

CAUSAS RARAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA COM ÊNFASE NA LESÃO DE DIEULAFOY E A DOENÇA DE BUDD-CHIARI EM FONTES SECUNDÁRIAS. 2014 - 2024.

**Gualter Larry Alves Filho,
Matheus Teixeira de Oliveira,
Simão Mardegan Castellari,
Constantino Augusto Carvalho,
Jose Roseira Vargas Neto da Fonseca,
Sergio Luiz Ribeiro Lavinias**

RESUMO: A hemorragia digestiva consiste no sangramento intraluminal que tem origem no trato gastrointestinal, podendo ser considerada baixa ou alta a depender do local em que se dá o sangramento. São diversas as causas de hemorragias digestivas, sendo algumas raras, como no caso da lesão de Dieulafoy e a doença de Budd-Chiari. O presente estudo tem como objetivo dissertar sobre causas raras para a hemorragia digestiva, seus procedimentos diagnósticos e formas de tratamento. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura, recorrendo-se a bases de estudos diversas. Depreendeu-se que há similaridades em ambas as condições, tanto no aspecto do diagnóstico quanto do tratamento, com destaque para a endoscopia digestiva alta e as intervenções endoscópicas, no que diz respeito ao tratamento.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva; Trato Gastrointestinal; Doença de Budd-Chiari; Lesão de Dieulafoy.

ABSTRACT: Digestive bleeding consists of intraluminal bleeding that originates in the gastrointestinal tract and can be considered low or high depending on the location where the bleeding occurs. There are several causes of digestive bleeding, some of which are rare, as in the case of Dieulafoy's lesion and Budd-Chiari disease. The present study aims to discuss rare causes of digestive bleeding, its diagnostic procedures and forms of treatment. To this end, a literature review was carried out, using different study bases. It was concluded that there are similarities in both conditions, both in terms of diagnosis and treatment, with emphasis on upper digestive endoscopy and endoscopic interventions, with regard to treatment.

Keywords: Digestive Bleeding; Gastrointestinal Tract; Budd-Chiari disease; Dieulafoy injury.

INTRODUÇÃO

Distúrbios e doenças digestivas afetam milhões de pessoas em todo o mundo, culminando em um significativo impacto econômico, considerando os cuidados de saúde, a redução da qualidade de vida do paciente e o absenteísmo ou a queda de produtividade no trabalho. Entre as doenças do trato gastrointestinal (TGI) está a hemorragia digestiva (HD), se apresentando como uma das principais causas de admissão na emergência, bem como a principal causa de internação hospitalar e morte por causa específica (CHAVES, 2020).

A HD consiste no sangramento intraluminal que se origina no TGI, em quaisquer locais ao longo do TGI que corresponde ao trato superior e inferior, podendo ser dividida em alta ou baixa a depender da região em que ocorre o sangramento. Para tal definição, tem-se como marco o ligamento de *Treitz*, ou seja, a região anatômica que define o fim do duodeno e o início do jejuno.

A hemorragia digestiva alta (HDA) tem incidência anual de 100/100.000 habitantes por ano. A hemorragia digestiva baixa (HDB), por sua vez, apresenta incidência de 36/100.000 habitantes por ano. Avalia-se a gravidade do sangramento digestivo com base em parâmetros clínicos do estado hemodinâmico, bem como na necessidade de hemotransfusão, de forma que existem alguns escores, como o escore de *Glasgow – Blatchford* (GBS), usado para identificar que pacientes precisam de intervenção mais precoce, ou o *Rockwall*, que avalia o risco de mortalidade e ressangramento (LIRIO et al., 2023).

Na pandemia de Sars-CoV2 (COVID-19), a hemorragia digestiva se apresentou como um dos eventos gastrointestinais descritos como complicação da infecção, e acometeu entre 2 e 13% dos pacientes internados em função do vírus (LIRIO et al., 2023).

Existem diversas causas de hemorragias digestivas, algumas mais comuns como úlceras pépticas (corresponde a cerca de 50% dos casos), erosões gastroduodenais (cerca de 30%) e varizes esofágicas (entre 10 e 20%). Contudo, há causas mais raras, como no caso da lesão de *Dieulafoy*, ectasia vascular antral, a doença de *Budd-Chiari*, a síndrome Osler-Weber-Rendu e outras, que correspondem à parcela restante (ZEVE et al., 2017).

