

Pita I¹, Libânio D¹, Ponte A², Pimentel-Nunes P¹, Dinis-Ribeiro M¹, Bastos P¹
¹Serviço de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto, Portugal
²Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

CASO CLÍNICO

Uma mulher de 80 anos com antecedentes de adenocarcinoma colorrectal do cólon transversal diagnosticada 3 anos antes e tratada com a hemicolectomia esquerda e quimioterapia adjuvante, é admitida com quadro de obstrução da saída gástrica por metastização de carcinoma colorectal no duodeno distal. Foi colocada uma prótese metálica auto-expansível não coberta (Wallstent®, Boston Scientific), cuja extremidade proximal ficou na segunda porção duodenal. Os sintomas obstrutivos resolveram mas a doente foi internada uma semana mais tarde por icterícia (bilirrubina total 4.07 mg/dL e directa 2.84 mg/dL). Uma tomografia computadorizada (TC) abdominal revelou dilatação marcada do colédoco até ao nível da papila duodenal (figura 1).

Programou-se uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) e também uma drenagem biliar ecoguiada (DBE) por se antecipar dificuldade no acesso à papila. De facto, a prótese duodenal impediu a progressão do duodenoscópio e a canulação biliar. Como o bolbo duodenal se apresentava livre, optou-se pela realização de uma coledocoduodenostomia utilizando uma prótese metálica “lumen apposing” (Hot AXIOS®, Boston Scientific). O ecoendoscópio foi introduzido até ao bolbo duodenal e o colédoco puncionado com uma agulha de 19 gauge, com aspiração de bile. Um fio-guia de 0.035” foi introduzido no colédoco, sobre o qual se avançou e libertou a prótese segundo as instruções do fabricante (figura 2).

Após o procedimento, verificou-se melhoria clínica e analítica. A doente faleceu 4 meses após o procedimento por progressão da doença oncológica, sem recidiva de icterícia obstrutiva.

DISCUSSÃO

Este caso demonstra a icterícia obstrutiva como consequência rara da colocação de uma prótese duodenal, complicada ainda mais pela impossibilidade de CPRE. A drenagem biliar ecoguiada (DBE) tem-se afirmado como uma alternativa importante à drenagem percutânea ou cirúrgica nos casos de falência ou inviabilidade da CPRE, com taxas de sucesso e de complicações de 90% e 19%, respectivamente.¹ Uma meta-análise que comparou a DBE com a drenagem percutânea encontrou taxas de sucesso técnico semelhantes, mas melhores taxas de sucesso clínico e menor número de complicações e de reintervenções.² A complicação mais frequente da DBE é a peritonite biliar.² A utilização de próteses dedicadas “lumen apposing” e totalmente cobertas parece diminuir o risco de complicações e tornar o procedimento mais simples e rápido.³

A DBE realizada por ecoendoscopistas experientes deve ser preferida à drenagem percutânea na obstrução biliar maligna após falência de CPRE, podendo vir a afirmar-se como método de primeira linha na drenagem biliar nestas situações.

REFERÊNCIAS

1. Dhir V, Isayama H, Itoi T, et al. Endoscopic ultrasonography-guided biliary and pancreatic duct interventions. *Dig Endosc* 2017;29:472-85.
2. Sharaiha RZ, Khan MA, Kamal F, et al. Efficacy and safety of EUS-guided biliary drainage in comparison with percutaneous biliary drainage when ERCP fails: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2017;85:904-14.
3. Kunda R, Perez-Miranda M, Will U, et al. EUS-guided choledochoduodenostomy for malignant distal biliary obstruction using a lumen-apposing fully covered metal stent after failed ERCP. *Surgical endoscopy* 2016;30:5002-8.



Figura 1: TC abdominal mostrando dilatação marcada do colédoco até ao nível da papila duodenal (asterisco) e topo proximal da prótese entérica na 2ª porção duodenal (seta).

