estudos primários foram confrontados com metanálises e recomendações do Baveno VIII, ESGE e AASLD para identificar convergências, áreas de incerteza e situações que exigem individualização.

Não foi realizada metanálise própria em razão da heterogeneidade clínica e metodológica entre os estudos quanto à gravidade da cirrose, classificação das varizes, critérios de alto risco, tempo das intervenções, técnicas endoscópicas e desfechos reportados. Não foi empregado instrumento formal padronizado de risco de viés; por esse motivo, a avaliação crítica teve caráter descritivo e foi explicitamente incorporada à interpretação dos resultados. A revisão deve, portanto, ser entendida como uma síntese integrativa de evidências clínicas primárias selecionadas por critérios predefinidos, apoiada por fontes secundárias e diretrizes contemporâneas, e não como uma revisão sistemática de efetividade com estimativa quantitativa combinada.

Quadro 1 – Estratégia metodológica da revisão integrativa

Componente	Procedimento adotado	Finalidade
Delineamento	Revisão integrativa em seis etapas, conforme Whittemore e Knafl (2005) e Souza et al. (2010).	Integrar criticamente evidências clínicas heterogêneas.
Questão clínica	Estratégia PICO aplicada a adultos com cirrose e hemorragia varicosa; intervenções hemodinâmicas, farmacológicas, endoscópicas e radiológicas; desfechos clínicos e segurança.	Delimitar população, intervenções, comparadores e desfechos.
Fonte eletrônica	PubMed/MEDLINE, busca estruturada em 23/09/2026 (n = 189).	Identificar estudos primários diretamente aplicáveis.
Fontes complementares	Buscas complementares direcionadas (n = 508) e rastreamento reverso das referências dos estudos-chave, sem novos registros (n = 0); Baveno VIII, ESGE e AASLD utilizados apenas para contextualização.	Ampliar recuperação de estudos-chave e interpretar aplicabilidade clínica.
Período	Janeiro de 2006 a setembro de 2026.	Contemplar evidência contemporânea e estudos fundacionais ainda relevantes.

Componente	Procedimento adotado	Finalidade
Elegibilidade	Estudos primários experimentais ou comparativos em adultos com cirrose e hemorragia varicosa/ressangramento; estudos de HDA com resultados aplicáveis à cirrose quando pertinentes.	Compor a síntese com evidência clínica diretamente relacionada ao manejo.
Exclusões	Relatos de caso, pequenas séries não comparativas, pediátricos, pré-clínicos, hipertensão portal não cirrótica sem dados separáveis, resumos e estudos sem desfechos pertinentes; revisões/diretrizes fora da amostra primária.	Reduzir evidência de baixa aplicabilidade e evitar duplicação de evidência secundária.
Seleção	697 registros identificados; 217 duplicatas removidas; 480 registros triados por títulos/resumos; 464 excluídos; 16 textos completos avaliados; 2 excluídos (população não elegível, n = 1; intervenção/desfecho não pertinente, n = 1); 14 estudos incluídos.	Documentar o percurso de seleção e aplicar os critérios de elegibilidade de forma rastreável.
Extração	Autoria, ano, desenho, amostra, população, intervenção/comparador, tempo, controle do sangramento, ressangramento, mortalidade e eventos adversos.	Padronizar a comparação entre os estudos.
Síntese	Análise crítica descritiva e temática, sem metanálise própria e sem instrumento formal de risco de viés.	Integrar resultados preservando heterogeneidade clínica e metodológica.

Fonte: elaborado pelos autores (2026).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese principal foi composta por 14 estudos primários publicados entre 2006 e 2026 que atenderam aos critérios de elegibilidade, predominantemente ensaios clínicos randomizados, cobrindo profilaxia antibiótica, transfusão, tratamento endoscópico de varizes esofágicas, TIPS preemptivo, terapia de ponte e estratégias endoscópicas ou radiológicas para varizes gástricas. Em conjunto, os achados sustentam um modelo de cuidado no qual estabilização, tratamento farmacológico e endoscopia ocorrem em paralelo à estratificação precoce para descompressão portal. Revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes contemporâneas foram utilizadas para confrontar e contextualizar, e não substituir, a evidência primária.

Tabela 1 – Estudos primários incluídos na síntese integrativa

Autor/ano	Delineamento/amostra	Intervenção/foco	Principais resultados
Fernández et al. (2006)	ECR; n=111; cirrose avançada + HDA	Ceftriaxona IV vs. norfloxacino oral	Menor incidência de infecções com ceftriaxona, sustentando profilaxia antibiótica sistêmica no episódio agudo.
Villanueva et al. (2006)	ECR; n=179; sangramento esofágico	Ligadura + somatostatina vs. escleroterapia + somatostatina	Falha terapêutica 10% vs. 24% e menos eventos adversos com ligadura, sustentando sua preferência endoscópica.
García-Pagán et al. (2010)	ECR; n=63; alto risco	TIPS recoberto precoce vs. vasoativo + ligadura	Falha/ressangramento em 1 vs. 14 pacientes; sobrevida em 1 ano 86% vs. 61%.

