

.heaa

.fbpn

.fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 29/05/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof^a. Paula Morette de Oliveira

Relator (R2): Dr^a. Paula Grazielle dos Santos Reis

Debatedor (R1): Dr^a. Marina Siqueira Teixeira

CASO CLÍNICO

- **Identificação:** Masculino, 37 anos. Natural de Salvador/BA e morador de Campos dos Goytacazes/RJ. Empresário. Casado, 1 filho.
- **Queixa Principal:** "Vomitei sangue"
- **HDA:** Há 14 dias administrou 1,5 ml (toda a substância da caneta) de semaglutida (Ozempic), sem escalonamento prévio. Iniciou medicamento sem indicação médica, fez uso pois precisava emagrecer rápido. Um dia após iniciou quadro de náusea e vômitos, sem melhora com antieméticos (bromoprida, metoclopramida ou ondansetrona). Negava dor abdominal associada. Os vômitos se tornaram mais frequentes e três dias após, evoluiu com hematêmese em grande volume, procurando pronto atendimento. Lá permaneceu internado por 6 dias para controle de êmese e investigação de quadro. Nesse período apresentou constipação intestinal, ficando 3 dias sem evacuar (antes evacuava diariamente).

CASO CLÍNICO

HPP: - Nega alergia medicamentosa. Nega comorbidades

- Nega uso regular de medicação
- Nega transfusão prévia
- Cartão de vacinação em dia
- Cirurgias: nega

História familiar: - Avó com neoplasia de cabeça de pâncreas

História social: - Tabagismo - cigarro eletrônico (diário). Etilismo (51g/dia de álcool). Atividade física: nega.

Exame Físico: (após alta hospitalar):

Peso: 101,6 kg / IMC: 31.4 kg/m²

Geral: BEG, LOTE, anictérico, acianótico, hidratado, normocorado.

ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros. PA: 120x80 mmHg // FC: 100 BPM

AR: MVP sem RA.

ABD: flácido, indolor a palpação, sem sinais de irritação peritoneal, fígado palpável a 2cm do RCD.

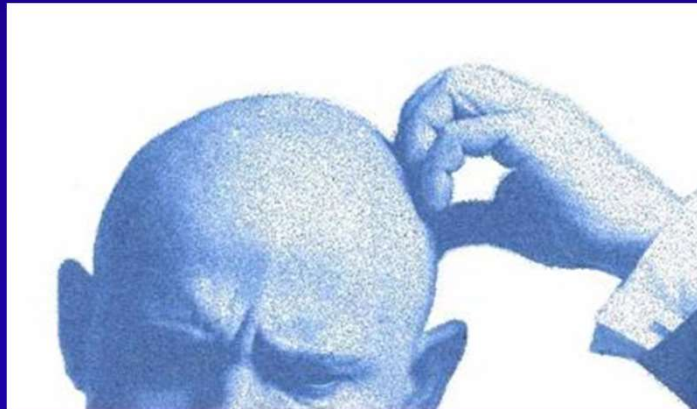
MMII: panturrilhas livres, sem edema.

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES COMPLEMENTARES

LAB	27/08/22 (Admissão PS)	28/08/22
HB (g/dL)	16,4	14,6
HT (%)	49,5	43,6
Leucócitos (/MM3)	12800	10300
Segmentados (%)	79%	66%
Linfócitos (%)	12%	23%
Eosinófilos (%)	1%	1%
Plaquetas (/MM3)	350000	293000
Ureia (mg/dL)	30	22
Creatinina (mg/dL)	1	1
Na (mEq/L)	139	135
K (mEq/L)	4,5	3,7
TGO (U/L)	44 (VR < 45 U/L)	52
TGP (U/L)	97 (VR < 50 U/L)	92
GGT (U/L)	78 (VR < 64 U/L)	85
FA (U/L)	68 (<120 U/L)	56
Bilirrubina total (mg/dL)	-	1,0 (VR <1,2 mg/dL)
Amilase	-	87 (30-110 U/L)
Lipase	-	117 (23-300 U/L)

Discutir hipótesis diagnósticas e condutas



.heaa

.fbpn

.fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 29/05/2023

Auditório Honor de Lemos Sobral- Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof^a Paula Morette de Oliveira

Relatora: (R2) Dra. Paula Grazieli

Debatedora: (R1) Dra. Marina Siqueira Teixeira

DADOS IMPORTANTES

- Anamnese

- ✓ Homem, 37 anos;
- ✓ Há 14 dias, Ozempic 1,5mL s/ escalonamento. Um dia após, náusea e vômitos s/ resposta a antieméticos;
- ✓ Aumento da frequência dos vômitos, com hematêmese em grande volume 3 dias após;
- ✓ Nega dor abdominal;
- ✓ Sedentário + etilista (51g/dia) + tabagista.

