

20

Endoscopia Digestiva em Pediatria

RECOMENDAÇÕES



INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho digestivo são frequentes e importantes na criança. Salientam-se a patologia malformativa, alérgica, inflamatória e os tumores benignos, sendo raras as neoplasias malignas. São também comuns as lesões iatrogénicas, secundárias à ingestão de cáusticos ou corpos estranhos, e as que resultam da utilização de medicamentos, como os anti-inflamatórios.

A introdução da endoscopia no estudo da patologia digestiva das crianças constituiu um passo importante no diagnóstico e na orientação do tratamento.

O desenvolvimento de endoscópios de pequeno diâmetro (5-6 mm) e com canal de trabalho adequado, tornou possível a realização de exames em todos os grupos etários, inclusive em recém-nascidos com muito baixo peso, assim como a colheita de biópsias e a execução de quase todos os métodos de terapêutica endoscópica. Por outro lado, o desenvolvimento e aperfeiçoamento das técnicas de sedação e anestesia neste grupo etário, contribuiu igualmente para uma maior aceitação e uma feitura mais fácil e segura da endoscopia em crianças. Mantêm-se, todavia, limitações à realização de ecoendoscopia, duodenoscopia, videocápsula e alguns métodos de terapêutica endoscópica, nas crianças mais pequenas, pela inadequada dimensão dos aparelhos utilizados.

A endoscopia digestiva deverá ser praticada na criança pelos Gastroenterologistas Pediátricos ou por Gastroenterologistas experientes em centros devidamente credenciados.

A endoscopia digestiva, diagnóstica e terapêutica, só deverá ser realizada em Hospitais Pediátricos, ou em Hospitais Gerais que possuam serviços de Pediatria e de Anestesia devidamente preparados e assegurem o apoio das especialidades de Cuidados Intensivos, Cirurgia Pediátrica e Imagiologia, indispensáveis ao tratamento de eventuais complicações. As Unidades de Endoscopia Digestiva dos Serviços de Gastroenterologia dos Hospitais de adultos, devidamente equipadas, poderão realizar endoscopia em crianças com mais de 10 anos desde que cumpram os requisitos anteriores.

Cada centro pediátrico que realiza endoscopia deverá ter pelo menos dois gastroenterologistas pediátricos, dotados da capacidade de executar as técnicas endoscópicas de diagnóstico e tratamento requeridas pela maior parte dos doentes. Deverá integrar, ainda, pessoal de enfermagem com treino na realização das técnicas endoscópicas e na manutenção dos equipamentos.

O espaço físico deverá incluir uma sala de espera, duas salas para a realização de exames de endoscopia alta e baixa com anestesia, uma sala para limpeza e desinfecção de equipamentos com boa ventilação, uma para recobro que permita a presença dos pais e um gabinete para realização de relatórios e arquivo. A decoração deverá ser alegre, colorida e tranquilizadora.

Preparação para os exames

a) Preparação Emocional

Em Pediatria não é aconselhável efectuar endoscopia em regime aberto. Antes da realização de qualquer exame o doente deve ser observado numa consulta da especialidade, para avaliar a necessidade e oportunidade de efectuar o exame, que envolve sempre algum risco e constitui para a criança e muitas vezes para os pais, um traumatismo psicológico. Sempre que a idade e o grau de desenvolvimento permitam, deve ser explicada à criança a natureza e tipo de procedimentos a que vai ser submetida, a preparação que é necessário efectuar e a sua importância. Se possível, deve também familiarizar-se com as instalações e equipamentos que vão ser usados na execução da endoscopia. Os pais devem ser esclarecidos acerca de todos os procedimentos que vão ser efectuados, do risco envolvido e dar o seu consentimento escrito. Desta forma será possível reduzir a ansiedade do doente e da família, diminuir o *stress* associado ao exame e aumentar os níveis de satisfação.

O ambiente das unidades de endoscopia deve ser o mais acolhedor possível para a criança, que deverá ser acompanhado pelos pais até ao início do exame.