Autor/ano	Delineamento/amostra	Intervenção/foco	Principais resultados
Villanueva et al. (2013)	ECR; n=921; HDA aguda	Transfusão restritiva (Hb <7) vs. liberal (Hb <9)	Estratégia restritiva melhorou sobrevida e reduziu ressangramento; benefício relevante no subgrupo cirrótico Child A/B.
Escorsell et al. (2016)	ECR multicêntrico; n=28; hemorragia esofágica refratária	Stent esofágico recoberto vs. tamponamento por balão	Sucesso terapêutico 66% vs. 20% e controle inicial 85% vs. 47%, favorecendo o stent como ponte.
Lv et al. (2019)	ECR; n=129 (ITT); cirrose avançada	TIPS precoce ≤72 h vs. tratamento padrão	Maior sobrevida livre de transplante (HR 0,50); sobrevida em 1 ano 86% vs. 73%, sem aumento significativo de encefalopatia.
Robles-Medranda et al. (2020)	ECR; n=60; GOV2/IGV1	EUS-coil + cianoacrilato vs. EUS-coil isolado	Menor ressangramento (3,3% vs. 20%) e menor necessidade de reintervenção com a combinação.
Luo et al. (2021)	ECR; n=64; GOV2/IGV1 após hemostasia	Cianoacrilato vs. BRTO	BRTO reduziu ressangramento; livre de ressangramento global em 2 anos 92,6% vs. 65,2%, com sobrevida semelhante.
Li et al. (2025)	ECR; n=156; IGV1	Clipping + cianoacrilato vs. TIPS	Ressangramento e sobrevida semelhantes; encefalopatia foi mais frequente com TIPS.
Biswas et al. (2025)	ECR; n=90; varizes cardiofundais	Cianoacrilato repetido vs. cianoacrilato + TIPS/BRTO	Ressangramento gástrico em 1 ano 24,4% vs. 2,2%; menor mortalidade relacionada ao ressangramento no braço radiológico.
Cervoni et al. (2025)	ECR multicêntrico; n=105 randomizados; varizes fundais	p-TIPS ≤72 h vs. cola sob demanda + NSBB após hemostasia	Livre de morte ou ressangramento em 1 ano: 77% vs. 37% (HR 0,25); encefalopatia semelhante.
Jhajharia et al. (2025)	ECR; n=50; varizes gástricas	EUS-coil + cianoacrilato vs. EUS-cianoacrilato	Menor necessidade de reintervenção (20,8% vs. 53,8%) e maior tempo até nova intervenção com coil + cola.
Prajapati et al. (2026)	ECR; n=145; GOV1/GOV2/IGV1; primeiro sangramento	Obliteração agressiva de todas as varizes vs. tratamento seletivo	A estratégia agressiva não reduziu ressangramento ou mortalidade, apoiando tratamento dirigido às varizes de maior risco.
Li et al. (2026)	ECR; n=96; IGV1 + shunt espontâneo	EUS-cianoacrilato vs. injeção direta de cianoacrilato	Menor ressangramento com EUS-cianoacrilato (19,15% vs. 42,86%); mortalidade semelhante. Não ocorreram eventos de embolização ectópica no grupo EUS e ocorreu 1 evento no grupo de injeção direta, sem diferença estatisticamente significativa para esse desfecho.

Abreviações: BRTO, obliteração transvenosa retrógrada ocluída por balão; ECR, ensaio clínico randomizado; EUS, ultrassonografia endoscópica; GOV1, varizes gastroesofágicas tipo 1; GOV2, varizes gastroesofágicas tipo 2; Hb, hemoglobina; HDA, hemorragia digestiva alta; HR, hazard ratio; IGV1, varizes gástricas isoladas tipo 1; ITT, intention-to-treat (análise por intenção de tratar); NSBB, non-selective beta-blocker (betabloqueador não seletivo); p-TIPS, TIPS preemptivo; TIPS, shunt portossistêmico intra-hepático transjugular.

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos estudos citados (2026).

A avaliação crítica descritiva mostrou que a força e a aplicabilidade dos achados variam entre os estudos. Villanueva et al. (2013) avaliaram hemorragia digestiva alta de diferentes etiologias, de modo que a aplicação da estratégia transfusional especificamente à hemorragia varicosa deve

considerar os resultados observados nos pacientes cirróticos. García-Pagán et al. (2010) e Lv et al. (2019) estudaram populações selecionadas de maior risco; portanto, os benefícios do TIPS preemptivo não devem ser extrapolados indiscriminadamente para pacientes de baixo risco. Escorsell et al. (2016), embora randomizado e diretamente relacionado à hemorragia esofágica refratária, incluiu apenas 28 participantes, o que reduz a precisão para estimativas de eventos adversos e mortalidade.