DADOS IMPORTANTES

- Exame físico (após alta):

- ✓ Obesidade I (IMC 31,4 kg/m²);
- ✓ Fígado palpável a 2 cm do RCD.

LABORATÓRIO

Sangue	27/08/22 (Adm PS)	28/08/22
Hb (g/dL)	16,4	14,6
Hto (%)	49,5	43,6
Leucócitos (/mm ³)	12800	10300
Segmentados (%)	79%	66%
Linfócitos (%)	12%	23%
Eosinófilos (%)	1%	1%
Plaquetas (/mm ³)	350000	293000
Ureia (mg/dL)	30	22
Creatinina (mg/dL)	1	1
Na (mEq/L)	139	135
K (mEq/L)	4,5	3,7
TGO (U/L)	44 (VR < 45 U/L)	52
TGP (U/L)	97 (VR < 50 U/L)	92
GGT (U/L)	78 (VR < 64 U/L)	85
FA (U/L)	68 (<120 U/L)	56
Bilirrubina total (mg/dL)	-	1,0 (VR <1,2 mg/dL)
Amilase	-	87 (30-110 U/L)
Lipase	-	117 (23-300 U/L)

SEMAGLUTIDA (OZEMPIC)

✓ Paciente → 1,5mL s/ escalonamento

COMPOSIÇÃO

Cada mL de solução injetável contém 1,34 mg de semaglutida.

Excipientes: fosfato de sódio dibásico di-hidratado, propilenoglicol, fenol, ácido clorídrico (ajuste de pH), hidróxido de sódio (ajuste de pH) e água para injetáveis.

Um sistema de aplicação preenchido contém 2 mg de semaglutida em 1,5mL.

Quanto utilizar

- Quando começar a utilizar Ozempic®, a dose inicial é 0,25 mg uma vez por semana, por quatro semanas.
 - Após quatro semanas, seu médico vai aumentar sua dose para 0,5 mg, uma vez por semana.
 - Seu médico pode aumentar sua dose para 1 mg, uma vez por semana, se sua glicemia não estiver bem controlada com a dose de 0,5 mg, uma vez por semana.
- Não altere sua dose, a menos que o médico tenha orientado.

Bula – Ozempic (Semaglutida), Novo Nordisk, obtido em: [https://www.novonordisk.com.br/content/dam/brazil/affiliate/www-novonordisk-br/Bulas/2020-05-13/Ozempic 1.5mL 0.25mg 0.5mg Bula Paciente.pdf](https://www.novonordisk.com.br/content/dam/brazil/affiliate/www-novonordisk-br/Bulas/2020-05-13/Ozempic%201.5mL%200.25mg%200.5mg%20Bula%20Paciente.pdf)

SEMAGLUTIDA (OZEMPIC)

Reação muito comum (pode ocorrer em mais de 1 em 10 pessoas):

- sensação de enjoo (**náusea**) – isso geralmente desaparece ao longo do tempo.
- diarreia – isso geralmente desaparece ao longo do tempo.

Reação comum (pode afetar até 1 em 10 pessoas)

- **vômito**
- baixa glicemia (hipoglicemia) quando Ozempic[®] é utilizado com outro medicamento antidiabético
- indigestão
- inflamação do estômago (“gastrite”) – os sinais incluem dor de estômago, sensação de enjoo (náusea) ou vômito
- refluxo ou azia – também chamado de “doença do refluxo gastroesofágico” (DRGE)
- dor no abdome
- inchaço do abdome
- **constipação**
- arrotos
- cálculo biliar
- sensação de tontura
- sensação de cansaço
- perda de peso
- perda de apetite
- gases (flatulência)
- aumento de enzimas pancreáticas (como lipase e amilase)

Reação incomum (pode afetar até 1 em 100 pessoas):

- pâncreas inflamado (pancreatite aguda) que pode causar dor intensa no estômago e nas costas, que não vai embora. Você deve procurar um médico imediatamente se sentir esses sintomas.

