



ISSN 2674-8169



Qualis **B3**
CAPES 2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

Atualizações no Manejo Clínico e Cirúrgico da Hemorragia Digestiva Baixa: Revisão de Literatura

Saymonn Gaschler Cavalcante¹; Gustavo Dourado Aragão Sá Araújo²; João Paulo Ribeiro Silva³



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p883-898>

Artigo recebido em 19 Março e publicado em 19 de Abril de 2026

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A hemorragia digestiva baixa (HDB) é uma condição de elevada relevância clínica, com incidência estimada entre 20 e 87 casos por 100 mil habitantes, potencial de instabilidade hemodinâmica e etiologia diversa. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura acerca das atualizações no manejo diagnóstico e terapêutico da HDB em pacientes adultos. Utilizou-se a estratégia PICO como referencial metodológico, com busca nas bases de dados PubMed/Medline, Scopus e Embase, incluindo estudos publicados em inglês entre 2021 e 2026. A estratificação de risco com o Oakland Score mostrou-se eficaz na identificação de pacientes elegíveis para alta precoce com segurança. A ressuscitação hemodinâmica deve seguir estratégia transfusional restritiva, com manejo individualizado de antitrombóticos. A colonoscopia permanece o método diagnóstico de referência, sem superioridade demonstrada da modalidade urgente sobre a eletiva. A angiotomografia computadorizada consolidou-se como exame de escolha nos pacientes com sangramento ativo e comprometimento hemodinâmico. O tratamento endoscópico e a embolização transcater reduziram substancialmente a necessidade de intervenção cirúrgica, reservada atualmente para casos refratários. Conclui-se que o manejo da HDB evoluiu para uma abordagem escalonada, multidisciplinar e baseada em evidências, na qual a integração entre as diferentes especialidades é determinante para o sucesso terapêutico.

Palavras-chave: Hemorragia digestiva baixa. Manejo clínico. Manejo cirúrgico.

¹ Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

² Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

³ Médico Cirurgião Geral, Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Updates in the Clinical and Surgical Management of Lower Gastrointestinal Bleeding: A Literature Review

ABSTRACT

Lower gastrointestinal bleeding (LGIB) is a clinically significant condition, with an estimated incidence of 20 to 87 cases per 100,000 inhabitants, potential for hemodynamic instability, and diverse etiology. This study aims to conduct a narrative literature review on updates in the diagnostic and therapeutic management of LGIB in adult patients. The PICO framework was used as the methodological reference, with searches performed in PubMed/Medline, Scopus, and Embase, including studies published in English between 2021 and 2026. Risk stratification using the Oakland Score proved effective in identifying patients eligible for safe early discharge. Hemodynamic resuscitation should follow a restrictive transfusion strategy, with individualized antithrombotic management. Colonoscopy remains the reference diagnostic method, with no demonstrated superiority of urgent over elective colonoscopy. Computed tomography angiography has established itself as the preferred examination in patients with active bleeding and hemodynamic compromise. Endoscopic treatment and transcatheter embolization have substantially reduced the need for surgical intervention, which is currently reserved for refractory cases. It is concluded that the management of LGIB has evolved into a stepwise, multidisciplinary, evidence-based approach in which integration among different specialties is essential for therapeutic success.

Keywords: Lower gastrointestinal bleeding. Clinical management. Surgical management.

Instituição afiliada – Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Autor correspondente: Saymonn Gaschler Cavalcante | email: saymonn.gaschler@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O diagnóstico da Hemorragia Digestiva tem relação direta com o nível anatômico do acometimento intraluminal do intestino, sendo convencionalmente definido o ângulo de Treitz, que corresponde ao ponto de separação entre o duodeno e o jejuno, como marco anatômico (Imran; Alexander; Jackson, 2024).

Nesse contexto, o sangramento intraluminal que ocorre acima do ângulo de Treitz é definido como Hemorragia Digestiva Alta, mesmo quando as manifestações clínicas não são observadas no trato digestivo superior. A Hemorragia Digestiva Baixa, por sua vez, é definida como o sangramento intraluminal que ocorre abaixo do ângulo de Treitz (Strate; Gralnek, 2016; Ridha et al., 2024).