Nos ensaios de varizes gástricas, a comparabilidade é limitada pela heterogeneidade anatômica e terapêutica, incluindo GOV1, GOV2 e IGV1, presença de shunts espontâneos e diferentes combinações de cianoacrilato, coils, BRTO e TIPS. Assim, os resultados de Robles-Medranda et al. (2020), Luo et al. (2021), Li et al. (2025), Biswas et al. (2025), Cervoni et al. (2025), Jhajharia et al. (2025), Prajapati et al. (2026) e Li et al. (2026) foram interpretados segundo a população e a intervenção efetivamente estudadas. Em Li et al. (2026), a ocorrência de zero eventos de embolização ectópica no grupo EUS e um evento no grupo de injeção direta, sem diferença estatisticamente significativa, não permite concluir redução comprovada desse risco; o achado de segurança deve ser interpretado com cautela.

3.1 HEMORRAGIA VARICOSA COMO EMERGÊNCIA HEMODINÂMICA E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

A prioridade inicial é restaurar perfusão e oxigenação sem produzir expansão volêmica ou transfusional excessiva. O Baveno VIII recomenda estratégia restritiva de concentrado de hemácias, com alvo habitual de hemoglobina entre 7 e 8 g/dL, individualizado conforme idade, doença cardiovascular, estado hemodinâmico e atividade do sangramento. O ensaio de Villanueva et al. (2013), embora tenha incluído hemorragia digestiva alta de diferentes etiologias, demonstrou melhor sobrevida e menor ressangramento com limiar transfusional de 7 g/dL e forneceu suporte importante para essa conduta em pacientes cirróticos (Baveno VIII Faculty, 2026; Villanueva et al., 2013).

A ressuscitação deve ocorrer paralelamente à estratificação de risco. Child-Pugh, Model for End-Stage Liver Disease (MELD), sangramento ativo à endoscopia, resposta hemodinâmica, função renal e disfunção orgânica ajudam a estimar falha precoce e mortalidade. Para sangramento de varizes esofágicas ou GOV1, o Baveno VIII define como principais candidatos a TIPS preemptivo os pacientes Child-Pugh C de 10 a 13 pontos, Child-Pugh B acima de 7 com sangramento ativo na endoscopia inicial ou, quando disponível, gradiente de pressão venosa hepática igual ou superior a 20 mmHg. Essa avaliação deve começar na admissão, antes de eventual ressangramento (Baveno VIII Faculty, 2026; Nicoară-Farcău et al., 2024).

A proteção de via aérea não é indicada rotineiramente. Intubação antes da endoscopia deve ser considerada diante de rebaixamento de consciência ou hematêmese ativa com alto risco de aspiração, com extubação tão precoce quanto clinicamente segura após estabilização. Essa abordagem evita tanto aspiração durante o exame quanto exposição desnecessária à ventilação invasiva (Baveno VIII Faculty, 2026).

Em paralelo, o consenso mais recente recomenda avaliação por imagem contrastada em pacientes com hemorragia varicosa aguda para identificar trombose portal ou esplâncnica, carcinoma hepatocelular e anatomia das colaterais portossistêmicas quando essas informações puderem modificar a estratégia terapêutica. Esse mapeamento assume especial importância nas varizes gástricas e no planejamento de TIPS, embolização ou obliteração transvenosa (Baveno VIII Faculty, 2026; Lee et al., 2024).

3.2 RESSUSCITAÇÃO, VASOATIVOS, ANTIBIÓTICOS E HEMOSTASIA SISTÊMICA

Na suspeita de sangramento varicoso, a terapia vasoativa deve ser iniciada imediatamente, sem aguardar confirmação endoscópica. Terlipressina, somatostatina ou octreotida reduzem o fluxo esplâncnico e a pressão portal e devem ser combinadas à terapia endoscópica. O Baveno VIII mantém recomendação de uso por dois a cinco dias ou até a realização do TIPS quando indicado; em situações selecionadas, após hemostasia endoscópica bem-sucedida e início de betabloqueador não seletivo, curso mais curto pode ser considerado (Baveno VIII Faculty, 2026; Gralnek et al., 2022).