Nos doentes com patologia crónica, em especial respiratória e neurológica, é muito importante a observação por anestesista com treino pediátrico antes da decisão de realização do exame.

b) Restrições dietéticas

As crianças que vão ser submetidas a endoscopia digestiva, com idade inferior a 6 meses, poderão beber leite até 4-6h antes da endoscopia; acima dos 6 meses, não deverão ingerir sólidos ou líquidos não claros nas 6-8 horas que precedem o exame.

c) Sedação / Anestesia

A sedação ou a anestesia geral são essenciais para a correcta realização de endoscopia diagnóstica ou terapêutica na criança. Obrigam à presença de uma equipa de anestesia (médico e enfermeira), bem como a cuidados de monitorização (ECG, oximetria, pulso e tensão arterial) e à disponibilidade de gases anestésicos e oxigénio canalizados, equipamento de reanimação e ventilação assistida.

Na endoscopia alta, quando realizada com entubação orotraqueal, é necessário adequar o diâmetro do endoscópio ao doente para não haver traumatismos, mais susceptíveis de ocorrer num doente anestesiado e com risco agravado se existirem distorções da coluna cervical. É indispensável um acesso venoso, que deverá ser obtido antes de iniciar o procedimento (usar anestésico local, tipo EMLA). Na endoscopia baixa utiliza-se como rotina a sedação profunda e nos exames e doentes mais complexos emprega-se, por vezes, a anestesia geral.

As crianças necessitam em regra de doses de fármacos um pouco mais elevadas que os adultos. Os fármacos mais utilizados são o midazolam (oral, rectal ou nasal), propofol, tiopental, fentanil e alfentanil, mivacurio e paracetamol.

A sedação é em regra bem tolerada pelas crianças, embora em cerca de 3-9% dos casos possa ocorrer uma baixa da saturação arterial de oxigénio, ainda que geralmente transitória e ligeira, e facilmente corrigida com a administração nasal do referido gás.

Realizar endoscopia em idade pediátrica com segurança, significa utilizar sedação ou anestesia, numa sala devidamente equipada e com o apoio de uma equipa de anestesia.

e) Profilaxia antibiótica

As condições cardíacas associadas a risco de endocardite bacteriana (baixo, médio e alto risco) que justificam antibioterapia profiláctica, bem como os procedimentos endoscópicos associados a risco mais elevado, são semelhantes aos previstos para os adultos.

Endoscopia Digestiva Alta

A endoscopia alta é fundamental no diagnóstico e no tratamento das crianças com patologia digestiva.

O peso, a idade e a patologia, obrigam ao uso de endoscópios de diâmetro externo adequado e podem colocar, nos mais pequenos, dificuldades na aplicação de algumas das técnicas terapêuticas, devido ao diâmetro excessivo dos canais de trabalho.

Por princípio, devemos usar para cada doente o aparelho de maior diâmetro possível.

A sedação e a anestesia geral são indispensáveis. A amnésia relativa ao exame é muito importante neste grupo etário, em especial quando se trata de situações crónicas que obrigam à realização de múltiplos exames. Deve referir-se que a sedação superficial tem por vezes nas crianças um efeito paradoxal, tornando-as mais reactivas perante a tentativa de realização da endoscopia e dificultando o exame. O mesmo efeito pode ter a anestesia tópica da orofaringe, pelo que não se aconselha a sua utilização sistemática.

No lactente, e acima dos 10 anos de idade, a sedação deverá ser a opção preferencial, no último caso quando aceite pelo doente.

A colheita de material de biópsia deverá ser realizada tal qual ocorre no adulto.

