

GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA COMPLICAÇÃO INESPERADA NA SUA REMOÇÃO

J. Fernandes₁; R. Ramos₁; C. Vicente₁; S. Jardim₂; M. Semião₂; L. Lopes_{3,4,5}; C. Casteleiro₁

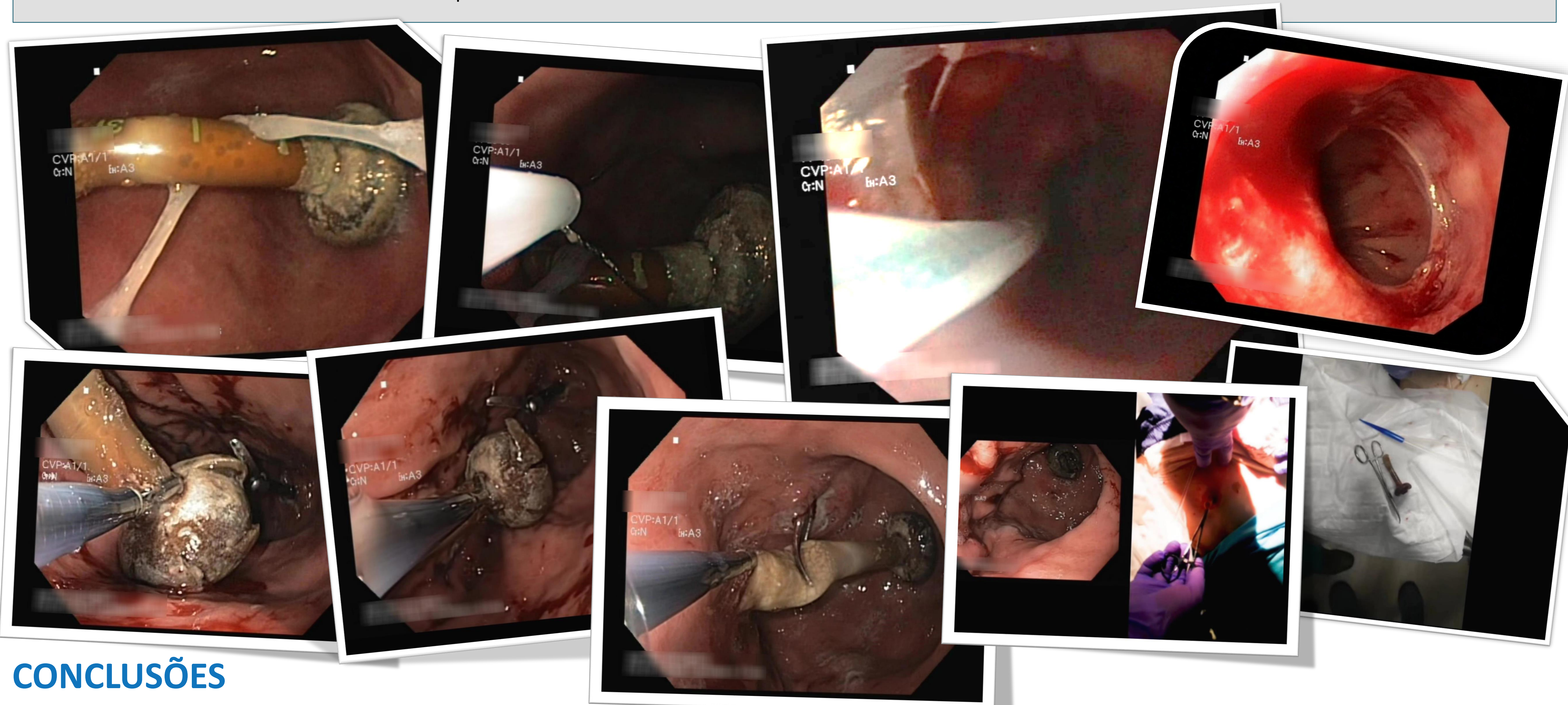
1 - Serviço de Gastreenterologia - Centro Hospitalar da Cova da Beira;
2 - Serviço de Cirurgia - Centro Hospitalar da Cova da Beira;
3 - Serviço de Gastreenterologia – Hospital de Santa Luzia;
4 - Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho,
5 - ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

INTRODUÇÃO

- A remoção da sonda de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) está recomendada no caso de o doente recuperar a capacidade de deglutição.
- Existem 3 técnicas descritas na literatura: tração externa, corte externo da sonda para percorrer o trato gastrointestinal, e exteriorização retrógrada via esofágica sob controle endoscópico. A escolha depende fundamentalmente das preferências de cada endoscopista, e das práticas de cada centro.
- São vários os fatores de risco descritos que podem deteriorar a sonda de PEG, nomeadamente o calor e a colonização fúngica.

RESUMO DO CASO

- Relatamos o caso de uma doente de 83 anos, com PEG implantada há cerca de 2 anos, por um quadro de disfagia no contexto de Doença de Parkinson. Após a implantação da PEG, a paciente faltou a todas as consultas de seguimento. Passados 2 anos fomos contactados para proceder à remoção da PEG devido a que a doente tinha recuperado a capacidade de deglutição há 1 ano, sem utilização da sonda desde então.
- Inicialmente tentou-se a remoção por via endoscópica visto esta ser a prática comum do nosso centro. No entanto o procedimento complicou-se com uma laceração a nível do esfíncter esofágico inferior, devido a uma rigidez aumentada ao nível da campânula, pelo que se optou por recolocá-la no estômago.
- Recorrendo a uma tesoura laparoscópica inserida pela gastrostomia, procedeu-se ao corte da campânula, com múltiplas incisões radiais, de forma a facilitar o seu colapso ao passar pelo estoma. No final do procedimento constatámos que a falta de utilização da sonda conferiu-lhe uma maior rigidez com diminuição marcada da sua elasticidade. A cultura da ponta da sonda mostrou crescimento de hifas.



CONCLUSÕES

- Destacamos este caso pela possibilidade de utilizarmos a gastrostomia como porta de acesso alternativa à cavidade gástrica.
- Endoscopistas, que como nós removem as PEG's por via oral, deverão ter em conta que são vários os fatores capazes de alterar as propriedades originais do material da PEG, podendo por isso dificultar/impedir a exteriorização por via oral.

REFERÊNCIAS

- Rahnamaï-Azar A a, Rahnamaïazar A a, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique, complications and management. World J Gastroenterol [Internet]. 2014;20(24):7739–51.
- Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Vol. 24, Clinical Nutrition. 2005. p. 848–61.
- Heuschkel RB, Gottrand F, Devarajan K, Poole H, Callan J, Dias JA, et al. ESPGHAN position paper on management of percutaneous endoscopic gastrostomy in children and adolescents. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015;60(1):131–41.