A profilaxia antibiótica permanece parte do tratamento do episódio agudo. Fernández et al. (2006) demonstraram menor incidência de infecções com ceftriaxona em comparação ao norfloxacino em pacientes com cirrose avançada e hemorragia digestiva. A ESGE recomenda ceftriaxona 1 g/dia por até sete dias, com adequação a alergias e resistência local; o Baveno VIII reforça a administração desde a apresentação e admite individualização da duração conforme risco clínico, especialmente em pacientes menos graves (Fernández et al., 2006; Gralnek et al., 2022; Baveno VIII Faculty, 2026).

Antes da endoscopia, dose única de eritromicina intravenosa pode facilitar a limpeza gástrica e melhorar a visualização quando não houver contraindicação. O Baveno VIII recomenda 250 mg por via intravenosa, 30 a 90 minutos antes do exame; a ESGE utiliza janela semelhante. O recurso não substitui ressuscitação nem deve retardar endoscopia, mas pode reduzir sangue e coágulos no estômago e melhorar a identificação da fonte (Baveno VIII Faculty, 2026; Gralnek et al., 2022).

A coagulopatia da cirrose não deve ser interpretada a partir do INR isolado. Plasma fresco congelado não é recomendado rotineiramente durante hemorragia varicosa, pois não corrige adequadamente o desequilíbrio hemostático e adiciona volume, podendo aumentar a pressão portal.

Plaquetas e fibrinogênio também não devem ser corrigidos de forma automática; em sangramento não controlado, decisões devem ser individualizadas e orientadas pelo contexto clínico (Baveno VIII Faculty, 2026).

3.3 ENDOSCOPIA PRECOCE: TEMPO, TÉCNICA E OBJETIVOS

A endoscopia digestiva alta deve ser realizada após ressuscitação inicial, preferencialmente em até 12 horas da apresentação; nos pacientes instáveis, deve ocorrer assim que for possível realizá-la com segurança. O exame é simultaneamente diagnóstico, prognóstico e terapêutico, pois identifica sangramento ativo, classifica a topografia das varizes e fornece elementos para decisão sobre TIPS preemptivo e outras intervenções (Baveno VIII Faculty, 2026; Gralnek et al., 2022).

Para varizes esofágicas, a ligadura elástica é a modalidade endoscópica de escolha. No ensaio de Villanueva et al. (2006), realizado com 179 pacientes e somatostatina em ambos os grupos, a ligadura reduziu falha terapêutica (10% vs. 24%), falha de controle do sangramento e eventos adversos em comparação à escleroterapia. O achado permanece coerente com as recomendações atuais, que priorizam ligadura nas varizes esofágicas e GOV1 quando tecnicamente apropriado (Villanueva et al., 2006; Baveno VIII Faculty, 2026).

Nas varizes fundais GOV2 e IGV1, o controle endoscópico imediato depende da anatomia e da expertise. Cianoacrilato continua sendo uma opção consolidada, enquanto técnicas guiadas por EUS permitem direcionar cola e/ou coils aos vasos-alvo e confirmar obliteração por Doppler. O Baveno VIII reconhece tanto cianoacrilato convencional quanto abordagens EUS-guiadas para hemostasia inicial, destacando que estratégias com coil associado à cola podem reduzir ressangramento tardio e reintervenções em centros experientes (Baveno VIII Faculty, 2026).

A evidência primária recente reforça essa evolução. Robles-Medranda et al. (2020) observaram menos ressangramento com EUS-coil associado a cianoacrilato do que com coil isolado; Jhajharia et al. (2025) demonstraram redução de reintervenções com EUS-coil + cola em comparação à cola EUS-guiada isolada; e Li et al. (2026), em pacientes com IGV1 e shunts espontâneos, encontraram ressangramento de 19,15% com EUS-cianoacrilato versus 42,86% com injeção direta. Metanálises recentes apontam na mesma direção, embora a disponibilidade de expertise e a heterogeneidade técnica ainda limitem generalizações (Mesquita et al., 2025; Brigida et al., 2026).

3.4 TIPS PREEMPTIVO: QUEM, QUANDO E POR QUÊ

O TIPS reduz a pressão portal por meio de uma comunicação intra-hepática entre os sistemas portal e venoso sistêmico. Na hemorragia varicosa, deve-se distinguir TIPS preemptivo, realizado após

hemostasia inicial em paciente de alto risco antes de nova falha; TIPS de resgate, indicado quando sangramento persiste ou recorre muito precocemente apesar de terapia farmacológica e endoscópica; e TIPS eletivo, empregado em situações selecionadas de prevenção secundária. Essa distinção evita extrapolar os benefícios do tratamento precoce para populações de baixo risco (Baveno VIII Faculty, 2026; Lee et al., 2024).

García-Pagán et al. (2010) randomizaram 63 pacientes de alto risco para TIPS recoberto precoce ou terapia farmacológica-endoscópica padrão. Falha no controle ou ressangramento ocorreu em 1 paciente no grupo TIPS e em 14 no grupo padrão, e a sobrevida em um ano foi de 86% versus 61%. O estudo estabeleceu o princípio de que, em pacientes selecionados, a descompressão portal deve ocorrer antes da falha clínica e não somente após ressangramento.

