

Nutrição entérica de longa duração por gastrostomia endoscópica percutânea

Long-term enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy

Helena Cortez-Pinto*, M.Lourdes Tavares**, M.Ermelinda Camilo***, Miguel Carneiro de Moura****

Resumo

A nutrição entérica de longa duração exige uma via de acesso com o maior conforto e eficácia. Estes objectivos são conseguidos através da gastrostomia endoscópica percutânea, conforme ilustrado por este caso de um doente com faringostoma, após cirurgia por neoplasia de faringe. A nutrição entérica pela gastrostomia foi mantida durante 14 meses, sem complicações, permitindo a retoma de vida activa.

Palavras chave: neoplasia da faringe, nutrição entérica, gastrostomia endoscópica percutânea

Abstract

Long-term enteral nutrition requires an access which provides comfort and efficacy. The development of percutaneous endoscopic gastrostomy has been of particular value to patients with mechanical problems of swallowing, such as this one with a pharyngostoma after resection of a pharyngeal neoplasia.

Key words: pharyngeal tumor, enteral nutrition, percutaneous endoscopic gastrostomy

Introdução

A nutrição por via digestiva é reconhecida como a via fisiológica. Quando o doente não tem condições para se alimentar, mas tem o tubo digestivo funcionante, a nutrição entérica por sonda é a via alternativa preferencial de administração de nutrientes^{1,2}. A forma mais

comum implica a colocação de sonda nasogástrica/entérica; mais raramente, o acesso cirúrgico coloca um tubo, através da parede abdominal, no estômago ou jejuno, (gastrostomia ou jejunostomia cirúrgicas, respectivamente³). Uma técnica simplificada de gastrostomia, desenvolvida nos anos 80^{3,4}, permite a colocação de um tubo de gastrostomia por via percutânea, sob controlo endoscópico e anestesia local: a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). A sua utilização em alguns doentes com indicação para nutrição entérica, particularmente de longa duração, representa uma melhoria significativa de qualidade de vida, o que é evidente no caso clínico que apresentamos.

Caso clínico

Em Setembro de 1993, E.F., do sexo masculino, de 56 anos, foi submetido a faringectomia por neoplasia da faringe. A cirurgia foi considerada curativa, mas o doente ficou com traqueostomia e faringostoma. Esta situação impedia a alimentação por via oral, pelo que foi colocada uma sonda nasogástrica através da qual o doente se alimentava, no domicílio, com batidos de alimentos correntes.

Em Maio de 1994, os médicos assistentes pediram avaliação do doente pelo Grupo de Nutrição do HSM. Verificou-se um estado de nutrição regular, peso de 62 kg e 1,68 m de altura, com um índice de massa corporal de 22 kg/m² (limite inferior do normal). Apresentava-se deprimido, tinha a sonda nasogástrica há 9 meses e recusava sair à rua, exclusivamente por esse facto. Foi-lhe proposta a colocação de gastrostomia por via endoscópica percutânea (PEG), que o doente imediatamente aceitou, pelo que foi colocada em 26/5/94. Foi utilizada a técnica de *pull*, com a PEG do "Ponsky-Pull PEG Tray", Bard de Espanha, SA., durante internamento de 48 horas. Foi feita cobertura antibiótica com cefradina: 1 g IV de 6/6 horas, durante 3 dias, iniciada 2 horas antes da colocação da PEG. Esta foi feita com anestesia local da parede abdominal, sedação com 5 mg de flurazepam IV e decorreu sem complicações imediatas ou tardias. O doente iniciou a alimentação através da PEG 24 horas após a sua colocação, utilizando durante os 3 primeiros dias exclusivamente uma dieta líquida química, polimérica de proteína completa com concentração de 1 kcal/ml, administrada em gota a gota contínua durante 16 horas, com pausa nocturna. Posteriormente, durante o primeiro mês, fez ainda suplementação com 500 cc/dia da mesma dieta, para além de batidos de alimentos correntes confeccionados em casa. Estes passaram a ser os únicos alimentos administrados através da PEG com uma seringa, como "refeições regulares", a partir do primeiro mês. Aos três meses, o peso que se mantinha estável desde então,