O presente estudo tem como objetivo apresentar causas raras de HD, discorrendo sobre suas características, condutas e formas de tratamento. Para tanto, foi realizada uma

revisão de literatura, considerando achados em publicações acadêmicas diversas, livros e artigos encontrados em periódicos eletrônicos.

MATERIAL E MÉTODO

A revisão de literatura, de acordo com Dorsa (2020), é de fundamental importância para a formulação de um material científico, proporcionando um encontro entre pesquisas com similaridades.

Na presente revisão de literatura, foram pesquisadas (buscas em sites) bases de dados como Scielo, Pubmed, Science Direct, e a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), valendo-se de descritores como “Hemorragia Digestiva”, “Síndrome de Budd-Chiari”, “Lesão de Dieulafoy”, “EVAG”, entre outros.

Como recorte temporal, foram selecionadas fontes publicadas nos últimos 10 anos (2014-2024), excluídas as publicações anteriores, ou que não tratem diretamente do tema abordado na presente pesquisa.

RESULTADOS

As pesquisas (buscas) para a construção do presente estudo foram realizadas em portais como a Science Direct, BDTD, Scielo e PubMed, com filtro para publicação posterior ao ano de 2014, com os termos e número de resultados descritos no quadro 1.

Termo	Science Direct	PubMed	Scielo	BDTD
Hemorragia digestiva	23	29	25	29
Lesão de Deulafoy	7	4	4	0
EVAG	8	0	5	0
Síndrome de Budd-Chiari	28	12	13	1
Síndrome Osler-Weber-Rendu	0	4	2	0

Baixados os estudos, foram selecionados um total de XX enquadrados nos critérios de inclusão estabelecidos (publicação nos últimos 10 anos e ser relevantes sobre o tema abordado a presente pesquisa), sendo os outros descartados.

Lesão de Dieulafoy

Paul Georges Dieulafoy (1839 – 1991) foi um professor parisiense de Patologia, sendo o primeiro a descrever uma série de 10 casos de hematêmese maciça por sangramento de vaso gástrico, sem evidências de ulceração. O médico chegou à conclusão de que a lesão não se dava em função de uma úlcera gástrica típica, levando assim o nome de “lesão de Dieulafoy”. Trata-se de uma causa rara de sangramento digestivo, que é causada pela anormalidade de uma artéria submucosa, de calibre aumentado e tortuosa. O achado foi evidenciado pela análise histológica de espécimes biopsiados, sendo que a protuberância da artéria se dá por um defeito da mucosa (2 – 5 mm), normalmente na porção superior do estômago, que pode se romper de forma espontânea. Supõe-se que a camada fina de mucosa adjacente a artéria pulsante tende a sofrer erosão progressiva pela pressão mecânica desse vaso (FARNETANO et al., 2016).

Os pacientes acometidos pela lesão de Dieulafoy são normalmente idosos e pessoas com comorbidades associadas, como hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, cirrose hepática, diabetes tipo 2 e angiodisplasias (STANKE et al., 2019).

Os pacientes com lesão de Dieulafoy geralmente apresentam hematêmese (vômito de sangue) ou melena (fezes escuras e pastosas), sinais clássicos de hemorragia gastrointestinal alta. A hemorragia pode ser intermitente ou contínua e é muitas vezes de grande volume, o que pode levar a choque hemorrágico se não tratada rapidamente. A história clínica pode não fornecer pistas claras sobre a presença desta lesão devido à sua raridade e localização submucosa (ZEVE et al., 2017).

O procedimento diagnóstico de escolha é a endoscopia digestiva alta, havendo efetividade em cerca de 90% dos casos. O exame demonstra uma área protusa de cor marrom avermelhada sem a presença de ulcerações circundantes. Menos de 10% dos pacientes precisam de 3 ou mais endoscopias para se estabelecer o diagnóstico, que pode ser difícil em função do tamanho da lesão e a intermitência da hemorragia, principalmente no primeiro episódio. Neste sentido, o ultrassom endoscópico pode auxiliar no diagnóstico, visto localizar o vaso submucoso com precisão (BRITO et al., 2020).