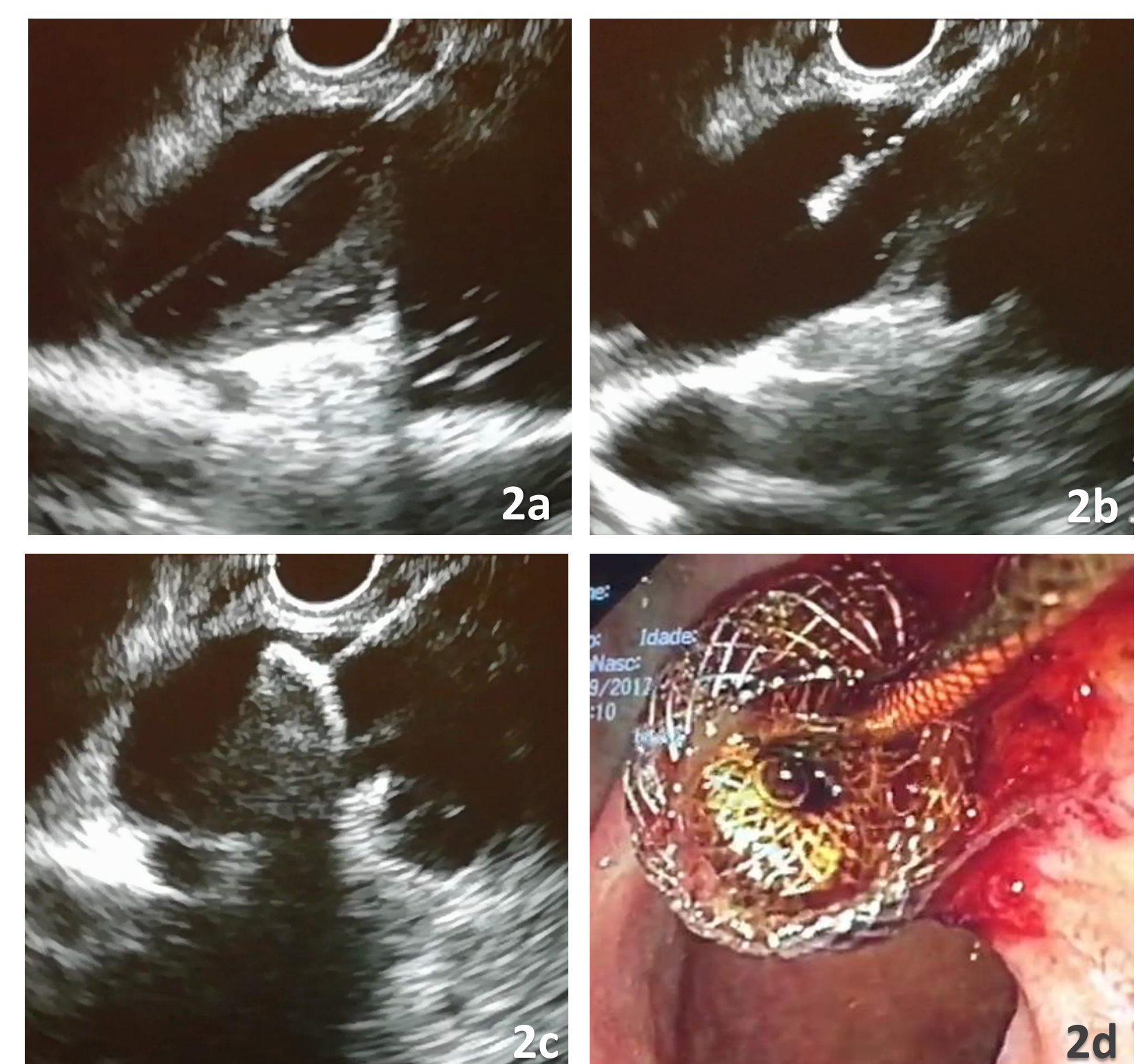


Figura 2a: Punção do colédoco através do bolbo duodenal e introdução de fio-guia.

Figura 2b: Introdução da LAMS (lumen-apposing metal stent) no colédoco utilizando a unidade electrocirúrgica ERBE VIO 300d, em modo AUTO CUT® (ERBE USA).

Figura 2c: Libertação do topo proximal da prótese dentro do colédoco.

Figura 2d: Libertação do topo distal da prótese no bolbo duodenal.



Figuras 3a and 3b: Trânsito esofagogastroduodenal mostrando opacificação da árvore biliar (asterisco) através da LAMS (seta), bem como patência das próteses entéricas no duodeno (foi necessária uma segunda prótese por migração distal da primeira).