

ECOENDOSCOPIA

Indicações, contra-indicações e complicações



INSTITUTO
ENDOVITTA



ENDOVITTA
TRAINING CENTER BRAZIL



INDICAÇÕES

A ultrassonografia endoscópica ou ecoendoscopia (ECOENDO) possui indicações tanto diagnósticas quanto terapêuticas. A ECO-ENDO pode alterar a conduta à medida que apresenta maior sensibilidade e especificidade em determinadas afecções do trato gastrointestinal (TGI). Normalmente é indicada após outros exames de imagem como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

As principais indicações diagnósticas são: estadiamento locoregional de neoplasias do TGI, avaliação e elucidação diagnóstica das lesões subepiteliais do TGI; lesões pancreáticas e de vias biliares; investigação de litíase/microlitíase biliar, estadiamento de endometriose, anomalias congênitas do TGI. Outra indicação importante do procedimento é o seguimento/vigilância de algumas lesões benignas com potencial de malignidade em que se avalia alterações nas características morfológicas bem como o surgimento de indícios de malignidade.

O procedimento permite ainda a realização de biópsias através da punção com agulha fina para análise citológica e histológica.

Algumas das indicações terapêuticas são: drenagem de pseudocisto pancreático, drenagem de coleção/abscesso intra-abdominal, tratamento de varizes esofagogástricas; neurólise com bloqueio do plexo celíaco, drenagem com descompressão das vias biliares e ablação de algumas lesões em pacientes inaptos a terapêutica cirúrgica.

CONTRAINDICAÇÕES

Absolutas

- relacionadas à sedação;
- anatomia alterada que impede o acesso a região/órgão a ser avaliado;
- diagnóstico de câncer e que ainda não foi submetido ao protocolo de investigação.

Relativas

- coagulopatia (INR > 1,5);
- plaquetopenia < 50.000;
- presença de estruturas vitais no trajeto da agulha.

PREPARO

Orientações gerais

A ECOENDO pode ser realizada via ambulatorial ou em regime hospitalar com o paciente internado.

O preparo é semelhante ao utilizado para os exames endoscópicos. Na ecoendoscopia alta recomenda-se jejum de 8 horas e na ecoendoscopia baixa o preparo assemelha-se ao da colonoscopia

com necessidade do preparo intestinal. Entretanto, em alguns casos, o preparo com enemas é suficiente.

Exames pré procedimento

Pacientes hígdidos não necessitam de exames subsidiários à medida que não alteram o risco de complicações inerentes à sedação. Os exames necessários para os pacientes com comorbidades são solicitados de acordo com protocolos específicos de avaliação pré anestésica.

Medicações de uso diário

Os pacientes devem fazer uso das medicações normalmente,

com a ingestão de pequena quantidade de água, quando necessário. Segue algumas orientações sobre medicações específicas:

- pacientes que usam insulina devem fazer uso da metade da dose durante o período do jejum. A dose da insulina após realização do exame é a mesma do uso habitual.

- pacientes que usam hipoglicemiantes orais não devem fazer uso enquanto estiverem em jejum. A reintrodução deve ser feita após alimentação e a dose deve ser igual ao do uso habitual.

Anticoagulantes e antiagregantes plaquetários

O uso de AAS deve ser continuado e, portanto, não é necessária a sua suspensão para os exames de ECOENDO, com ou sem punção com agulha fina (PAAF).

A suspensão dos diversos tipos de anticoagulantes não é indicada na ECOENDO em que não existe possibilidade de PAAF ou terapêutica.

Nos pacientes com indicação de PAAF ou terapêutica ecoendoscópica é necessária a suspensão dessas medicações. A necessidade de ponte medicamentosa deve ser considerada e avaliada indivi-

dualmente com especialista responsável (cardiologista ou cirurgião vascular).

O tempo necessário entre a suspensão da droga e o procedimento é dependente do tipo de droga e da função renal do paciente.

Apesar da PAAF apresentar baixo risco de sangramento, o procedimento é considerado de alto risco, pois na maior parte dos sangramentos ocorrem em regiões inacessíveis ou não são passíveis de tratamento endoscópico convencional. A maior parte dos estudos sugere que os sangramentos nas punções

são precoces, no momento do exame. Sangramentos tardios são raros. Assim a recomendação para a reintrodução da droga será de 4-6 horas nos casos em que não houveram sangramentos identificados no momento do exame.