O tratamento da lesão de Dieulafoy envolve principalmente o controle endoscópico do sangramento. Métodos endoscópicos incluem a injeção de agentes esclerosantes, aplicação de clips hemostáticos, coagulação térmica e ligadura elástica. Em

casos nos quais o tratamento endoscópico não é bem-sucedido ou viável, a angiografia com embolização ou a intervenção cirúrgica podem ser necessárias. Para o tratamento endoscópico, existem três possibilidades, a saber, o tratamento mecânico, termal ou aplicação de substâncias, de forma que a escolha do método depende da experiência do profissional, bem como do campo visual disponível na realização do procedimento (FARNETANO et al., 2016).

O prognóstico dos pacientes com lesão de Dieulafoy é geralmente bom se o diagnóstico e o tratamento forem realizados de forma rápida e eficaz. No entanto, a taxa de mortalidade pode ser significativa em pacientes que não recebem tratamento adequado devido à gravidade do sangramento e à possibilidade de choque hemorrágico (MALLIARAS et al., 2016).

Doença de Budd-Chiari

A doença de Budd-Chiari leva o nome de George Budd e Hans Chiari. George Budd foi um médico britânico, nascido em 1808, que fez contribuições significativas para a medicina interna, especialmente no campo das doenças hepáticas. Hans Chiari, por sua vez, foi um patologista austríaco nascido em Viena, em 1851. Ele é conhecido por seu trabalho detalhado em anatomia patológica e por suas contribuições ao estudo das doenças hepáticas. A combinação das observações de Budd e Chiari levou à definição da doença de Budd-Chiari como uma síndrome resultante da obstrução do fluxo sanguíneo venoso hepático (LUPASCO; DUMBRAVA, 2021).

Trata-se de uma condição rara que se caracteriza por uma obstrução da saída do fluxo venoso hepático, estendendo-se das veias supra-hepáticas até a junção cava-atrial, podendo ser classificada como primária e secundária. É primária quando é consequente de lesão venosa intra-luminal, destacando-se os casos de flebite e estenose, e secundária quando é resultante de qualquer compressão extrínseca ou invasão do sistema venoso, como no caso de tumores (CARDOSO et al., 2020).

A síndrome de Budd-Chiari pode ser assintomática, sendo diagnosticada de forma acidental através de exames de imagem realizadas com outra finalidade, e sintomática, podendo o paciente demonstrar ascite, encefalopatia, dor abdominal e hemorragia digestiva. A hemorragia digestiva e a doença de Budd-Chiari estão relacionadas principalmente através das complicações que esta última pode causar no sistema

gastrointestinal. A hemorragia digestiva alta é uma complicação que decorre da formação de varizes de esôfago, correspondente a um dos sintomas mais comuns em casos de Budd-Chiari. A hematêmese, que é a forma na qual a complicação se manifesta, é resultante do sangramento dessas varizes, que são formadas pela obstrução venosa portal (VALLA, 2017).

O diagnóstico da hemorragia digestiva em pacientes com doença de Budd-Chiari envolve uma combinação de endoscopia digestiva alta, que pode visualizar as varizes esofágicas e gástricas, e estudos de imagem, como ultrassonografia com Doppler, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) para avaliar a extensão da obstrução venosa hepática.

Ectasia vascular do antro gástrico

A ectasia vascular antral gástrica (EVAG), também conhecida como "estômago em melancia" devido à aparência endoscópica de listras vermelhas longitudinais que lembram a casca de uma melancia, é uma condição rara que pode levar a hemorragia digestiva. A EVAG é caracterizada pela presença de vasos sanguíneos dilatados na mucosa do antro gástrico, que podem se romper e causar sangramento gastrointestinal significativo (RAYMONDI et al., 2018).

Clinicamente, pacientes apresentam anemia ferropênica e normalmente necessitam de transfusões de sangue. A primeira descrição reconhecida da EVAG foi feita em 1952 por A. F. Rider e H. H. Knauer, que relataram casos de pacientes com alterações vasculares no antro gástrico, que se apresentavam com sangramento gastrointestinal. No entanto, foi em 1984 que a condição ganhou maior notoriedade com a publicação de uma série de casos por Jabbari et al., que identificaram e descreveram detalhadamente a aparência endoscópica que lembrava as listras de uma melancia. Essa descrição visual característica ajudou a consolidar o termo "estômago em melancia" na literatura médica (RAYMONDI et al., 2018).