Clinicamente, a HDB pode manifestar-se de diferentes formas, desde a enterorragia, que corresponde à perda volumosa de sangue proveniente do intestino, até o sangramento oculto, que não é visível macroscopicamente, mas pode ser identificado por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes ou suspeitado na presença de anemia decorrente de perda sanguínea crônica (Triantafyllou et al., 2021).

Outras manifestações características da HDB são a hematoquezia, caracterizada pela presença de fezes com sangue vivo, sugerindo origem distal do sangramento no trato gastrointestinal, e a melena, caracterizada por fezes enegrecidas e de odor fétido, resultantes da degradação bacteriana do sangue ao longo do trânsito intestinal, o que sugere origem em segmentos mais proximais do trato digestivo (Brandão Neto, 2022).

Tal condição apresenta relevância clínica devido à sua incidência relativamente elevada, que varia de 20 a 87 casos por 100 mil habitantes, conforme descrito em diferentes estudos. Essa incidência aumenta com o avançar da idade e apresenta maior frequência no sexo feminino (Saydam; Molnar; Vora, 2023).

Sob o ponto de vista etiológico, as principais causas de HDB em adultos são agrupadas em causas anatômicas, vasculares, inflamatórias e neoplásica, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Principais causas de HDB

CATEGORIAS	ETIOLOGIAS	FREQUÊNCIA
Anatômica	Diverticulose	5-42%
Vascular	Angiodisplasia	3%
	Hemorróidas, fissura anal, úlcera retal	6-16%
	Isquêmico	6-18%
	Após biópsia ou polipectomia	13%
	Telangiectasia induzida por radiação	3%
Inflamatória	Doença inflamatória intestinal	2-4%
Neoplásica	Carcinoma	3-11%
	Pólipo	

Fonte: adaptado de Strate (2026).

Diante do exposto, observa-se que a HDB constitui uma condição de elevada relevância clínica devido à sua frequência na prática médica e ao potencial de instabilidade hemodinâmica, especialmente em pacientes idosos e portadores de comorbidades.

Além disso, por tratar-se de uma síndrome com múltiplas etiologias possíveis, sua abordagem diagnóstica e terapêutica torna-se desafiadora e dependente de adequada estratificação clínica.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura acerca das atualizações no manejo da hemorragia digestiva baixa, com ênfase nas estratégias diagnósticas e terapêuticas atualmente recomendadas, com o fito de contribuir para a sistematização do conhecimento e para o aprimoramento da tomada de decisão na prática clínica.

METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão narrativa da literatura, utilizou-se como referencial metodológico a estratégia PICO, conforme descrito por Hosseini et al. (2024), composta pelos elementos População, Fenômeno de Interesse e Contexto, abordagem especialmente indicada para estudos de natureza qualitativa.

Nesse sentido, estabeleceu-se como população de interesse pacientes adultos com diagnóstico de hemorragia digestiva baixa. O fenômeno de interesse correspondeu às estratégias de manejo dessa condição, contemplando abordagens clínicas, endoscópicas, radiológicas e cirúrgicas. O contexto considerado incluiu ambientes

hospitalares de atenção especializada, como enfermarias clínicas e cirúrgicas e unidades de terapia intensiva.

A partir dessa delimitação, formulou-se a seguinte questão norteadora do estudo: quais são as evidências recentes disponíveis na literatura acerca do manejo diagnóstico e terapêutico da hemorragia digestiva baixa em pacientes adultos?

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados PubMed/Medline, Scopus e Embase. Para a identificação das publicações relevantes, foram utilizados descritores controlados e termos livres relacionados à hemorragia digestiva baixa e às estratégias de manejo, conforme apresentado no quadro 2.

Eixo temático	Descritores controlados (MeSH / Entree)	Termos livres
Condição clínica	Gastrointestinal Hemorrhage	lower gastrointestinal bleeding; lower GI bleeding; colonic bleeding
Diagnóstico	Colonoscopy; Tomography, X-Ray Computed; Angiography	CT angiography; diagnostic evaluation; bleeding source identification
Tratamento endoscópico	Hemostasis, Endoscopic	endoscopic therapy; endoscopic hemostasis
Radiologia intervencionista	Embolization, Therapeutic	angiographic embolization; interventional radiology
Tratamento cirúrgico	Colectomy; General Surgery; Emergency Treatment	surgical management; emergency surgery; operative treatment

Fonte: elaborado pelos autores (2026).