Bula – Ozempic (Semaglutida), Novo Nordisk, obtido em: [https://www.novonordisk.com.br/content/dam/brazil/affiliate/www-novonordisk-br/Bulas/2020-05-13/Ozempic 1.5mL 0.25mg 0.5mg Bula Paciente.pdf](https://www.novonordisk.com.br/content/dam/brazil/affiliate/www-novonordisk-br/Bulas/2020-05-13/Ozempic%201.5mL%200.25mg%200.5mg%20Bula%20Paciente.pdf)

SEMAGLUTIDA (OZEMPIC)

AJG The American Journal of
GASTROENTEROLOGY

S2727 The First Reported Case of Drug-Induced Liver Injury Caused by Semaglutide

Enslin, Sarah PA¹; Bartell, Nicholas MD¹; Kaul, Vivek MD, FACP²

Author Information

The American Journal of Gastroenterology 116():p S1141, October 2021. | DOI:
10.14309/01.ajg.0000784440.97741.d2

Obtido em: [S2727 The First Reported Case of Drug-Induced Liver Injury C...](#) :
Official journal of the American College of Gastroenterology | [ACG \(lww.com\)](#)

Provided to the PMC COVID-19 Collection by

Springer Nature

[Rev Endocr Metab Disord.](#) 2022; 23(3): 521–539.

Published online 2022 Jan 7. doi: [10.1007/s11154-021-09699-1](#)

Semaglutide, a glucagon like peptide-1 receptor agonist with cardiovascular benefits for management of type 2 diabetes

[Manoj Kumar Mahapatra](#),^{✉1} [Muthukumar Karuppasamy](#),² and [Biswa Mohan Sahoo](#)³

currently under scrutiny for anti-obesity purpose. Semaglutide has been proved to be **safe** in adults and elderly patients with renal or hepatic disorders demanding no dose modification.

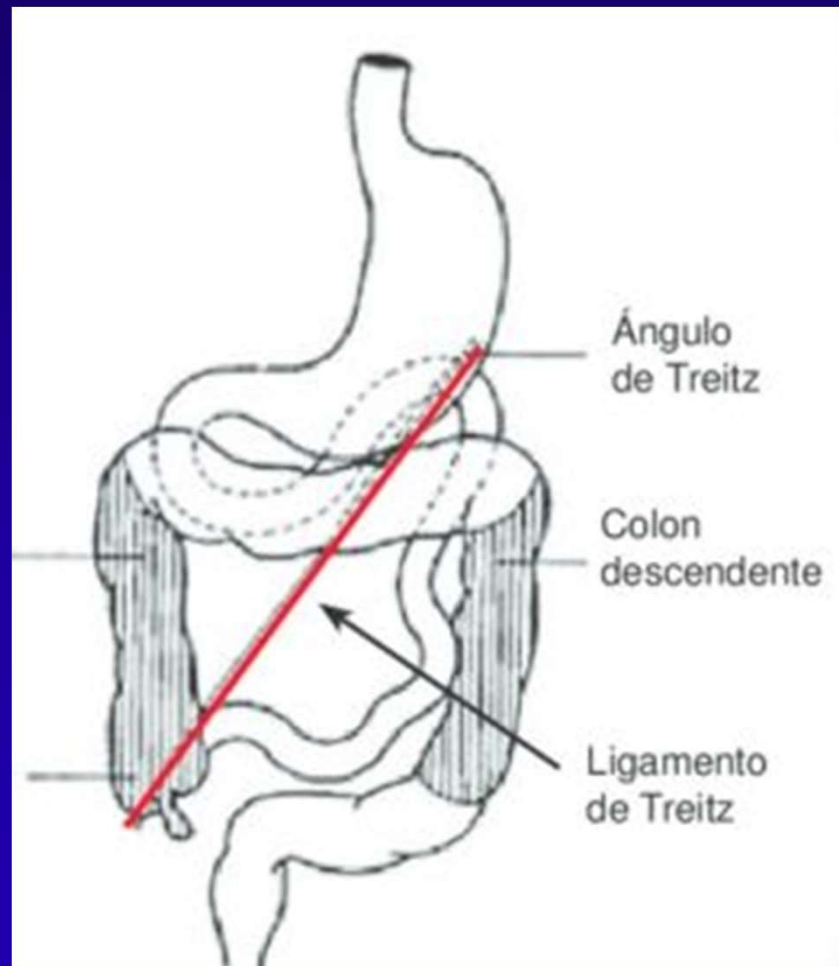
Obtido em: [Semaglutide, a glucagon like peptide-1 receptor agonist with cardiovascular benefits for management of type 2 diabetes - PMC \(nih.gov\)](#)