Lv et al. (2019) confirmaram benefício em pacientes com cirrose avançada, com melhora da sobrevida livre de transplante (HR 0,50) e sobrevida de 86% em um ano versus 73% no tratamento padrão, sem aumento significativo de encefalopatia. Metanálises posteriores, incluindo análise de dados individuais, reforçaram a redução de mortalidade e ressangramento nos grupos de alto risco e deslocaram a principal discussão para seleção apropriada e capacidade de realizar o procedimento na janela recomendada (Nicoară-Farcău et al., 2024; Saleh et al., 2026; Wan Ismail et al., 2026).

O Baveno VIII recomenda TIPS preemptivo com stent recoberto em até 72 horas, idealmente nas primeiras 24 horas, para sangramento de varizes esofágicas ou GOV1 quando houver Child-Pugh C 10–13, Child-Pugh B >7 com sangramento ativo na endoscopia inicial ou gradiente de pressão venosa hepática ≥20 mmHg. Quando a janela ideal é perdida, o consenso admite que determinados pacientes ainda possam se beneficiar de TIPS em uma janela ampliada, desde que a decisão seja individualizada e logisticamente factível (Baveno VIII Faculty, 2026).

A presença de insuficiência hepática aguda sobre crônica (acute-on-chronic liver failure, ACLF), encefalopatia hepática na admissão, hiperbilirrubinemia ou MELD elevado não constitui, isoladamente, contraindicação absoluta ao TIPS quando há indicação clara; devem ser avaliados função cardíaca, infecção, anatomia vascular, função renal, gravidade global e perspectiva de transplante. Em doença extremamente avançada, a relação benefício-futilidade exige julgamento individual e definição dos objetivos de cuidado (Baveno VIII Faculty, 2026; Lee et al., 2024).

Nas varizes fundais, a evidência do TIPS também evoluiu. O ensaio multicêntrico GAVAPROSEC, de Cervoni et al. (2025), randomizou pacientes com sangramento agudo de varizes fundais após hemostasia com cola e terapia vasoativa para p-TIPS em até 72 horas ou estratégia de cola sob demanda associada a betabloqueador não seletivo. Em um ano, 77% dos pacientes tratados com p-TIPS permaneceram livres de morte ou ressangramento, versus 37% no grupo controle (HR

0,25), sem aumento relevante da incidência cumulativa de encefalopatia. Esse resultado dá suporte à incorporação mais precoce da radiologia intervencionista nesse fenótipo de alto risco.

3.5 FALHA TERAPÊUTICA: STENT, TAMPONAMENTO E TIPS DE RESGATE

Persistência do sangramento ou ressangramento muito precoce apesar de terapia vasoativa e endoscópica caracteriza falha e exige escalonamento imediato. O TIPS de resgate é a estratégia definitiva preferencial quando tecnicamente factível. Como sua organização pode demandar transferência, equipe intervencionista e preparo, terapias de ponte devem ser encaradas como temporárias e jamais como substitutas da descompressão portal definitiva (Baveno VIII Faculty, 2026; Lee et al., 2024).

O tamponamento por balão pode controlar hemorragia maciça, porém deve ser utilizado por período curto devido a risco de aspiração, ulceração, necrose e ressangramento após desinsuflação. No ensaio de Escorsell et al. (2016), o stent esofágico autoexpansível recoberto apresentou maior sucesso terapêutico (66% vs. 20%) e maior controle do sangramento (85% vs. 47%) em comparação ao tamponamento por balão.

O Baveno VIII passa a favorecer o stent esofágico metálico recoberto, quando disponível e tecnicamente aplicável, como ponte preferencial na hemorragia esofágica refratária, por oferecer controle mais previsível e perfil de segurança superior ao tamponamento. Independentemente da ponte escolhida, o fluxo assistencial deve conduzir rapidamente a TIPS de resgate ou, em contextos específicos, ao transplante hepático, evitando atraso após controle temporário do sangramento (Baveno VIII Faculty, 2026).

3.6 VARIZES GÁSTRICAS: ENDOSCOPIA AVANÇADA, TIPS E BRTO

As varizes gástricas cardiofundais (GOV2 e IGV1) constituem um fenótipo distinto: apresentam alto fluxo, podem sangrar com pressões portais relativamente menores e frequentemente se associam a shunts gastrorrenais ou outras vias portossistêmicas. Por isso, o manejo deve integrar classificação endoscópica, imagem contrastada e anatomia vascular, sobretudo quando se considera EUS, TIPS, embolização ou obliteração transvenosa (Baveno VIII Faculty, 2026; Lee et al., 2024).