Neste grupo de pacientes recomenda-se a utilização de agulhas de 22-25 gauges e presença do patologista na sala, objetivando diminuir o número de punções a serem realizadas.

Profilaxia antibiótica

A bacteremia é relatada após punção de agulha fina em cerca de 4-6% e antibióticos profiláticos são recomendados em algumas situações:

- pacientes com cirrose e sangramento gastrointestinal agudo;
- pacientes dialíticos;
- neutropenia: <500 células (questionável).
- punção de lesões císticas;
- ablação do plexo celíaco;
- punção e drenagem de coleções pancreáticas;
- punção para acesso aos ductos biliares;

A utilização de antibiótico profilaxia não está indicada nas punções de lesões sólidas.



COMPLICAÇÕES E EVENTOS ADVERSOS ESPECÍFICOS DA ECOENDO

Perfuração

A incidência de perfuração nos pacientes submetidos a ECOENDO é de 0-0,4%. A maior parte dos casos resulta da progressão do aparelho, que tem uma ponta longa e rígida, em áreas de angulação, estenose ou lúmen virtual (divertículos).

No caso de estenose no trajeto, existe a discussão de realizar ou não a dilatação para a transposição do ecoendoscópio. Atualmente o procedimento de dilatação até 15mm, apresenta positiva relação risco/benefício pois, parece seguro e permite a passagem da maior parte dos aparelhos disponíveis. O sucesso na passagem do aparelho após dilatação está em torno de 75-85%.

Sangramento

O risco de sangramento está associado a punção com agulha fina. A taxa de sangramento em algumas séries é de até 0,4%. Alguns

estudos relatam o risco de sangramento dentro de lesões císticas em até 6%. Sangramentos podem ser identificados a ECOENDO como uma imagem hipoeecóica associada a expansão do tecido ou crescimento do nódulo ou massa.

Infecção

A chance de ocorrer infecção já foi discutida no tópico antibiótico profilaxia. Cabe ressaltar que o aspecto técnico das punções e as características das lesões possuem correlação com o risco de infecção.

Pancreatite

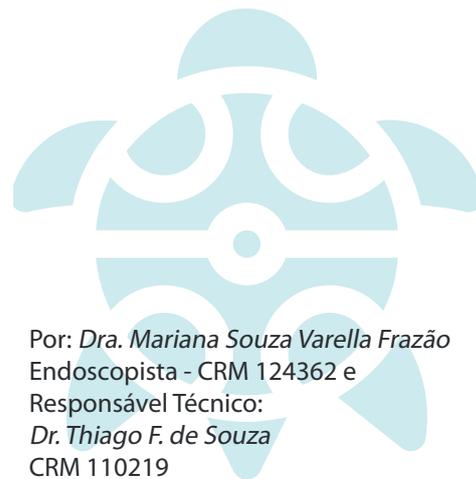
A pancreatite pode ocorrer após PAAF de lesões pancreáticas em até 2% dos casos. O menor número de punções e evitar que a agulha atravesse o tecido pancreático normal, parece ser a conduta mais segura.

Outros eventos

O risco de disseminação de células malignas no trajeto da punção existe. No caso específico do colangiocarcinoma há estudos que demonstram que pacientes submetidos a punção apresentam alto risco de metástase peritoneal, devendo o procedimento só estar indicado se a terapia curativa (ressecção cirúrgica) não for viável. Nos casos de massas pancreáticas o risco da punção disseminar células neoplásicas na parede duodenal ou gástrica não é relevante, pois durante o procedimento cirúrgico a ressecção desta região é em bloco, na maioria dos casos.

O coleperitônio também pode ocorrer após punções da vesícula ou vias biliares, embora extremamente raros.

Na ablação do plexo celíaco, complicações como: abscesso, mielite transversal e trombose da artéria celíaca e da aorta podem ocorrer.



Por: *Dra. Mariana Souza Varella Frazão*
Endoscopista - CRM 124362 e
Responsável Técnico:
Dr. Thiago F. de Souza
CRM 110219



institutoendovitta.com.br - contato@institutoendovitta.com.br
R. Vergueiro, 3558, sala 807 - Vila Mariana - São Paulo/SP - 11 2157-6265