*Assistente Hospitalar de Gastreenterologia

**Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna

***Assistente Hospitalar Graduada de Gastreenterologia

****Director de Serviço

Serviço de Medicina II e Grupo de Nutrição do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Recebido para publicação a 23.09.96

aumentou 3 Kg. O doente vivia sozinho e era autónomo em relação à preparação e administração dos alimentos e aos cuidados com a gastrostomia. Passou a fazer uma vida social normal; referia, desde os primeiros dias, uma franca e evidente melhoria do humor, da actividade, do seu bem-estar e da qualidade de vida. Em Fevereiro de 1995, a sonda da gastrostomia (PEG) apresentava sinais de deterioração, pelo que foi substituída por botão de gastrostomia (Fig. 1), o que decorreu sem necessidade de anestesia ou sedação, sem complicações e sem necessidade de interrupção ou modificação da dieta. Em Julho de 1995, foi possível realizar cirurgia de reconstrução ORL, com encerramento do faringostoma, e o doente passou a alimentar-se apenas por via oral, 3 dias após a cirurgia. Quinze dias depois, estabilizada a situação clínica, foi retirado o botão de gastrostomia, sem necessidade de sedação. Após 24 horas sem ingerir alimentos, verificado o encerramento do trajecto "fistuloso" de acesso do botão da PEG (Fig.2), o doente retomou a via oral e teve alta sem complicações. Estava bem em Julho de 1996.

Discussão

A nutrição entérica (NE), tal como outras formas de nutrição artificial, pressupõe uma análise individualizada e rigorosa da situação clínica do doente, a fim de se proceder à planificação da via de acesso, necessidades e tipo de nutrientes a administrar^{1,5}. Este processo de decisão é particularmente importante quando se coloca a previsibilidade de uma NE no domicílio, de média a longa duração^{3,5,6}. As suas principais indicações advêm da impossibilidade de deglutição, por doenças neurológicas ou neoplásicas, tal como no caso apresentado. Nestas circunstâncias, pode estar indicada a utilização de uma sonda nasogástrica de fino calibre, raramente usada em Portugal, sobretudo se se prevêem períodos de NE intermitentes ou de curta/média duração¹⁻³. Tal não era o caso do doente em discussão, em que se previa uma NE de longa duração. Assim, o doente teria beneficiado, durante dez meses, da colocação precoce da PEG no pós-operatório imediato. Se, em termos de avaliação médica clássica, o doente não teve complicações orgânicas decorrentes da sonda nasogástrica de largo calibre (única que permite a utilização de alimentos correntes), é indiscutível que só após a mudança para a PEG o doente retomou a sua normal vida de relação, não atribuível ao discreto benefício nutricional após a PEG. Esta proporcionou uma melhoria significativa da sua qualidade de vida durante cerca de 1 ano, não atribuível a qualquer outro factor, excepto à mudança da via de acesso de NE, de resto concordante com a literatura^{3,7}. Não tem, assim, fundamento a justificação, usada por técnicos de saú-