Com a finalidade de ampliar a sensibilidade da estratégia de busca e, ao mesmo tempo, garantir maior especificidade na recuperação dos estudos, foram empregados os operadores booleanos AND e OR. O operador OR foi utilizado para incluir sinônimos e variações terminológicas relacionadas aos principais descritores, enquanto o operador AND possibilitou a combinação entre os diferentes eixos temáticos da pesquisa.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos publicados em língua inglesa, disponíveis na íntegra e divulgados no período entre 2021 e 2026. Foram excluídas publicações envolvendo população pediátrica, relatos de caso, editoriais, cartas ao editor e resumos de eventos científicos, além de estudos que não apresentaram relação direta com a questão norteadora estabelecida.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, os artigos selecionados foram submetidos à leitura completa para análise do conteúdo e verificação de pertinência temática. Posteriormente, realizou-se também a análise das referências dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar publicações adicionais relevantes não localizadas

na etapa inicial de busca, as quais foram incorporadas quando consideradas pertinentes ao escopo da revisão.

Considerando a ampla diversidade de abordagens descritas na literatura sobre o tema, a presente revisão concentrou a discussão em eixos temáticos principais relacionados à condução clínica da hemorragia digestiva baixa, incluindo a estratificação inicial e o suporte hemodinâmico, os métodos diagnósticos disponíveis e as indicações atuais do tratamento cirúrgico dentro do algoritmo terapêutico dessa condição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estratificação inicial e suporte hemodinâmico

A avaliação inicial do paciente com HDB deve ser realizada de forma sistematizada e simultânea à ressuscitação hemodinâmica, sem que uma etapa postergue a outra. A coleta de história clínica detalhada, com atenção às comorbidades, ao uso de medicamentos antitrombóticos e à caracterização do sangramento, associada ao exame físico minucioso, incluindo toque retal, constitui o ponto de partida para a estratificação do risco (Sengupta et al., 2023).

Instrumentos validados de estratificação do risco têm sido desenvolvidos com o objetivo de identificar, já na admissão hospitalar, os pacientes com baixa probabilidade de necessitar de intervenção hospitalar. Nesse contexto, o Oakland Score é atualmente o principal escore validado para essa finalidade na HDB. O escore é composto por variáveis como idade, sexo, histórico prévio de HDB, achados ao toque retal, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e nível de hemoglobina (Triantafyllou et al., 2021).

Uma pontuação igual ou inferior a 8 identifica pacientes com probabilidade de 95% de alta segura, definida como ausência de ressangramento, de necessidade de transfusão, de intervenção terapêutica ou de re-hospitalização em 28 dias, sendo recomendado tanto pelas diretrizes norte-americanas quanto pela diretriz europeia da Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) como ferramenta auxiliar à avaliação clínica (Sengupta et al., 2023; Triantafyllou et al., 2021). Ressalta-se, contudo,

que nenhum escore deve substituir o julgamento clínico individualizado (Strate; Gralnek, 2016).

No que se refere ao suporte transfusional, recomenda-se, em pacientes hemodinamicamente estáveis sem histórico de doença cardiovascular, uma estratégia restritiva de transfusão de concentrado de hemácias, com limiar de hemoglobina de 7 g/dL, almejando-se concentração pós-transfusional entre 7 e 9 g/dL (Triantafyllou et al., 2021).

Em pacientes com doença cardiovascular aguda ou crônica estabelecida, o limiar deve ser elevado para 8 g/dL, com alvo pós-transfusional de no mínimo 10 g/dL, em razão do maior risco de eventos coronarianos agudos associado à estratégia restritiva nessa população. Essas recomendações são endossadas pela diretriz da ESGE e pelo guideline do American College of Gastroenterology (ACG), com evidências predominantemente derivadas de estudos em hemorragia digestiva alta (Triantafyllou et al., 2021).

Em relação ao manejo de antitrombóticos, a conduta deve ser individualizada conforme a gravidade do sangramento, o tipo de fármaco em uso e o risco tromboembólico do paciente. Para aqueles em uso de antagonistas da vitamina K com HDB grave, recomenda-se a interrupção do fármaco e a correção da coagulopatia com concentrado de complexo protrombínico de quatro fatores (CCP-4F) associado à vitamina K intravenosa, preferencialmente ao plasma fresco congelado (Sengupta et al., 2023).