A EVAG é uma causa rara de hemorragia digestiva alta, acometendo normalmente idosos e sendo mais comum em mulheres. Pode estar associada a uma série de condições médicas, de forma que a literatura demonstra casos em conjunto com insuficiência renal crônica e hipertensão. Existem outras causas de hemorragia digestiva que podem

mascarar o diagnóstico de EVAG, que é baseado na história clínica, aparência endoscópica e conclusões histológicas (HANIF; AFZAL, 2015).

Ainda de acordo com Hanif e Afzal, as opções de tratamento incluem endoscopias, cirurgias e medicamentos. Procedimentos endoscópicos se mostram mais eficazes, sendo que o Goagulador de Plasma de Argônio é considerado um tratamento de primeira linha para EVAG.

Síndrome Osler-Weber-Rendu

Também conhecida como telangiectasia hemorrágica hereditária, é uma doença vascular hereditária autossômica, que se apresenta comumente com um conjunto de manifestações clínicas diversas. A primeira descrição da síndrome foi realizada no fim do século XIX por três médicos, cujos nomes, que agora são associados à condição, são William Osler, um médico canadense que descreveu vários casos de uma doença hereditária caracterizada por telangiectasias e hemorragias nasais, Henri Jules Louis Marie Rendu, um médico francês que descreveu casos de telangiectasias hemorrágicas nasais em 1896 e Frederick Parkes Weber, um dermatologista britânico que relatou casos adicionais de telangiectasias e destacou a natureza hereditária da doença (NETO et al., 2023).

Estudos epidemiológicos apresentam uma prevalência de 1:5000 a 1:8000, havendo cerca de 85000 casos na Europa. Pelo prisma fisiopatológico, é uma doença hereditária, sendo identificados dois genes cuja mutação a ocasiona, a saber, o gene da endogлина (ENG) e da activina (ALK-1) (ROSETE et al., 2020).

O diagnóstico da síndrome se baseia nos critérios de Curação, abrangendo aspectos clínicos, hereditários e achados em exames de imagem. Os critérios de Curação tem como pilares epistaxes recorrentes, múltiplas telangiectasias mucocutâneas em locais como lábios, dedos, nariz e orofaringe, lesões viscerais e história familiar, estando o diagnóstico concluído caso o paciente apresente 3 dessas características (NETO et al., 2023).

No caso do acometimento do TGI, nota-se episódios de hemorragia digestiva intensa, de forma que o tratamento tem como objetivo reduzi-los. O tratamento pode ser endoscópico ou medicamentoso. No caso de angiectasias intestinais, a terapia com plasma de argônio é indicada como padrão-ouro (ROCHA et al., 2022).

DISCUSSÃO

A hemorragia digestiva é uma condição clínica significativa que pode ter várias causas, algumas das quais são bastante raras. No presente estudo, analisamos e comparamos quatro causas raras de hemorragia digestiva: Lesão de Dieulafoy, Síndrome de Budd-Chiari, Ectasia Vascular Antral Gástrica (EVAG) e Síndrome de Rendu-Osler-Weber (HHT). A priori, convém mencionar que, atualmente, existe escassez relacionada a causas menos comuns de hemorragias digestivas, fato que pode ser verificado as pesquisas que embasaram o presente estudo.

De forma geral, as causas principais de sangramento digestivo são a doença ulcerosa péptica, que corresponde a cerca de 50% dos casos, o que foi corroborado no estudo de Zeve et al (2017). Em seguida, estão as erosões gastroduodenais, responsáveis por uma média de 20 a 30% dos casos. Por fim, condições mais raras como a lesão de Dieulafoy, Síndrome de Budd-Chiari, EVAG e síndrome Osler-Weber-Rendu, entre outras condições, perfazem o restante da porcentagem dos casos.

No caso da lesão de Dieulafoy, o estudo de Balliana et al (2022) que corresponde a menos de 2% das causas de hemorragia digestiva alta, também corroborado por Zeve et al (2017) e Farnetano et al (2016), que explicam que entre 4 e 9% dos casos de sangramentos gastrointestinais de grande volume têm causa não definida, acreditando-se que cerca de metade desses casos pode ter a lesão de Dieulafoy como causa. Contudo, conforme explicam Stanke et al (2019), a lesão de Dieulafoy deve ser prontamente reconhecida em função de sua capacidade de gerar sangramentos maciços e recorrentes.

