

Enteroscopia com duplo-balão (EDB): um novo método de enteroscopia

O objetivo deste artigo é descrever uma nova técnica de endoscopia do trato digestivo, bem como suas indicações e contra-indicações, e fornecer uma breve revisão da literatura disponível sobre o método.

Historicamente, as patologias do intestino delgado (ID) sempre foram de difícil diagnóstico, considerando a anatomia, a grande extensão e a tortuosidade desta parte do trato digestivo. Até recentemente, os métodos diagnósticos disponíveis apresentavam grandes limitações ao seu uso, especialmente no que diz respeito à acurácia diagnóstica. Na maior parte dos casos optava-se primeiramente pelos exames radiológicos contrastados, reservando-se outros métodos mais invasivos, como a enteroscopia intra-operatória, para os pacientes cuja investigação diagnóstica inicial fora negativa. Especificamente no caso da hemorragia digestiva proveniente do intestino delgado, era possível demonstrar a sua ocorrência através de arteriografia ou cintigrafia com hemácias rádio-marcadas, porém com sérias limitações em apontar precisamente o local do sangramento.

A partir da descrição da cápsula endoscópica (CE) por Iddan e colaboradores, em 2000, o estudo das patologias do intestino delgado ganhou novo impulso. Este método utiliza uma videocâmera embutida em uma pequena cápsula (medindo 11 por 26 mm e pesando, aproximadamente, 4 g), que é deglutida pelo paciente e registra 50 mil imagens ao longo das oito horas habituais de passagem pelo sistema digestivo. Embora este método revolucionário seja indolor, não-invasivo, permita a obtenção de imagens de todo o intestino delgado e já esteja disponível no nosso meio, ele ainda possui limitações. Podemos citar como exemplos, a possibilidade de falsos-negativos em lesões únicas e em casos de hemorragia intermitente (já que o trânsito da cápsula ao longo do intestino delgado é feito em um único sentido, impulsionado apenas pela peristalse), a incapacidade de marcar o exato local da lesão e, principalmente, o seu uso como método exclusivamente diagnóstico.

Respondendo à necessidade de um método que fosse, ao mesmo tempo, diagnóstico e terapêutico, Yamamoto e colaboradores desenvolveram o enteroscópio com duplo-balão e publicaram, em 2001, o primeiro estudo de enteroscopia total, demonstrando que o novo método era capaz de examinar os intestinos delgado e grosso em sua totalidade.



Este dispositivo, igualmente revolucionário, consiste em um videoendoscópio, medindo 200 cm de extensão e 8.5 ou 9.5 mm de calibre (portanto, um pouco mais longo e menos calibroso que um vídeocolonoscópio), acoplado a um overtube (ou seja, um tubo que o recobre e desliza sobre ele), de 140 cm de extensão e 12 ou 13 mm de calibre. Tanto o endoscópio como o overtube possuem em suas extremidades um balão de silicone, que pode ser insuflado com ar ou com dióxido de carbono, permitindo o ancoramento destes dispositivos na luz do intestino.

A enteroscopia com duplo-balão (EDB) é realizada obrigatoriamente, em ambiente hospitalar, com o paciente submetido previamente a um preparo semelhante ao dos exames endoscópicos usuais (jejum, antiespasmódicos e, dependendo da via de inserção, uso de laxativos). A sedação utilizada é variável: 1) combinação de benzodiazepínicos e opióides (midazolam e meperidina, por exemplo), 2) propofol, 3) anestesia geral. O exame é realizado, normalmente, por dois médicos, auxiliados por um técnico responsável por operar o sistema de insuflação dos balões.

O início do exame é semelhante a uma endoscopia digestiva alta, com o endoscópio (já previamente montado no interior do overtube) sendo introduzido até o duodeno, com os dois balões vazios. A partir deste local, o endoscópio, que tem a ponta móvel e comandada pelos controles situados na manopla do aparelho, é avançado em direção ao jejuno, o mais longe possível. Quando não é mais viável progredir com o aparelho sem tracionar excessivamente as alças jejunais, insufla-se o primeiro balão, aquele localizado na ponta do overtube, o que promove um ancoramento do aparelho no local. Em seguida, o endoscópio é introduzido um pouco mais distalmente no jejuno, até não ser mais possível. Procede-se, então, à insuflação do segundo balão, na ponta do endoscópio, seguida por um movimento de retificação do aparelho, ou seja, de juntar os dois balões. Esta seqüência de movimentos faz com que o intestino adquira forma semelhante a uma san-

fona, compactado e permitindo o avanço do aparelho sem tração excessiva das alças. Embora a repetição destes movimentos de “empurrar e puxar” permita, ocasionalmente, a enteroscopia total, ou seja, o exame completo dos intestinos delgado e grosso numa única sessão a EDB costuma ser realizada em dois tempos, sendo que a via de introdução inicial (oral ou anal) varia de acordo com o caso.