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



HEMORRAGIA DIGESTIVA

ALTA x BAIXA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ETIOLOGIAS

Causas de sangramento gastrointestinal (gi) superior grave em um grande estudo

DIAGNÓSTICO	%
Úlcera péptica (gástrica ou duodenal)	38
Varizes esofágicas ou gástricas	16
Esofagite erosiva	13
Tumores no trato GI superior	7
Angiomas no trato GI superior*	6
Laceração de Mallory-Weiss	4
Erosões gástrica ou duodenal	4
Lesão de Dieulafoy	2

De Kovacs TO, Jensen DM. Endoscopic therapy for severe ulcer bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2011;21:681-696.

* Angiomas gastrointestinais superiores incluem angiectasias múltiplas ou simples, estômago em melancia ou telangiectasia de Osler-Weber-Rendu.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012. 2 v.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ETIOLOGIAS

Causas de sangramento gastrointestinal (gi) superior grave em um grande estudo

DIAGNÓSTICO	%
Úlcera péptica (gástrica ou duodenal)	38
Varizes esofágicas ou gástricas	16
Esofagite erosiva	13
Tumores no trato GI superior	7
Angiomas no trato GI superior*	6
Laceração de Mallory-Weiss	4
Erosões gástrica ou duodenal	4
Lesão de Dieulafoy	2

De Kovacs TO, Jensen DM. Endoscopic therapy for severe ulcer bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2011;21:681-696.

* Angiomas gastrointestinais superiores incluem angiectasias múltiplas ou simples, estômago em melancia ou telangiectasia de Osler-Weber-Rendu.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012. 2 v.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

VARIZES ESOFÁGICAS OU GÁSTRICAS

A FAVOR

- ✓ Etilista (51g/dia) + obesidade;
- ✓ Hepatomegalia;

CONTRA

- ✓ AST e ALT < 2-7x LSN;
- ✓ AST/ALT < 1;
- ✓ Ausência dos estigmas da cirrose.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

LACERAÇÕES DE MALLORY-WEISS

PONTOS A FAVOR

- ✓ Múltiplos episódios de vômitos, por cerca de 13 dias, antecedendo a hematêmese;
- ✓ Etilista;
- ✓ Hematêmese volumosa.

CONDUTAS

ATENDIMENTO INICIAL

✓ Estabilização clínica:

- Ressuscitação volêmica;
- Omeprazol 80mg/bolus + 8mg/hora;
- Hemocomponentes (se Hb < 7mg/dL).

✓ Exames complementares:

- EDA + terapia específica;
- HC + marcadores hepáticos.

REFERÊNCIAS

- ✓ JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.
- ✓ GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012. 2 v.
- ✓ DANI, Renato. Gastroenterologia essencial I Renato Dani, Maria do Carmo Friche Passos.- 4. ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CONDUÇÃO

- Durante internação é realizada endoscopia digestiva alta que evidencia:

==> 29/08/22: presença de laceração mucosa em parede lateral direita de esôfago distal // estase gástrica // pangastrite endoscópica enantematosa moderada com erosões antrais // bulbite erosiva moderada. Teste de urease: negativo.



CONDUÇÃO

- EDA com laceração de Mallory Weiss.



- Realizado IBP venoso durante internação, recebendo alta com pantoprazol dose plena.



- Atendo paciente logo após saída da IH.



- Dose dobrada de esomeprazol por 14 dias e após mantida dose plena por 8 semanas + MEV, com indicação de nova EDA de controle após 3 meses.

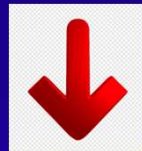
- EDA de controle (07/11/22): esofagite erosiva grau D de Los Angeles // hérnia hiatal por deslizamento (3cm) // gastrite enantematosa leve de antro. Teste de urease: negativo.