Para hemostasia imediata, cianoacrilato e técnicas EUS-guiadas são opções efetivas em GOV2/IGV1. Estudos randomizados mostram que o direcionamento por EUS e a associação com coils podem reduzir reintervenção ou ressangramento em subgrupos selecionados. Robles-Medranda et al. (2020), Jhajharia et al. (2025) e Li et al. (2026) demonstraram vantagens de estratégias EUS-guiadas em desfechos de recorrência e reintervenção, enquanto Prajapati et al. (2026) mostrou que obliterar

agressivamente todas as varizes visíveis não produziu benefício em ressangramento ou mortalidade sobre uma estratégia seletiva, reforçando a importância de tratar alvos de maior risco em vez de simplesmente ampliar a extensão da terapia.

A comparação entre abordagens endoscópicas e radiológicas mostra que não existe uma única estratégia para toda anatomia. Luo et al. (2021) demonstraram menor ressangramento com BRTO do que com cianoacrilato após hemostasia de GOV2/IGV1. Li et al. (2025), em IGV1, observaram ressangramento e sobrevida semelhantes entre clipping associado a cianoacrilato e TIPS, porém maior incidência de encefalopatia no grupo TIPS. Esses resultados destacam que benefício hemostático, risco neurológico, presença de shunt espontâneo, ascite e experiência local devem ser considerados conjuntamente.

Duas evidências recentes fortalecem o papel da intervenção radiológica após o controle inicial de varizes fundais. Biswas et al. (2025) observaram ressangramento de 24,4% com sessões repetidas de cianoacrilato versus 2,2% quando a hemostasia foi seguida de TIPS ou BRTO; Cervoni et al. (2025) demonstraram redução expressiva de morte ou ressangramento com p-TIPS em até 72 horas. Em consonância, o Baveno VIII recomenda que, após hemostasia imediata de GOV2/IGV1, TIPS associado ou não à embolização seja considerado precocemente como estratégia definitiva quando apropriado; quando TIPS é contraindicado, BRTO ou técnicas endoscópicas avançadas devem ser escolhidas conforme a anatomia e a expertise disponível (Baveno VIII Faculty, 2026).

3.7 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E CUIDADO APÓS O EPISÓDIO AGUDO

Após controle de hemorragia esofágica em pacientes que não receberam TIPS preemptivo, a prevenção secundária combina betabloqueador não seletivo e ligadura elástica seriada até erradicação. O Baveno VIII mantém a terapia combinada como eixo da prevenção secundária e favorece carvedilol quando tolerado, considerando seu maior efeito sobre a pressão portal. Ressangramento apesar de tratamento combinado é indicação clássica para reavaliação de TIPS, após revisão de contraindicações e objetivos de cuidado (Baveno VIII Faculty, 2026; Kaplan et al., 2024).

O seguimento deve tratar os determinantes da descompensação: etiologia da doença hepática, ascite, encefalopatia, infecções, estado nutricional e rastreamento de carcinoma hepatocelular. Um episódio de hemorragia varicosa também deve desencadear avaliação da elegibilidade para transplante hepático, porque a hemostasia não elimina a reserva funcional reduzida que condiciona o prognóstico de longo prazo (Kaplan et al., 2024).

Do ponto de vista organizacional, o maior desafio é transformar critérios de alto risco em intervenção dentro da janela de benefício. Isso exige reconhecimento precoce ainda na emergência e

na endoscopia, acesso rápido a imagem vascular quando necessária e fluxo previamente definido com radiologia intervencionista. Protocolos institucionais reduzem atrasos e alinham emergência, endoscopia, terapia intensiva, hepatologia, anestesia e radiologia em torno de uma sequência comum de cuidado (Baveno VIII Faculty, 2026; Lee et al., 2024).

3.8 SÍNTESE INTEGRADA DO MANEJO

A síntese integrada sustenta percursos terapêuticos relacionados, porém distintos conforme a localização da hemorragia. Na hemorragia por varizes esofágicas ou GOV1, estabilização hemodinâmica, terapia vasoativa, profilaxia antibiótica e endoscopia precoce devem ocorrer em paralelo à identificação de candidatos a TIPS preemptivo. Especificamente na hemorragia varicosa esofágica refratária ao tratamento farmacológico e endoscópico, o stent esofágico metálico autoexpansível recoberto pode ser empregado como terapia de ponte, quando disponível, até a realização de TIPS de resgate; essa indicação não deve ser extrapolada para as varizes gástricas. Nas varizes fundais GOV2/IGV1, a hemostasia imediata com cianoacrilato ou terapia EUS-guiada deve ser acompanhada de avaliação anatômica e planejamento definitivo precoce, com TIPS associado ou não à embolização, BRTO ou estratégia endoscópica avançada conforme risco, anatomia e disponibilidade de expertise. A principal mensagem operacional é que a definição do tratamento definitivo deve começar no episódio agudo e não após o primeiro ressangramento (Baveno VIII Faculty, 2026; Cervoni et al., 2025; Lee et al., 2024).

