

Doente Neurologicamente Comprometido Gastrostomia e Enterostomia

Fernando Pereira

Os doentes com compromisso neurológico grave apresentam com frequência dificuldades alimentares que conduzem, quando não são corrigidas, a quadros de desnutrição por vezes acentuados e que contribuem para o agravamento da sua doença de base e para uma mais difícil recuperação das suas complicações, nomeadamente das infecciosas.

É por isso muito importante a avaliação nutricional frequente destes doentes, para fazer o diagnóstico dos distúrbios presentes e proceder à sua correcção em tempo útil.

As doenças com compromisso neurológico podem causar alterações a vários níveis no tracto digestivo superior; ao nível da coordenação dos movimentos de deglutição, envolvendo o esfíncter esofágico superior, no peristaltismo esofágico, na competência do cárdia e ainda na motilidade gástrica e coordenação antro-pilórica, importante para o normal esvaziamento do estômago.

As perturbações da motilidade gástrica e do funcionamento do cárdia são causa frequente de refluxo gastroesofágico, de evolução inicial por vezes assintomática nestes doentes, mas que com o agravar do processo causam esofagite que pode manifestar-se por recusa alimentar, anemia, vómitos frequentemente com conteúdo hemático e pelo aparecimento de infecções respiratórias de repetição.

A dificuldade na deglutição frequentemente presente com maior ou menor intensidade, é responsável por desnutrição, por infecções respiratórias

de repetição, muitas vezes graves e causa de distúrbios familiares resultantes do longo tempo necessário para administrar a alimentação. Os pais ficam muitas vezes com a sensação que o seu tempo e esforço foram inglórios já que apenas conseguiram administrar pequena quantidade de alimentos, claramente insuficiente para o desenvolvimento da criança.

Quando um doente está nesta situação é frequente o recurso imediato à introdução de uma sonda nasogástrica para a alimentação. Na maior parte destes casos porém, a necessidade de introduzir artificialmente os alimentos no estômago é permanente ou de longa duração, pelo que a utilização da sonda nasogástrica não é uma boa opção. É frequente a retirada accidental da sonda, o que obriga a manipulação frequente, que os pais nem sempre são capazes de efectuar com segurança, o seu calibre é reduzido, limitando o tipo de alimentos a utilizar e a sua presença constante ao nível do esfíncter esofágico superior, dificulta a manipulação das secreções facilitando as infecções respiratórias.

A presença constante da sonda ao nível do cárdia cria condições para um constante refluxo, com a conseqüente esofagite e todas as complicações de que se pode acompanhar.

Por estas razões, sempre que é previsível a necessidade de alimentação prolongada total ou parcial por sonda, deve recorrer-se ao uso da gastrostomia ou se necessário à enterostomia.

A gastrostomia que consiste na colocação de uma sonda dentro do estômago através da parede abdominal, era inicialmente efectuada sempre por via cirúrgica; hoje a sua realização por via endoscópica veio simplificar o procedimento, encurtar o tempo anestésico e

dessa forma diminuir a possibilidade de complicações. Assim as principais indicações desta técnica são, a dificuldade ou impossibilidade de deglutição, a recusa alimentar, o aporte nutricional inadequado, a anorexia grave e a dificuldade na administração oral de dietas ou medicamentos com sabor desagradável.

Há algumas contraindicações para a realização da gastrostomia endoscópica que têm de ser excluídas quando se efectua a avaliação inicial do doente, como sejam a estenose esofágica, a presença de doenças do estômago (patologia peptica ou vascular), ascite volumosa, hepatomegalia volumosa e a presença de shunt ventriculo-peritoneal. A presença de refluxo é uma contraindicação relativa que, se for muito acentuada, poderá justificar a realização de cirurgia anti-refluxo associada.

A contraindicação mais importante é a posição anómala do estômago na cavidade abdominal, que não permite uma boa visualização transparietal (transiluminação), dificultando a escolha do local adequado à inserção da sonda e fazendo correr o risco de perfuração visceral, do colon nomeadamente. Nestes casos devemos proceder à colocação com ajuda da laparoscopia ou recorrer à via cirúrgica.

A infecção da parede abdominal e a deslocação da sonda são as complicações mais importantes mas que serão evitadas fazendo profilaxia antibiótica durante o procedimento de colocação e com uma correcta manipulação, limpeza e desinfecção diárias do estoma.

No nosso serviço colocamos até Agosto de 2004, gastrostomias endoscópicas em 46 doentes, com idades compreendidas entre 3 meses e 16 anos, sendo 25 do sexo masculino, 38 (82,6%)

com perturbações da deglutição e 30 (65%) com compromisso neurológico grave, primário ou secundário. Em 3 doentes ocorreu infecção da parede resolvida sem complicações com a terapêutica antibiótica e em 5 verificou-se deslocação da sonda para o interior da parede abdominal, sendo necessário proceder à sua recolocação.

É importante referir que no caso de haver uma recuperação do doente adquirindo as suas capacidades alimentares é possível e simples retirar a gastrostomia, verificando-se o encerramento espontâneo e rápido do estoma, que deixa uma pequena cicatriz de alguns milímetros.

A enterostomia tem sido necessária entre nós menos vezes (apenas em três doentes). É aplicada quando há uma significativa alteração motora que condiciona um esvaziamento gástrico muito lento, criando resíduos volumosos e predispondo ao refluxo e respectivas complicações ou em doentes com refluxo gastro-esofágico grave e que não reúnem as condições para a realização de cirurgia anti-refluxo.

A sua colocação pode ser inicialmente por enteroscopia, mas nos casos em que tivemos de a utilizar, efectuamos a colocação endoscópica transgástrica de sonda duodenal, utilizando a gastrostomia inicialmente efectuada como via de acesso ao duodeno.

Todos os nossos doentes que colocaram gastrostomia ou enterostomia melhoraram o seu estado nutricional de forma significativa e verificou-se também melhoria assinalável da qualidade de vida das suas famílias.

BIBLIOGRAFIA

Gauderer M.W.L.; "Percutaneous Endoscopic Gastrostomy – 20 years later. A Historical Perspective". J. Ped. Surg, 36:217-219, 2001.

Wilson L., Oliva-Hemker M.; "Percutaneous Gastrostomy in Small Complex Infants"; Endoscopy 33(5):433-436;2001.

Tomicic J.T.; Luks F.I.;Shalon L.; Tracy T.F.; "Laparoscopic Gastrostomy in Infants and Children" Eur. J. Pediatric Surg. 12:107-110, 2002.