Indicações

As indicações mais comuns para a realização de endoscopia alta na criança incluem:

Diagnóstico

Hemorragia digestiva aberta ou oculta	Doença Celíaca
DRGE	Ingestão corpo estranho / cáustico
Disfagia	Esclarecimento de achado radiológico
Recusa alimentar	Colheita de biopsias
Dor torácica de causa desconhecida	Fístulografia
Vómito persistente	Estadiamento hipertensão portal
Dispepsia	
Anemia ferripriva	

Terapêutica

Dilatação (estenoses, anéis, pregas)	Polipectomia
Extracção de corpos estranhos	Colocação de PEG
Hemostase de úlceras sangrantes	Colocação de próteses
Esclerose e laqueação de varizes	

Contra-indicações

A instabilidade cardiovascular e a insuficiência respiratória podem constituir contra-indicação para a realização de endoscopia digestiva alta, pelo que deve ser sempre bem ponderada a relação risco/benefício. As alterações da coagulação podem impedir a realização de biopsias ou técnicas terapêuticas.

Preparação

Na maior parte dos doentes é apenas necessário um jejum de 8 horas antes do exame. Sempre que existam perturbações motoras que interfiram com o esvaziamento gástrico (gastroparésia) ou com a “clearance” esofágica (acalásia), deverá recomendar-se a ingestão apenas de alimentos líquidos nas 12-24 horas anteriores ao exame e jejum de 10-12 horas. Se necessário proceder-se-á a entubação e aspiração ou lavagem gástrica antes da realização da endoscopia.

Técnica de execução

A técnica de execução é igual à praticada no adulto, sendo aconselhável que a introdução, feita pelo operador, ocorra sempre sob visão directa. Devemos utilizar preferencialmente aparelhos de vídeo e, de entre estes, os de maior diâmetro possível para cada doente, de forma a termos a melhor imagem bem como uma mais fácil utilização de toda a gama de acessórios.

<2500 gr -----aparelho de 5/6 mm de diâmetro
2500 gr a 10 kg----aparelho de 7 mm de diâmetro
>10 Kg-----aparelho de 9 mm de diâmetro

O esófago deve ser cuidadosamente observado durante a introdução suave, sem forçar, do endoscópio. Se ocorrer qualquer resistência, devemos mudar para um aparelho de menor diâmetro ou, na sua ausência, proceder à feitura da endoscopia sob controlo radiológico ou, em alternativa, dar por findo o exame e efectuar estudo contrastado antes de nova tentativa.

Logo que entramos no estômago deveremos progredir até ao piloro, entrar no duodeno e ir, pelo menos, até DII. A retirada deve ser lenta e com observação cuidada de todos os segmentos, incluindo o fórnix e a região do cárdia (em inversão), procedendo então, e sempre que se justifique, à colheita de biopsias.

São raras as complicações (0,5 a 1,7% dos casos) quando o exame é correctamente efectuado por um operador experiente. Podem, todavia, ocorrer acidentes relacionados com o processo de anestesia/sedação (dificuldade respiratória, espasmo brônquico, aspiração, excitação paradoxal e reacção alérgica a fármacos como a meperidina), que são as mais frequentes, assim como outras complicações surgidas na dependência do próprio acto endoscópico, tais como, dor na orofaringe, fractura de dentes, hematomas, hemorragia e perfuração.

Na colheita de biópsias deverá ser empregue a pinça de maior diâmetro aplicável. Os espécimens recolhidos serão devidamente orientados e colocados sobre fragmento de papel ou outro suporte e, logo após, imersos num fixador apropriado (formol a 10%).

Atitudes terapêuticas

As técnicas de tratamento endoscópico podem ser aplicadas à maioria das crianças. Algumas são mais frequentemente necessárias, como a dilatação esofágica, a extracção de corpos estranhos e a colocação de gastrostomia (PEG). Outras, de uso menos comum, incluem a hemostase de úlcera péptica sangrante, esclerose ou ligadura de varizes e a polipectomia.

A dilatação esofágica está indicada no tratamento de estenoses congénitas ou secundárias à cirurgia da atresia do esófago (50% dos operados desenvolvem estenose mais ou menos acentuada), à ingestão de cáusticos, ao refluxo gastro-esofágico (especialmente em doentes com compromisso neurológico), à esclerose de varizes ou à radioterapia.