Na Síndrome de Budd-Chiari, trata-se, além de uma condição extremamente rara, de uma causa rara de hemorragia digestiva, de forma que se estima que a hemorragia digestiva em pacientes da referida síndrome pode estar presente em cerca de 5% dos casos, por rotura de varizes, conforme indica o estudo de Cardoso et al (2020).

Neste sentido, concorda o estudo de Khan et al (2019), que aponta o sangramento gastrointestinal como manifestação clínica menos comum (5%), juntamente com a encefalopatia hepática (9%). Por Metzger et al (2021), a hemorragia digestiva é relatada no quadro crônico da síndrome, juntamente com carcinoma hepatocelular. Araujo et al (2016) acrescentam que a condição é apresentada na síndrome de Budd-Chiari sintomática, como complicação que pode levar à morte.

A EVAG, de acordo com o estudo de Raymondi et al (2018) é responsável por cerca de 4% das hemorragias digestivas altas não varicosas, constituindo também uma causa rara para o sangramento gastrointestinal. Neste sentido, Lee et al (2015) corroboram com a referida porcentagem, acrescentando ainda a associação com hemorragia oculta, manifestada como anemia por deficiência de ferro.

Por fim, este estudo analisou a síndrome Rendu-Osler-Weber, também apontada como uma causa rara de hemorragia digestiva. O estudo de Falcon et al (2021) explica que o sangramento gastrointestinal com relevância clínica é recorrente em cerca de 33% dos pacientes, principalmente até após os 40 anos de idade. Contudo, não há informações precisas sobre que porcentagem de hemorragias digestivas são causadas pela síndrome.

A endoscopia digestiva foi apontada como a principal ferramenta diagnóstica para todas as condições abordadas no presente estudo, bem como exames de imagem como a ultrassonografia com Doppler, Tomografia computadorizada, ressonância magnética e angiografia. Importantes para avaliar a extensão da perda de sangue e as condições subjacentes, foram mencionados testes de função hepática, estudos de coagulação e hemogramas completos.

Em todas as condições analisadas no presente estudo, a endoscopia é uma ferramenta crucial tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento inicial do sangramento gastrointestinal. Métodos endoscópicos usados incluem ligadura elástica (ZEVE et al., 2017; FARNETANO et al., 2016; RAYMONDI et al., 2018), coagulação térmica (STANKE et al., 2019; METZGER et al., 2021; RAYMONDI et al., 2018) e clips hemostáticos (BALLIANA et al., 2022; STANKE et al., 2019; ZEVE et al., 2017).

A hipertensão portal, característica comum na síndrome de Budd-Chiari e que também pode estar associada a EVAG, demanda técnicas de manejo para redução da pressão portal. O uso de betabloqueadores não seletivos como propranolol foi relatado no estudo de Raymondi et al (2018), porém com poucos benefícios observados. O uso de TIPS, entretanto, foi relatado por Metzger et al (2021) e por Raymondi et al (2018), visando atenuar a hipertensão portal.

O tratamento medicamentoso foi relatado para reduzir a acidez gástrica e promover a cicatrização em casos de lesões gástricas, no caso de lesões de Dieulafoy (STAKE et al., 2019). No caso de Rendu-Osler-Weber, foi relatado por Neto et al (2023) o uso de agentes antiangiogênicos como bevacizumabe.

Nos casos refratários ao tratamento medicamentoso e endoscópico, podem ser necessárias intervenções cirúrgicas. Raymondi et al (2018) relatam a Antrectomia em casos de EVAG como opção de tratamento, embora não seja a primeira a ser considerada no manejo da condição, reservadas assim para casos específicos, ou quando outras opções falham. Na síndrome de Budd-Chiari, por sua vez, Metzger et al (2021) apresentam o uso de *shunts* portossistêmicos, visto que a principal etiologia é trombótica.

Convém, mais uma vez, ressaltar a necessidade de mais estudos para que as informações pertinentes ao tema deste sejam constantemente atualizadas, considerando a escassez observada nesta pesquisa.