Para pacientes em uso de anticoagulantes orais diretos com HDB potencialmente fatal sem resposta à ressuscitação inicial, agentes de reversão específicos, como idarucizumabe para dabigatрана e andexanet alfa para inibidores do fator Xa, devem ser utilizados quando disponíveis (Triantafyllou et al., 2021; Sengupta et al., 2023).

Quanto aos antiagregantes plaquetários, a diretriz da ESGE não recomenda a interrupção rotineira do ácido acetilsalicílico em baixa dose utilizado para prevenção cardiovascular secundária. Caso seja necessária a interrupção temporária, a reintrodução deve ocorrer preferencialmente em até cinco dias após a cessação do sangramento ou assim que a hemostasia for considerada adequada. Para pacientes em uso de terapia antiplaquetária dupla, a interrupção pode ser considerada conforme a

gravidade do sangramento e o risco isquêmico, mediante consulta à cardiologia, devendo ser reintroduzido em até cinco dias quando ainda indicado (Triantafyllou et al., 2021).

Por fim, recomenda-se a reintrodução da anticoagulação após a cessação do sangramento, dado o benefício demonstrado na redução de eventos tromboembólicos e da mortalidade, com reinício preferencial a partir do sétimo dia após a interrupção nos pacientes de baixo risco trombótico (Triantafyllou et al., 2021; Sengupta et al., 2023).

Métodos diagnósticos

A colonoscopia permanece como o principal método diagnóstico na HDB, sendo recomendada para a maioria dos pacientes hospitalizados em razão de seu elevado rendimento na identificação da fonte sangrante e da possibilidade de tratamento simultâneo. O rendimento diagnóstico do exame varia entre 42% e 100% na literatura, com realização de hemostasia em 10% a 63% dos pacientes, a depender do momento da sua execução e da qualidade do preparo intestinal (Triantafyllou et al., 2021).

Em coortes com alta utilização do exame, estigmas de hemorragia recente foram identificados em até 31% dos casos, enquanto taxas de sangramento ativo ao procedimento foram observadas em apenas 3,8% (Sengupta et al., 2023).

O preparo intestinal deve ser realizado com solução de polietilenoglicol (PEG) em volume de 4 a 6 litros, sendo considerado mandatório antes da colonoscopia em contexto de HDB, uma vez que a colonoscopia sem preparo adequado apresenta baixas taxas de intubação cecal e dificulta a localização precisa da fonte hemorrágica. A colonoscopia não é mandatória em pacientes cujo sangramento cessou espontaneamente e que realizaram colonoscopia de alta qualidade nos últimos 12 meses, com preparo adequado, evidenciando diverticulose sem neoplasia colorretal (Sengupta et al., 2023; Triantafyllou et al., 2021).

Quanto ao momento ideal para a realização da colonoscopia, as evidências atuais indicam que o exame deve ser realizado em algum momento durante a internação, sem que haja superioridade demonstrada da colonoscopia urgente sobre a não urgente em termos de ressangramento, mortalidade, necessidade de intervenção adicional ou tempo de internação (Triantafyllou et al., 2021).

Sete revisões sistemáticas com meta-análises, incluindo quatro ensaios clínicos randomizados, avaliaram essa questão e não identificaram benefício clínico consistente da colonoscopia precoce. Em um dos estudos randomizados, a colonoscopia precoce esteve associada a maior taxa de ressangramento (13% versus 3%) em comparação com a colonoscopia eletiva (Sengupta et al., 2023; Triantafyllou et al., 2021).

Dados retrospectivos sugerem benefício da colonoscopia precoce na redução de mortalidade geral, necessidade de cirurgia e transfusões, mas essa vantagem não foi confirmada nos ensaios clínicos randomizados. Dessa forma, a ESGE e o ACG recomendam que a colonoscopia seja realizada na primeira oportunidade adequada durante a hospitalização, priorizando a adequação do preparo intestinal sobre a urgência temporal (Sengupta et al., 2023; Triantafyllou et al., 2021).

A angiotomografia computadorizada (AngioTC) tem assumido papel progressivamente relevante na avaliação da HDB, sobretudo nos pacientes com hematoquezia hemodinamicamente significativa em atividade. Com sensibilidade variando entre 85% e 90% e especificidade em torno de 92% para a detecção e localização do sangramento, a AngioTC constitui o exame de escolha como investigação inicial nos pacientes instáveis ou naqueles com suspeita de sangramento ativo intenso (Sengupta et al., 2024; Karuppasamy et al., 2021).