INDICAÇÕES

A principal indicação da EDB é a hemorragia digestiva de origem obscura (HDO), ou seja, aquela com resultados negativos na endoscopia digestiva alta e na colonoscopia. Nestes casos, que correspondem a 5% das hemorragias digestivas, a lesão costuma estar localizada no intestino delgado, sendo as lesões vasculares (angiodisplasias, por exemplo) e os tumores as principais causas. Nesta situação, a EDB é o exame de escolha, pois permite o exame minucioso do ID (inclusive retornando várias vezes ao local de uma lesão suspeita, onde pode estar ocorrendo sangramento intermitente), bem como o tratamento endoscópico. Os mesmos métodos de hemostasia habitualmente utilizados na endoscopia digestiva podem ser usados também na EDB, citando como exemplos o plasma de argônio, os clips e a injeção local de adrenalina.

Outra indicação da EDB é o diagnóstico de diversas patologias do ID. Entre estas, podemos mencionar Síndrome de Peutz-Jegher (e outras poliposes), anemia ferropriva sem causa determinada, síndromes de má-absorção e doença celíaca refratária. No caso das neoplasias, como adenocarcinomas, carcinóides, linfomas e tumores estromais do trato gastro-intestinal (GIST), a EDB permite não só a obtenção de material para exame histopatológico, como a marcação do local da lesão, utilizando-se tinta nanquim, o que ajuda numa posterior abordagem cirúrgica.

A EDB também é um ótimo método para investigação da doença de Crohn do ID, bem como para o tratamento das estenoses causadas por ela e pela enteropatia por anti-inflamatórios não-esteroidais.

Outra utilização promissora da EDB é após cirurgias abdominais com alteração da anatomia do ID (cirurgias da obesidade, em Y-de-roux, etc), nas quais é possível examinar alças aferentes e o estômago excluído e até mesmo acessar as vias biliares, permitindo a realização de colangiografia endoscópica retrógrada.

Por último, pode-se usar a EDB naqueles pacientes cujo exame colonoscópico é difícil, em virtude de doença diverticular ou de aderências pós-cirúrgicas; para retirada de corpo estranho (principalmente cápsulas endoscópicas retidas em áreas de estenose); e para realização de jejunostomias.

CONTRA-INDICAÇÕES

As principais contra-indicações ao uso da EDB são os casos em que há fragilidade da parede intestinal, como anastomose intestinal ou pancreatite recentes, ulcerações extensas no ID, linfoma em vigência de quimioterapia ou síndrome de Ehler-Danlos. A EDB também deve ser evitada em pacientes com coagulopatias ou suspeita de obstrução ou perfuração intestinais.

Embora seja um método pouco invasivo, a EDB possui complicações. Mensink e colaboradores, em um estudo multicêntrico

publicado no ano de 2007, analisaram 2362 casos de EDB e notaram complicações em 0.8% dos exames diagnósticos, taxa próxima àquela encontrada nas colonoscopias. A principal complicação nestes casos foi a pancreatite, cuja causa ainda não foi completamente determinada, mas acredita-se ser provocada por compressão ou tração excessivas no duodeno ou por aumento da pressão nas vias biliares durante o exame.

O mesmo estudo mostra complicações mais graves, como hemorragia e perfuração, em 4.3% das EDB terapêuticas, uma taxa mais alta que a observada em colonoscopias com intervenções terapêuticas.

Comparando-se esses dois métodos novos – DBE e CE -, é importante frisar que não são mutuamente excludentes. Segundo o consenso de 2007 da American Gastroenterology Society, a CE é o próximo exame a ser pedido na investigação de HDO, após resultados negativos de endoscopia alta e colonoscopia, uma recomendação também feita pela British Society of Gastroenterology no seu consenso de 2008. Os resultados iniciais da CE podem orientar uma posterior EDB terapêutica, bem como a sua via inicial de entrada. Segundo orientação da European Society of Gastrointestinal Endoscopy, a EDB deve ser o método inicial quando se suspeita de que pode haver necessidade de hemostasia endoscópica ou quando há histórico de cirurgia da obesidade ou em Y-de-roux.

Embora a EDB seja um método extremamente valioso e sem substitutivo no diagnóstico e no tratamento das patologias do ID, o seu alto custo, baixa disponibilidade no nosso meio e a não-cobertura por parte das empresas de medicina complementar fazem com que ainda seja pouco utilizado.

INDICAÇÕES

- Hemorragia digestiva de origem obscura
- Síndrome de Peutz-Jegher e outras poliposes
- Anemia ferropriva sem causa determinada
- Síndromes de má-absorção
- Doença celíaca refratária.
- Neoplasias do ID
 - adenocarcinoma
 - carcinóide
 - linfoma
 - GIST
- Doença de Crohn do ID
- Estenoses no ID
- Enteropatia por anti-inflamatórios não-esteroidais
- CPRE após cirurgias abdominais/cirurgia da obesidade
- Colonoscopia difícil

CONTRA-INDICAÇÕES

- Anastomose intestinal ou pancreatite recentes
- Ulcerações extensas no ID
- Linfoma em vigência de quimioterapia
- Síndrome de Ehler-Danlos
- Coagulopatias
- Obstrução ou perfuração intestinais.

* Médico formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro com Residência em Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva pela Universidade Federal Fluminense (felipe_carino@yahoo.com.br)