CONCLUSÃO

Hemorragias digestivas se manifestam por diversas causas, sendo as mais comuns a doença ulcerosa péptica. Em seguida, estão as erosões gastroduodenais, responsáveis por uma média de 20 a 30% dos casos. Contudo, existem causas menos comuns de sangramento gastrointestinal, que devem ser igualmente abordados, a fim de se enriquecer a produção científica sobre esta temática.

O presente estudo de revisão foi idealizado com a finalidade de avaliar causas raras de hemorragia digestiva, sendo abordadas quatro condições específicas, a saber, a lesão de Dieulafoy, síndrome de Budd-Chiari, EVAG e síndrome Rendu-Osler-Weber.

Depreendeu-se que há similaridades em ambas as condições, tanto no aspecto do diagnóstico quanto do tratamento. Os métodos diagnósticos compartilham várias similaridades, destacando-se a importância da endoscopia digestiva alta, estudos de imagem como ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética, exames laboratoriais detalhados e, quando necessário, biópsias endoscópicas.

Em termos de tratamento, as opções incluem intervenções endoscópicas, que são frequentemente a primeira linha de manejo para controlar o sangramento ativo, seguido por medidas de suporte hemodinâmico e, em alguns casos, intervenções cirúrgicas e terapias medicamentosas específicas.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, G. N.; RESTELATTO, L. M.; PROMPT, C. A.; KAROHL, C. Síndrome de Budd-Chiari secundária a trombose de veia cava inferior associada a cateter. **J. Bras.**

Nefrol., v. 39, n. 1, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/cn3pw7XzvX9F69GvTG4YNfq/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em 10/05/2024.

BALLIANA, R. R.; ABREU, L. C. M.; ORLANDO, L. C.; GARCIA, M. E.
Apresentação e tratamento de lesão de Dieulafoy em reto: relato de caso. **Relatos Casos Cir.**, v.8, n. 3, 2022. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/relatosdocbc.org.br/pdf/v8n3a11.pdf>. Acesso em 09/05/2024.

BRITO, M.; NUNES, G.; MARQUES, P. P.; CANHOTO, M.; PROENÇA, A. L.; FONSECA, J. A Unique Case of Recurrent Upper Gastrointestinal Bleeding Caused by Two Metachronous Dieulafoy's Lesions: The Role of EUS Evaluation. **GE Port. J. Gastroenterol.**, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8138222/>. Acesso em 01/05/2024.

CARDOSO, A. V. P.; PRADO, I. L.; SILVA, J. O.; DINIZ-ANTONIO, M. E.; BRANDÃO, M. L.; BRANDÃO, M. L.; JUNIOR, F. V. B. Síndrome de Budd-Chiari – Relato de c

CHAVES, F. C. **Relatório Técnico Científico: Hemorragia digestiva alta aguda – desenvolvimento de aplicativo de saúde “HDA-APP” para abordagem inicial pré-endoscópica.** Relatório Técnico-científico (Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde). Vassouras, 2020. Disponível em:
https://mestradosaude.universidadevassouras.edu.br/arquivos/dissertacoes/Dissertacao_Fernanda_Correa.pdf. Acesso em 27/04/2024.

DORSA, A. C. O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. **Interações**, v. 21, n. 4, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/inter/a/ctsj4sLz6CkZYQfZWBS4Lbr/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em 17/04/2024.

FALCON, H. C. S.; SANTANA, N. M.; FARIAS, D. S.; KHOURI, N. A. Sangramento gastrointestinal em paciente portador de síndrome de Rendu-Osler-Weber: relato de caso clínico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, 2021. Disponível em:
<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3559/2893>. Acesso em 10/05/2024.

FARNETANO, B. S.; CARVALHO, M. A.; PEREIRA, R. G.; PIMENTEL, A. P. D. R.; MOTA, G. S. M.; ANTONIOL, T. Um curioso caso de sangramento digestivo: lesão de Dieulafoy. **Revista Científica FAGOC**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em:
<https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/20/153>. Acesso em 04/05/2024.

HANIF, M. O.; AFZAL, R. Gastric Antral Vascular Ectasia (GAVE): an overlooked diagnosis. **J Coll Physicians Surg Pak**. 2015 Mar;25(3):227-8. PMID: 25772970.