As principais vantagens desse método residem em sua natureza não invasiva, na rapidez de execução, inclusive com a possibilidade de realização mesmo em pacientes hemodinamicamente instáveis, e na capacidade de delimitar a anatomia vascular antes de uma eventual angiografia com embolização (Sengupta et al., 2024).

Em contrapartida, a AngioTC é de baixo rendimento nos pacientes com sangramento leve ou já cessado, uma vez que a identificação de extravasamento de contraste exige atividade hemorrágica no momento do exame (Sengupta et al., 2023).

A cintilografia com hemácias marcadas com tecnécio-99m (99mTc-CHM) representa uma alternativa nos pacientes hemodinamicamente estáveis com HDB em atividade nos quais a colonoscopia e a AngioTC foram negativas, contraindicadas ou indisponíveis. Sua principal vantagem é a elevada sensibilidade, com capacidade de detecção de sangramentos tão lentos quanto 0,1 mL/minuto, além da possibilidade de identificação de sangramentos intermitentes em janelas de imagem de até 24 horas (Sengupta et al., 2024).

No entanto, o método apresenta limitações relevantes: não pode ser realizado em pacientes instáveis, o tempo de preparo e de execução é prolongado, a localização do sítio de sangramento é imprecisa em até 33% dos casos e a correlação com a arteriografia seletiva é inferior à obtida com a AngioTC. Diante dessas restrições, a ESGE não recomenda o uso rotineiro da cintilografia no contexto da HDB aguda, reservando-a a situações específicas e contextos com menor disponibilidade de AngioTC (Triantafyllou et al., 2021; Sengupta et al., 2023; Karuppasamy et al., 2021).

Terapêutica endoscópica e radiológica no controle do sangramento

Quando estigmas de hemorragia recente são identificados durante a colonoscopia, a hemostasia endoscópica está indicada, independentemente da etiologia do sangramento. No contexto da hemorragia diverticular, a qual representa a causa mais frequente de HDB com incidência superior a 20% entre os pacientes hospitalizados, as modalidades endoscópicas de preferência incluem a ligação elástica endoscópica (LEE), os cliques metálicos (*through-the-scope*) e as técnicas de coagulação (Karuppasamy et al., 2021).

Em uma meta-análise de 16 estudos e 384 pacientes, as taxas de hemostasia inicial foram igualmente elevadas com essas três modalidades (99–100%); contudo, a LEE demonstrou menores taxas de ressangramento precoce (8% versus 19%) e tardio (9% versus 29%) em comparação com os cliques, com vantagem demonstrada a longo prazo. A colocação direta do clipe sobre o vaso sangrante, quando tecnicamente exequível, é preferível à colocação indireta, por estar associada a menores taxas de ressangramento (Sengupta et al., 2023; Triantafyllou et al., 2021).

Para as angiodisplasias, o tratamento de escolha é a coagulação com plasma de argônio (APC), recomendado tanto pela ESGE quanto pelo ACG por sua eficácia no controle do sangramento e pelo perfil favorável de complicações (Triantafyllou et al., 2021; Strate; Gralnek, 2016). Nos sangramentos pós-polipectomia, a hemostasia mecânica com cliques ou a coagulação por contato são as opções preferenciais, podendo os agentes hemostáticos tópicos ser empregados como terapia de resgate em casos de falha das modalidades primárias (Triantafyllou et al., 2021).

Nos pacientes em que a AngioTC demonstra extravasamento de contraste, está indicada a realização imediata de arteriografia com embolização transcater, que representa a principal modalidade de tratamento radiológico intervencionista na HDB. A taxa de sucesso técnico da embolização suprasseteiva é superior a 95%, com riscos de complicações isquêmicas geralmente inferiores a 10%, a maioria assintomática (Sengupta et al., 2024; Karuppasamy et al., 2021).