Nas estenoses congénitas é conveniente, sempre que possível, ter uma noção da constituição da parede esofágica, o que poderá ser conseguido com a realização de ecoendoscopia ou tomografia computadorizada, já que na ausência de parede muscular o risco de rotura no momento da dilatação é elevado.

Nas estenoses secundárias à cirurgia da atresia esofágica, que ocorrem em lactentes, está indicada a dilatação sempre que a criança tem sintomas, recusa alimentar, disfagia ou evolução ponderal inadequada.

As dilatações esofágicas podem ser feitas utilizando dilatadores (velas) tipo Savary, com fio guia, ou balões hidrostáticos com ou sem fio guia, mas, sempre que possível, com controlo radiológico. A utilização de balões transendoscópicos tem como principal limitação o diâmetro ($\geq 2,8$ mm) do canal de trabalho do endoscópio.

Nos lactentes com estenoses muito cerradas pode ser útil o recurso aos dilatadores biliares.

Na acalásia, situação pouco frequente em pediatria, poder-se-á também recorrer à dilatação com balão (35-40 mm), sendo geralmente necessárias diversas sessões (2-3); o risco de perfuração não é totalmente desprezível. Neste grupo etário a miotomia laparoscópica é actualmente a solução mais adequada, com vantagens a longo prazo.

Para a hemostase de lesões sangrantes não varicosas, podemos recorrer a qualquer das técnicas actualmente disponíveis ("heater probe", electrocoagulação mono ou bipolar, LASER, argon plasma). A utilização de *clips* hemostáticos e de ansas destacáveis é uma outra alternativa, embora pouco usual em Pediatria. Finalmente, a injeção de 5-10 ml de adrenalina (solução a 1/10000), seguida ou não da infiltração de um agente esclerosante (polidocanol 1%), é a técnica mais fácil de realizar, mais barata, mais eficaz e mais acessível.

A hemorragia por rotura de varizes do esófago ou do estômago, secundária a quadros de hipertensão portal, é pouco frequente na criança. Perante um episódio hemorrágico agudo devemos proceder à escleroterapia endoscópica (polidocanol a 1%, 10-12 ml por sessão). Na prevenção secundária, poderemos utilizar a esclerose ou a ligadura elástica, que parecem ser igualmente eficazes. Estas técnicas não são isentas de complicações, tais como ulceração (17%), estenose (20%), perfuração (4%) e sépsis, pelo que só devem ser efectuadas em centros especializados. A ligadura é um método mais caro e não disponível na maior parte dos centros pediátricos.

A colocação de gastrostomias endoscópicas por via percutânea (PEG) é também, cada vez mais, uma técnica indispensável na Pediatria. De execução simples, rápida e sem complicações, é usada de forma temporária ou definitiva para alimentação total ou suplementar, em doentes com doenças neurológicas crónicas, afecções metabólicas e perturbações do comportamento alimentar, sendo uma solicitação frequente num Serviço de Gastrenterologia Pediátrica.

As crianças pequenas engolem com frequência objectos estranhos de natureza diversa. A maior parte são de pequenas dimensões e pouco agressivos, percorrendo o tubo digestivo sem provocar qualquer problema e sendo expelidos com as fezes

até uma semana depois. Os maiores (20 mm de largura e 50 mm de comprimento) e os mais agressivos, têm tendência a não progredir para além do esófago ou do estômago, representando cerca de 10 a 20% dos corpos estranhos ingeridos. Quando isto acontece, é necessário proceder à sua remoção endoscópica, a qual é, em regra, bem sucedida. Se impactados no esófago devem ser retirados o mais rapidamente possível. Quando se situam no estômago, e se não forem de natureza química (pilhas, por exemplo, devem ser retiradas logo nas primeiras 24h), poder-se-á aguardar. A extracção de corpos estranhos deverá ser feita por endoscopista experiente e com o doente anestesiado e entubado.