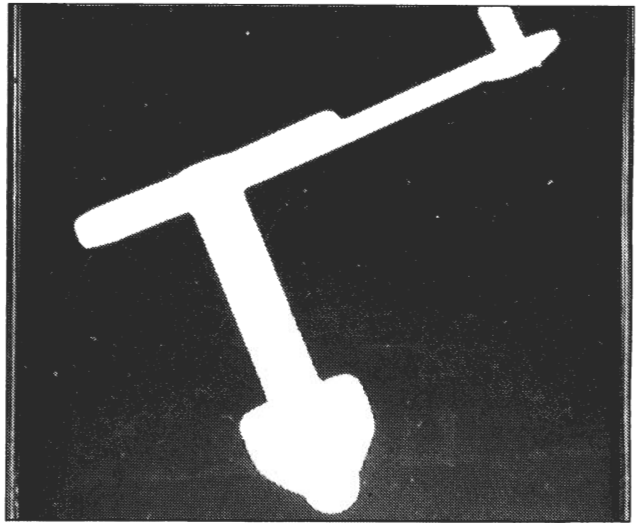


Fig. 1 - Botão de gastrostomia percutânea

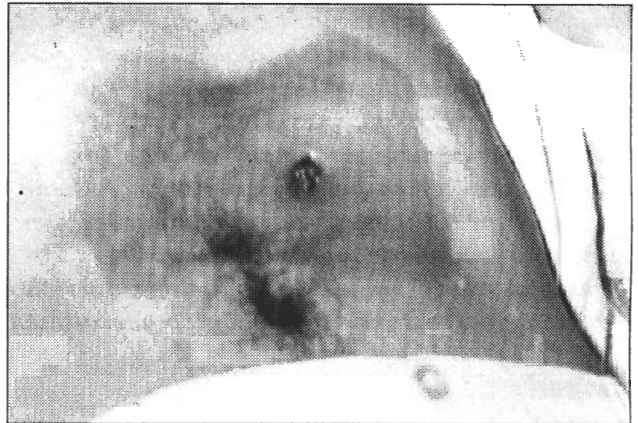


Fig. 2 - Aspecto da cicatriz do orifício de gastrostomia percutânea, 24 horas após ter sido retirado o botão

de, para a não prescrição da PEG, ao afirmarem que é muito agressiva para os doentes. Na realidade, é muito bem aceite quando justificadas as suas potenciais vantagens, sendo tecnicamente de fácil e rápida execução (15 a 30 minutos) se executada por endoscopistas experientes, com *kits* comercializados. O Grupo de Nutrição do HSM tem vindo a utilizar a técnica transoral de *Pull*⁸, para a colocação da PEG, na Sala de Endoscopia da Unidade de Técnicas, apenas com anestesia local. O mesmo Grupo faz o seguimento protocolado, relativamente ao ensino de cuidados locais e regime nutricional que permita a utilização precoce de alimentos correntes e, portanto, maior economia^{3,6-8}. Ainda não registámos complicações, para além de reacção inflamatória local transitória e autolimitada, aquando da colocação da PEG, nem mesmo quando, como neste caso, procedemos à substituição da sonda por botão de gastrostomia ou quando retirámos esta via de nutrição, uma vez verificada a retoma eficaz da alimentação oral. Quando comparada com a gastrostomia cirúr-

gica ou a sonda nasogástrica, a NE de longa duração por PEG tem melhor relação efectividade/custo, não sendo nenhuma das técnicas isenta de complicações^{3,5,7,8}.

Conforme exemplificado com este caso clínico, a

NE de longa duração através da PEG é uma técnica simples e segura, quando praticada por grupo multidisciplinar, com grande aceitabilidade pelos doentes quando completamente informados^{3,7,8}.

Bibliografia

1. Camilo ME. Manual de nutrição clínica. Ed. Hospital de Santa Maria, 1985.
2. Payne-James J. Enteral nutrition: tubes and techniques of delivery. In: Payne-James J, Grimble G, Silk D. eds. Artificial Nutrition Support in Clinical Practice. London: Edward Arnold. 1995: 197-213.
3. Clevenger FW, Rodriguez DJ. Decision-making for enteral feeding administration: the why behind where and how. Nutr Clin Pract 1995; 10:104-113.
4. Ponsky JL, Gauderer MWL. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Gastrointest Endosc 1981; 27: 9-11.
5. ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN 1993; 17 (4 Suppl): 1SA-52SA.
6. Elia M. An international perspective on artificial nutritional support in the community. Lancet 1995; 345: 1345-1349.
7. de Lédighen V, Beau P, Labat J, Ingrand P. Compared effects of enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy in cancer and in non-cancer patients: a long-term study. Clin Nutr 1995; 14: 17-22.
8. Lerebours F, Guedon C, Dieu B, Colin R. Prolonged home enteral feeding. Rev Pract 1991; 41: 710-714.

Agradecimentos

Agradecemos às enfermeiras da Unidade de Técnicas do Serviço de Medicina 2 do HSM toda a colaboração prestada.