KHAN, F.; ARMSTROG, M. J.; MEHRZAD, H. M.; CHEN, F.; NEIL, D.; BROWN, R.; CAIN, O. Review article: a multidisciplinary approach to the diagnosis and management of Budd-Chiari syndrome. **Aliment Pharmacol. Ther.**, v.1, n. 49, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apt.15149>. Acesso em 09/05/2024.

LEE, D. J. R.; FRAGATA, J.; MEDINA, J. O.; DRAIBE, S.; CANZIANI, M. E.; CENDOROGLO, M.; GOES JR, M. A. Resistência à eritropoetina em paciente com IRC e ectasia vascular gástrica. **J Bras Nefrol** 2015;37(3):410-413. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/9TKDxN74hC6ytbGNq3JGskP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10/05/2024.

LIRIO, L. V.; GOMES, M. P. Z.; GONÇALVES, L. L.; SADOVSKY, E. Perfil dos pacientes com hemorragia digestiva em serviço de referência durante a pandemia do Sars-Cov-2 (Covid-19). **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 25, n. 2, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/42345/28349>. Acesso em 03/05/2024.

LUPASCO, I.; DUMBRAVA, V. T. Diagnosis and therapy of Budd Chiari syndrome. **Medicine and Pharmacy Reports**, v. 94, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8411809/pdf/cm-94-s68.pdf>. Acesso em 06/05/2024.

MALLIARAS, GP; CAROLLO, A; BOGEN, G. Esophageal Dieulafoy's lesion: an exceedingly rare cause of massive upper GI bleeding. **Journal of Surgical Case Reports**. 2016, 6, 1-2, June 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4906533/>. Acesso em 03/05/2024.

METZGER, P. B.; COSTA, K. R.; SILVA, S. L.; JUNIOR, V. R.; NUNES, V.; FREIRE, M. Q. B.; NETO, M. O. A. Síndrome de Budd-Chiari por obstrução da via de saída da veia hepática por membrana: tratamento percutâneo por angioplastia com balão. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 1, n. 1, 2021.

NETO, M. B. A.; LIMA, M. L.; FERNANDES, M. Q.; FIALHO, N. M. M.; COUTINHO, S. R. A. R. Sangramento gastrointestinal em paciente portador da Síndrome de RenduOsler-Weber: um relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 1, p.2935-2943, jan./feb., 2023. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/57034/41803/138402>. Acesso em 08/05/2024.

RAYMONDI, R. P.; MARQUES, C. P.; FAYAD, L.; RIBAS, C. J. Ectasia vascular do antro gástrico (estômago em melancia) – Um relato de caso. **Arq. Catarin. Med.**, v. 47, n. 3, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/290/284>. Acesso em 06/05/2024.

ROCHA CTM, ANDRADA BV, COSTA NL, QUEIROGA HS, JUNIOR F de SG de O, TINOCO LGA. Hemorragia digestiva alta decorrente de varize duodenal isolada: um relato de caso e revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**. 2022 Sep 20;5(5):19180–99. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52288/39087>. Acesso em 08/2024.

ROSETE, M.; GAUDENCIO, M.; MAGALHAES, S.; SOUSA, F. F.; PEREIRA, A. Epistaxis e Hemorragia Digestiva Recorrente: Manifestação da Síndrome Osler-Weber-Rendu. **Gazeta Médica**, v. 3, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/375/238/2641>. Acesso em 08/05/2024.

STANKE, F.; DIAS, T. L. C.; KOIKE, C. A. Y.; CASTRO, T. B.; CORREA, J. S. Lesão de Deufaloy duodenal. **Relatos Casos Cir.**, v. 5, n. 3, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/relatosdocbc.org.br/pdf/v5n3a13.pdf>. Acesso em 04/05/2024.

VALLA, D.C. Budd–Chiari syndrome/hepatic venous outflow tract obstruction. **Hepatology international**, v. 12, n. 1, p. 168-180, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28685257/>. Acesso em 07/05/2024.

ZEVE, C. H.; ZEVE, R. H.; BERNARDI, G. M.; ZEVE, J. L. M. Lesão de Dieulafoy do fundo gástrico. **GED Gastroenterol. Endoc. Dig.**, v. 36, n. 2, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876738/lesao-de-dieulafoy.pdf>. Acesso em 05/05/2024.