4 LIMITAÇÕES

Esta revisão integrativa apresenta limitações. A busca eletrônica foi concentrada no PubMed/MEDLINE e complementada por buscas direcionadas e rastreamento reverso de referências, de modo que estudos indexados exclusivamente em outras bases podem não ter sido recuperados. Não houve protocolo prospectivamente registrado, dupla triagem formal documentada nem aplicação de instrumento padronizado de risco de viés. Embora o percurso de seleção tenha sido documentado quantitativamente e os estudos incluídos tenham sido definidos segundo critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, a utilização de uma única base eletrônica principal deve ser considerada na interpretação da abrangência da revisão. Por essas razões, os resultados não devem ser interpretados como estimativa exaustiva de todos os estudos disponíveis nem como revisão sistemática de efetividade.

Também existe heterogeneidade substancial entre os estudos quanto à gravidade da cirrose, classificação das varizes, anatomia vascular, critérios de alto risco, técnica empregada e definição dos

desfechos. Parte dos ensaios sobre TIPS e EUS foi realizada em centros especializados, o que pode limitar a generalização para serviços sem radiologia intervencionista ou endoscopia avançada. Para reduzir sobreinterpretação, os achados foram confrontados com metanálises recentes e com Baveno VIII, ESGE e AASLD, e as conclusões foram formuladas distinguindo evidência consolidada de áreas ainda dependentes de seleção anatômica e expertise local.

5 CONCLUSÃO

O manejo contemporâneo da hemorragia digestiva varicosa no paciente cirrótico é tempo-dependente e combina ressuscitação conservadora, transfusão restritiva, terapia vasoativa, profilaxia antibiótica, endoscopia precoce e estratificação imediata para terapias definitivas. A ligadura elástica permanece a referência para varizes esofágicas, enquanto cianoacrilato e abordagens EUS-guiadas ampliam o controle das varizes gástricas, sobretudo quando a anatomia e a presença de shunts são consideradas.

O TIPS não deve ser reservado apenas para o resgate. Na hemorragia esofágica ou GOV1 de alto risco, o TIPS preemptivo em até 72 horas, idealmente em 24 horas, reduz falha e ressangramento e pode melhorar sobrevida. Nas varizes fundais, ensaios recentes demonstram benefício de estratégias radiológicas precoces, inclusive p-TIPS após hemostasia inicial, enquanto BRTO e terapias EUS-guiadas oferecem alternativas relevantes conforme anatomia, risco de encefalopatia e disponibilidade. Na hemorragia varicosa esofágica refratária, o stent esofágico recoberto pode ser priorizado como terapia de ponte quando disponível, sem retardar TIPS de resgate.

Assim, os melhores desfechos dependem menos de uma técnica isolada e mais de uma sequência assistencial corretamente temporizada. Protocolos que combinem estratificação de risco, classificação anatômica, endoscopia terapêutica, terapia intensiva e acesso rápido à radiologia intervencionista são a forma mais consistente de traduzir a evidência atual em menor ressangramento e mortalidade.

REFERÊNCIAS

BAVENO VIII FACULTY. Baveno VIII – Advancing Consensus in Portal Hypertension. Journal of Hepatology, 2026. DOI: 10.1016/j.jhep.2026.07.030.

BISWAS, S. et al. Endoscopic Glue Injection vs Glue Plus BRTO or TIPSS for Preventing Gastric Variceal Bleeding: A Randomized Controlled Trial. Clinical Gastroenterology and Hepatology, v. 23, n. 6, p. 954-964.e10, 2025. DOI: 10.1016/j.cgh.2024.06.023.

BRIGIDA, M. et al. Comparative efficacy and safety of endoscopic treatments for gastric varices: a systematic review and network meta-analysis. Endoscopy, v. 58, n. 9, p. 1026-1035, 2026. DOI: 10.1055/a-2879-0652.

CERVONI, J.-P. et al. Pre-emptive TIPS for gastric variceal bleeding in patients with cirrhosis (GAVAPROSEC): an open-label randomised clinical trial. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, v. 10, n. 8, p. 726-733, 2025. DOI: 10.1016/S2468-1253(25)00156-6.

ESCORSELL, À. et al. Esophageal balloon tamponade versus esophageal stent in controlling acute refractory variceal bleeding: a multicenter randomized, controlled trial. Hepatology, v. 63, n. 6, p. 1957-1967, 2016. DOI: 10.1002/hep.28360.