Os agentes embólicos mais utilizados incluem microespirais metálicas (*coils*) e o N-butil-2-cianoacrilato (NBCA), ambos com elevadas taxas de sucesso técnico, embora o uso de *coils* tenha sido associado a menores taxas de ressangramento em comparação com outros agentes (Karuppasamy et al., 2021). É fundamental destacar que a embolização só deve ser realizada na presença de extravasamento de contraste ativo durante a arteriografia, uma vez que a embolização empírica sem localização precisa do sítio sangrante é condição associada a risco significativo de isquemia intestinal (Sengupta et al., 2024).

A decisão entre encaminhar o paciente com AngioTC positiva para arteriografia ou para colonoscopia deve considerar fatores como a disponibilidade de radiologia intervencionista, a experiência institucional e o intervalo de tempo desde a positividade da AngioTC.

Nesse sentido, em um estudo retrospectivo, a arteriografia realizada dentro de 90 minutos após a AngioTC apresentou probabilidade nove vezes maior de detectar extravasamento ativo, enfatizando a importância de coordenação ágil entre as equipes (Sengupta et al., 2023).

Em centros com experiência em hemostasia endoscópica, a colonoscopia urgente também pode ser considerada após AngioTC positiva, sendo que pacientes com AngioTC positiva prévia apresentam maiores taxas de identificação da fonte e de intervenção endoscópica (Sengupta et al., 2023).

Indicações atuais do tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico ocupa posição residual no algoritmo atual da HDB, sendo reservado para situações em que as medidas endoscópicas e radiológicas intervencionistas fracassaram, ou são tecnicamente inviáveis ou não estão disponíveis.

Em estudo nacional britânico, de natureza prospectiva, envolvendo mais de 2.500 pacientes com HDB aguda, a cirurgia foi necessária em apenas 0,2% dos casos, refletindo o avanço das modalidades menos invasivas de controle do sangramento (Sengupta et al., 2023; Triantafyllou et al., 2021).

No entanto, entre os pacientes com HDB grave, estima-se que 7% a 25% necessitarão de intervenção cirúrgica em algum momento da evolução. Tanto a ESGE quanto o ACG recomendam que nenhum paciente seja submetido a laparotomia exploradora de urgência sem que todos os esforços para localizar o sítio de sangramento por métodos endoscópicos ou radiológicos tenham sido esgotados (Triantafyllou et al., 2021; Strate; Gralnek, 2016; Karuppasamy et al., 2021).

O princípio fundamental que norteia a decisão cirúrgica na HDB é a localização precisa do sítio sangrante antes da operação. A colectomia total às cegas, realizada sem localização prévia, está associada a maiores taxas de ressangramento, mortalidade pós-operatória e complicações sistêmicas, como complicações cardíacas, renais e íleo pós-operatório, em comparação com a colectomia parcial direcionada após localização adequada (Karuppasamy et al., 2021).

Nesse contexto, a colectomia total deve ser reservada exclusivamente para os raros casos de HDB não localizada e incontrolável, nos quais todos os outros métodos diagnósticos e terapêuticos foram esgotados sem sucesso (Karuppasamy et al., 2021).

Em pacientes hemodinamicamente instáveis sem condições de tolerar a cirurgia imediata, a embolização transcater pode ser empregada como medida emergencial, estabilizando o paciente e proporcionando tempo para preparo intestinal e otimização clínica pré-operatória (Karuppasamy et al., 2021).

Desse modo, a abordagem cirúrgica da HDB, quando necessária, deve ser integrada a um plano multidisciplinar que priorize a localização do sítio sangrante e a estabilização clínica do paciente antes do procedimento operatório.

CONCLUSÃO

A hemorragia digestiva baixa representa uma condição de relevância crescente na prática clínica, sobretudo em razão do envelhecimento populacional e do uso cada vez mais disseminado de agentes antitrombóticos. O presente estudo permitiu

sistematizar as principais evidências disponíveis na literatura acerca do manejo diagnóstico e terapêutico dessa condição, evidenciando avanços significativos nas últimas décadas.

A estratificação de risco na admissão hospitalar, por meio de instrumentos validados como o Oakland Score, demonstrou ser uma ferramenta eficaz na identificação de pacientes candidatos à alta precoce com segurança, contribuindo para a racionalização dos recursos hospitalares. A ressuscitação hemodinâmica deve ocorrer de forma simultânea à avaliação clínica, com ênfase em estratégias transfusionais restritivas e conduta individualizada no manejo dos antitrombóticos, sempre ponderando o risco hemorrágico em contraposição ao risco tromboembólico.