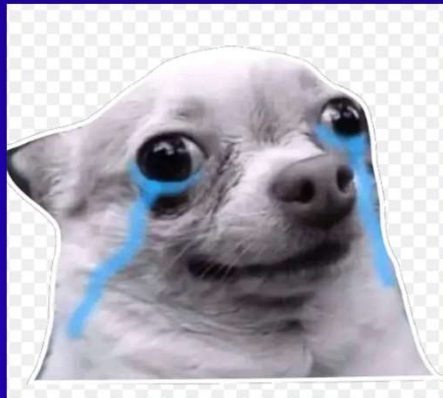
- **Paciente não aderente a medicação, mantendo tabagismo e etilismo.**



- **Iniciado novamente esomeprazol em dose plena + explicações quanto a necessidade da aderência ao tratamento e mudança de estilo de vida + retorno em 3 meses para nova EDA de controle + USG de abdome e LAB (carga etílica + avaliação de esteatose).**



- **Paciente perdeu seguimento.**

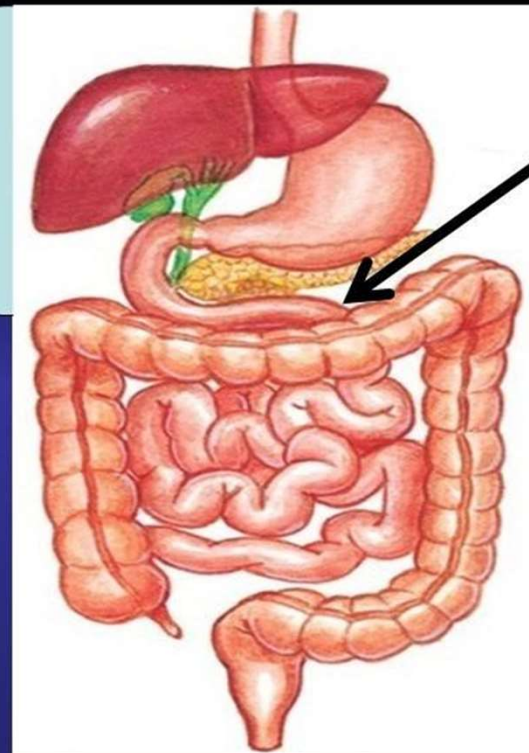


HDA NÃO VARICOSA

- SANGRAMENTO GASTROINTESTINAL ALTO → OCORRE ACIMA DO LIGAMENTO DE TREITZ,

HEMORRAGIA DIGESTIVA

HDA



Angulo de Treitz

HDB

- **PRINCIPAIS CAUSAS:**

- **ÚLCERAS PÉPTICAS GASTRODUODENAIIS (MAIS COMUM)**

- **EROSÕES GASTRODUODENAIIS**

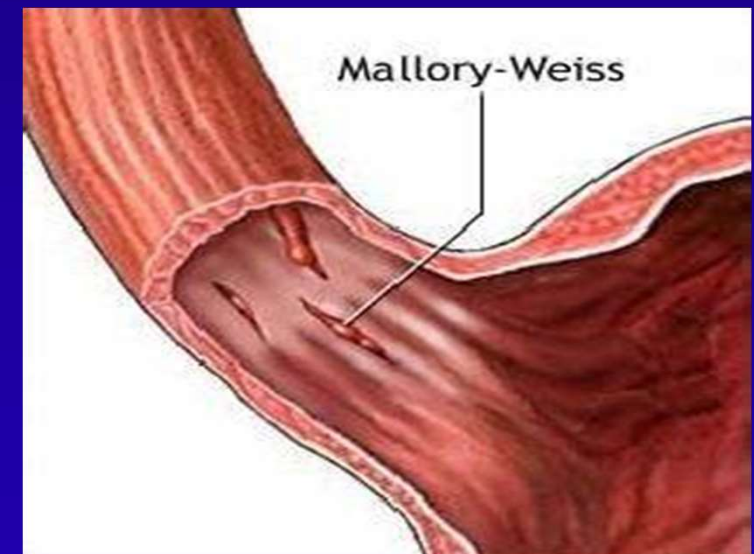
- **LESÕES ESOFÁGICAS PÉPTICAS (ESOFAGITE OU ÚLCERAS ESOFÁGICAS)**

- **LESÕES VASCULARES:**

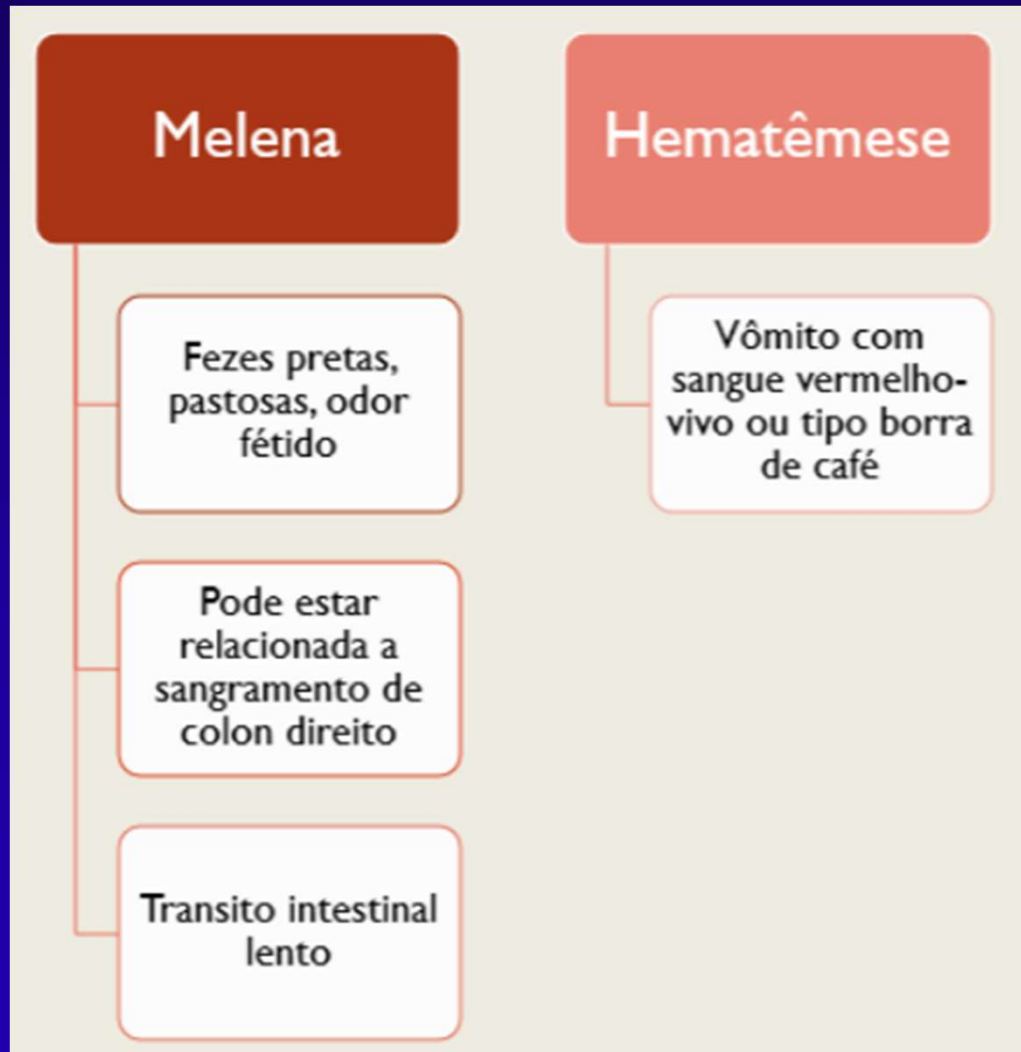
- **DIEULAFOY**
- **ECTASIAS VASCULARES**

- **MALLORY-WEISS**

- **LESÕES NEOPLÁSICAS**



➤ CLINICA



Manejo clínico



CLASSIFICAÇÃO

Classificação endoscópica de Forrest para HDA por úlcera péptica

Classe		Estigma	Risco de ressangrar	Hemostasia endoscópica necessária?
FORREST I	Ia	PULSÁTIL	Até 90%	Sim
	Ib	BABAÇÃO (LENÇOL)	20 a 25%	Sim
FORREST II	IIa	VASO VISÍVEL	43 a 50%	Sim
	IIb	COÁGULO	20 a 30%	Quase sempre
	IIc	HEMATINA	< 10%	Não
FORREST III		FUNDO LIMPO	< 5%	Não

Tratamento

- **ADMINISTRAR IBP - 80 MG em bolus**
- **FORREST IA, IB, IIA E IIB: MANTER IBP VENOSO POR 72H (40MG - 12/12H)**
- **MALLORY-WEISS COM SANGRAMENTO ATIVO → HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA.
SEM SANGRAMENTO ATIVO - IBP**

Referências

JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.

GIORDANO-NAPPI, José; MALUF FILHO, Fauze. Aspectos endoscópicos no manejo da úlcera péptica gastroduodenal. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 35, n. 2, p. 124-131, abr. 2008 .