FERNÁNDEZ, J. et al. Norfloxacin vs ceftriaxone in the prophylaxis of infections in patients with advanced cirrhosis and hemorrhage. Gastroenterology, v. 131, n. 4, p. 1049-1056, 2006. DOI: 10.1053/j.gastro.2006.07.010.

GARCÍA-PAGÁN, J. C. et al. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. The New England Journal of Medicine, v. 362, n. 25, p. 2370-2379, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa0910102.

GRALNEK, I. M. et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, v. 54, n. 11, p. 1094-1120, 2022. DOI: 10.1055/a-1939-4887.

JHAJHARIA, A. et al. Endoscopic ultrasonography-guided coil embolization and cyanoacrylate injection versus cyanoacrylate injection alone for gastric varices: a randomized comparative study. Endoscopy, v. 57, n. 2, p. 107-115, 2025. DOI: 10.1055/a-2408-6905.

KAPLAN, D. E. et al. AASLD Practice Guidance on risk stratification and management of portal hypertension and varices in cirrhosis. Hepatology, v. 79, n. 5, p. 1180-1211, 2024. DOI: 10.1097/HEP.0000000000000647.

LEE, E. W. et al. AASLD Practice Guidance on the use of TIPS, variceal embolization, and retrograde transvenous obliteration in the management of variceal hemorrhage. Hepatology, v. 79, n. 1, p. 224-250, 2024. DOI: 10.1097/HEP.0000000000000530.

LI, J. et al. Endoscopic clipping combined with cyanoacrylate injection vs. transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of isolated gastric variceal bleeding: Randomized controlled trial. Digestive Endoscopy, v. 37, n. 3, p. 275-284, 2025. DOI: 10.1111/den.14916.

LI, J. et al. Endoscopic ultrasonography-guided cyanoacrylate injection versus endoscopic cyanoacrylate injection for treating isolated gastric varices type 1 bleeding with spontaneous shunts: a randomized controlled trial. Therapeutic Advances in Gastroenterology, v. 19, art. 17562848251413353, 2026. DOI: 10.1177/17562848251413353.

LUO, X. et al. Endoscopic Cyanoacrylate Injection Versus Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration for Prevention of Gastric Variceal Bleeding: A Randomized Controlled Trial. Hepatology, v. 74, n. 4, p. 2074-2084, 2021. DOI: 10.1002/hep.31718.

LV, Y. et al. Early TIPS with covered stents versus standard treatment for acute variceal bleeding in patients with advanced cirrhosis: a randomised controlled trial. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, v. 4, n. 8, p. 587-598, 2019. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30090-1.

MESQUITA, C. F. et al. EUS-guided coiling plus glue injection compared with endoscopic glue injection alone in endoscopic treatment for gastric varices: a systematic review and meta-analysis. Gastrointestinal Endoscopy, v. 101, n. 2, p. 331-340.e8, 2025. DOI: 10.1016/j.gie.2024.10.005.

NICOARĂ-FARCĂU, O. et al. Pre-emptive TIPS in high-risk acute variceal bleeding: an updated and revised individual patient data meta-analysis. Hepatology, v. 79, n. 3, p. 624-635, 2024. DOI: 10.1097/HEP.0000000000000613.

PRAJAPATI, R. et al. Aggressive versus conservative endotherapy for gastric varices in cirrhosis: a randomized controlled trial. Endoscopy, v. 58, n. 1, p. 14-24, 2026. DOI: 10.1055/a-2639-1875.

ROBLES-MEDRANDA, C. et al. Endoscopic ultrasonography-guided deployment of embolization coils and cyanoacrylate injection in gastric varices versus coiling alone: a randomized trial. Endoscopy, v. 52, n. 4, p. 268-275, 2020. DOI: 10.1055/a-1123-9054.

SALEH, A. O. et al. Pre-Emptive TIPS Versus Standard Care for Patients With Cirrhosis and Variceal Bleeding: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of Clinical and Experimental Hepatology, v. 16, n. 3, art. 103491, 2026. DOI: 10.1016/j.jceh.2026.103491.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

VILLANUEVA, C. et al. A randomized controlled trial comparing ligation and sclerotherapy as emergency endoscopic treatment added to somatostatin in acute variceal bleeding. Journal of Hepatology, v. 45, n. 4, p. 560-567, 2006. DOI: 10.1016/j.jhep.2006.05.016.

VILLANUEVA, C. et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. The New England Journal of Medicine, v. 368, n. 1, p. 11-21, 2013. DOI: 10.1056/NEJMoa1211801.

WAN ISMAIL, W. M. I. B. et al. Pre-Emptive TIPS for Acute Variceal Bleeding: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International Journal of Hepatology, v. 2026, art. 3244544, 2026. DOI: 10.1155/ijh/3244544.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.