No âmbito diagnóstico, a colonoscopia permanece como o método de referência, com benefício adicional de possibilitar a hemostasia terapêutica no mesmo procedimento. Contudo, as evidências atuais não sustentam a superioridade da colonoscopia urgente sobre a não urgente, recomendando-se priorizar a qualidade do preparo intestinal em detrimento da urgência temporal. A angiotomografia computadorizada consolidou-se como método de escolha nos pacientes com sangramento ativo e hemodinâmica comprometida, dada sua rapidez, sensibilidade elevada e capacidade de orientar a embolização seletiva subsequente.

Do ponto de vista terapêutico, as modalidades endoscópicas e a embolização transcater reduziram expressivamente a necessidade de intervenção cirúrgica, a qual atualmente é reservada para casos refratários ou tecnicamente inviáveis por métodos menos invasivos. A localização precisa do sítio sangrante antes de qualquer procedimento operatório é um princípio fundamental, uma vez que a colectomia total às cegas se associa a maior morbidade e mortalidade.

Conclui-se que o manejo da HDB tem evoluído para uma abordagem escalonada, multidisciplinar e baseada em evidências, na qual a integração entre clínicos, endoscopistas, radiologistas intervencionistas e cirurgiões é determinante para o sucesso terapêutico. Novos estudos randomizados e de maior poder estatístico são necessários para consolidar recomendações em pontos ainda controversos, como o tempo ideal da colonoscopia e os critérios precisos de seleção entre embolização e hemostasia endoscópica nos pacientes com angiotomografia positiva.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO NETO *et al.* **Medicina de emergência: abordagem prática**. 16 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.
- EXPERT PANEL ON INTERVENTIONAL RADIOLOGY *et al.* ACR appropriateness criteria radiologic management of lower gastrointestinal tract bleeding: 2021 update. **Journal of the American College of Radiology**, [S. l.], v. 18, n. 5S, p. S139–S152, 2021.
- HOSSEINI, M. *et al.* Formulating research questions for evidence-based studies. **Elsevier**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2023.100046>. Acesso em: 04 jan. 2026.
- IMRAN, H.; ALEXANDER, J. T.; JACKSON, C. D. Lower Gastrointestinal Hemorrhage. **JAMA**, [S. l.], v. 331, n. 19, p. 1666-1667, 2024. doi:10.1001/jama.2023.25841. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38656758/>. Acesso em: 09 abr. 2026.
- RIDHA *et al.* Predicting the need for urgent endoscopic intervention in lower gastrointestinal bleeding: a retrospective review. **BMC Emerg Med.**, [S. l.], v. 24, n. 1, 2024. doi:10.1186/s12873-024-00990-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38654175/>. Acesso em: 11 abr. 2026.
- SAYDAM, S. S.; MOLNAR, M.; VORA, P. he global epidemiology of upper and lower gastrointestinal bleeding in general population: A systematic review. **World J Gastrointest Surg.**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 723-739, 2023. doi:10.4240/wjgs.v15.i4.723. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10190726/>. Acesso em: 11 abr. 2026.
- SENGUPTA, Neil *et al.* Management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding: An updated ACG guideline. **The American Journal of Gastroenterology**, [S. l.], v. 118, n. 2, p. 208–231, 2023.
- SENGUPTA, Neil *et al.* The role of imaging for GI bleeding: ACG and SAR consensus recommendations. **Radiology**, [S. l.], v. 310, n. 3, p. e232298, 2024.
- STRATE, L. L.; GRALNEK, I. M.; CG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. **Am J Gastroenterol.**, [S. l.], v. 111, n. 4, p. 459-474, 2016. doi:10.1038/ajg.2016.41. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5099081/>. Acesso em: 09 abr. 2026.
- STRATE, Lisa. Etiology of lower gastrointestinal bleeding in adults. In: **UpToDate**. Waltham (MA): UpToDate Inc. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-lower-gastrointestinal-bleeding-in-adults>. Acesso em: 13 abr. 2026.
- TRIANAFYLLOU *et al.* Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal



bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
Guideline. **Endoscopy**, [S. l.], v. 53, n. 8, p. 850-868, 2021. doi:10.1055/a-1496-8969.
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062566/>. Acesso em: 10 abr. 2026.