



Semana
Digestiva
2018

20 a 23 de junho
Alfândega do Porto

PERFURAÇÃO DUODENAL PÓS-MUCOSECTOMIA ENCERRADA ENDOSCOPICAMENTE

Carvalho, M.; Laranjo, A.; Rei, A.; Mocanu, I.; Pires, S.; Veloso, N.; Gonçalves, L.; Godinho, R.; Medeiros, I.
Hospital do Espírito Santo - Évora

INTRODUÇÃO

A endoscopia assume hoje um papel importante na exérese de lesões do tubo digestivo assim como na resolução minimamente invasiva das suas complicações.

CASO CLÍNICO

Identificação:

- ♂, 67 anos

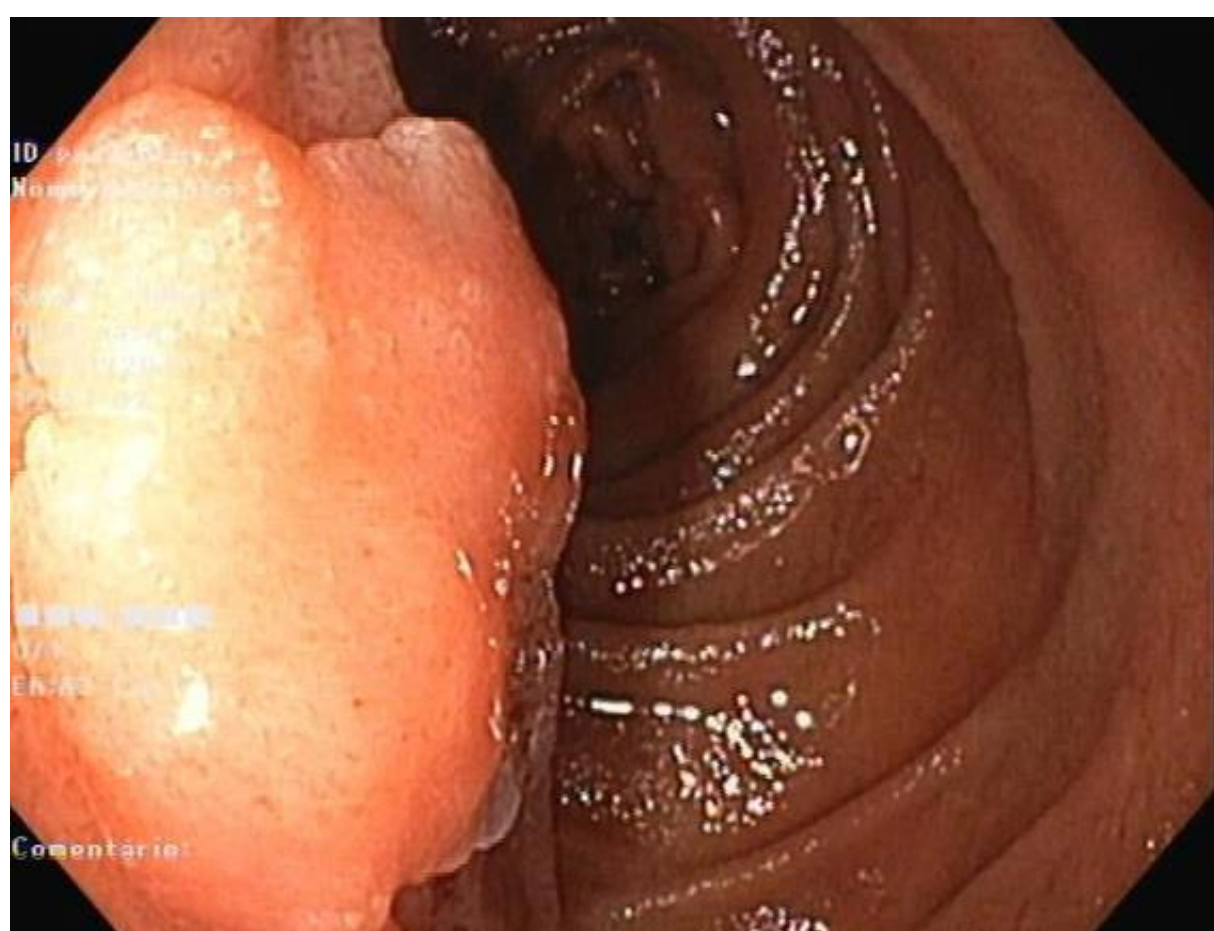
Antecedentes Pessoais:

- Polipose associada a MUTYH
- Sem medicação habitual

História da doença atual:

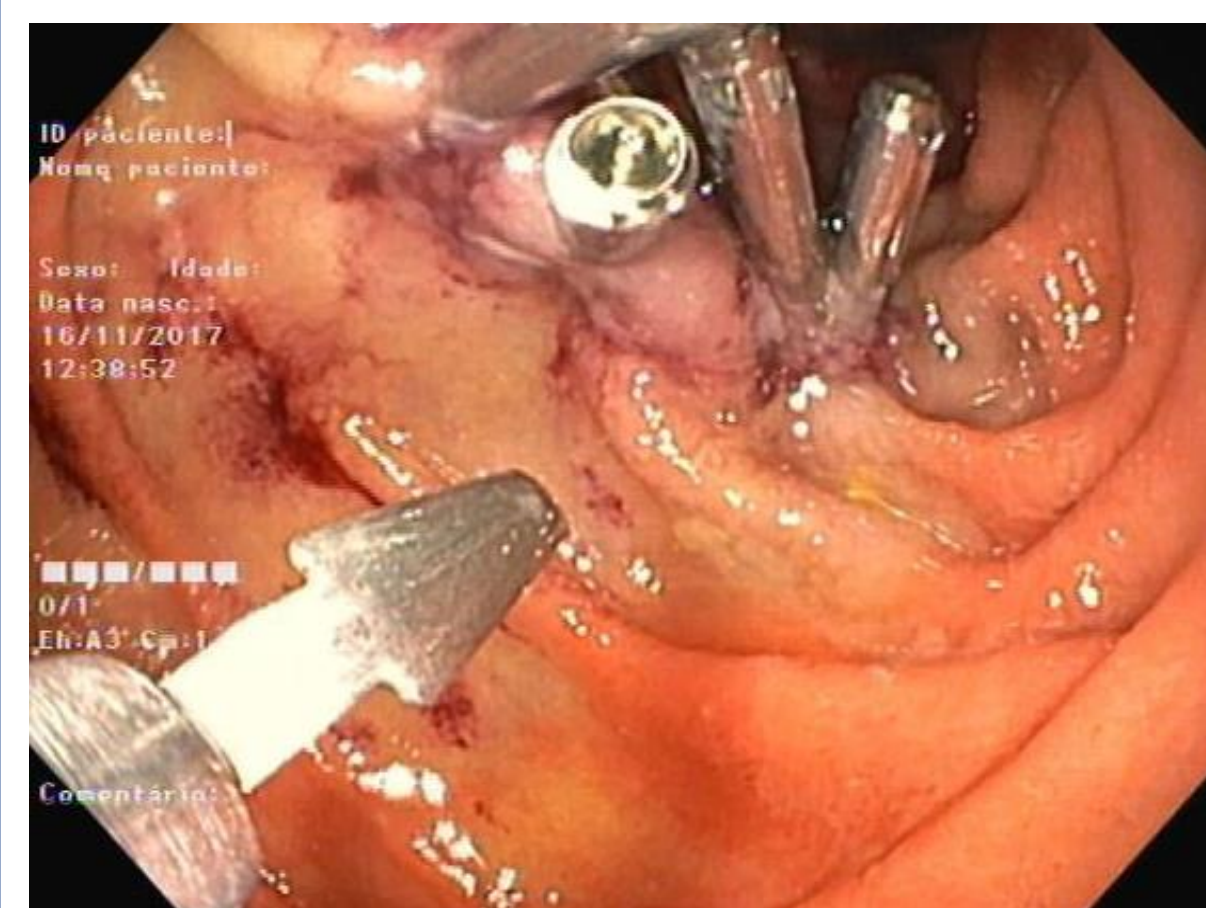
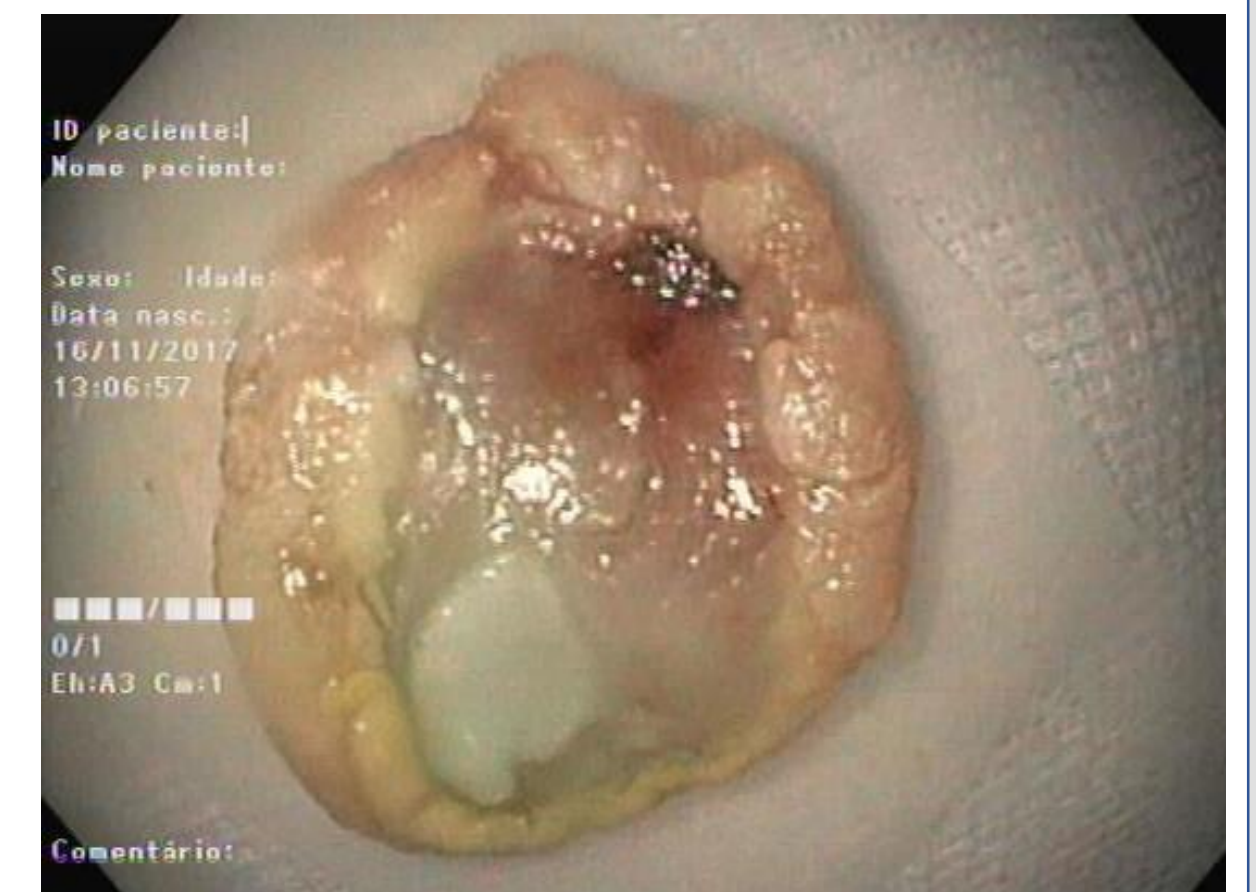
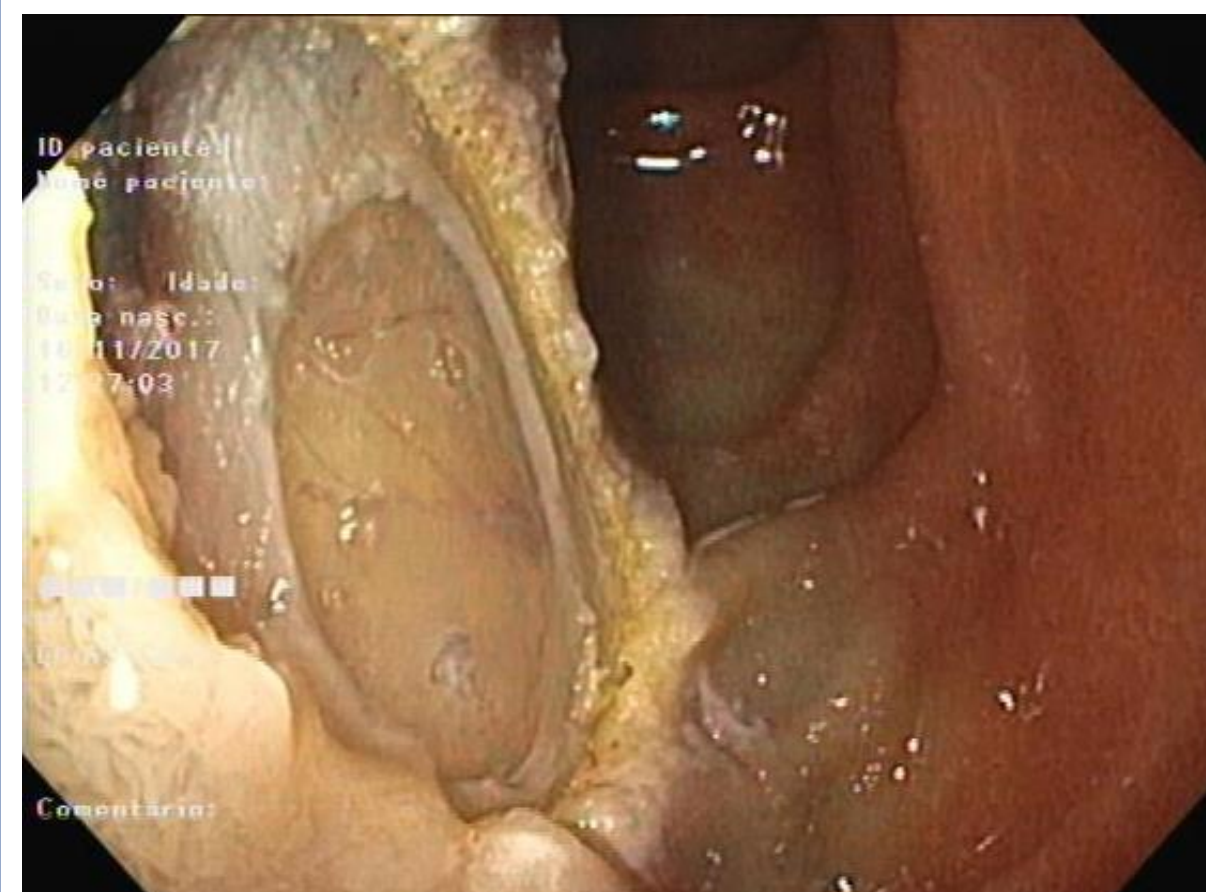
Para vigilância da sua doença, foi solicitada ao doente uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que mostrou uma **lesão plana** (0-IIa) com **20 mm** de maior eixo, ao nível de **D2/D3**, sendo orientado para realização de mucosectomia (EMR).

EDA com apoio anestésico e insuflação com CO2



“Efetuou-se EMR **em bloco** com **ansa diatérmica**, **após injeção da submucosa** com adrenalina (1:250.000) + Voluven + Azul de metileno, com **boa elevação** da lesão.”

“Após exérese, constatou-se **perfuração** recuperando-se a peça e verificando-se **“Sinal do alvo”**. Procedeu-se ao **encerramento endoscópico** com colocação de **hemoclips em “fecho-éclair”**, sendo colocada **sonda nasojejunal**, com extremidade distal a jusante do encerramento da perfuração.”



Evolução no internamento:

Iniciou-se **antibioterapia de largo espectro** e solicitou-se **TC Abdominal** com contraste oral após o procedimento que mostrou **pequena quantidade de ar retroperitoneal** e **ausência de extravasamento de contraste**.

Instituíram-se medidas conservadoras e o doente apresentou **evolução clínica favorável**, tendo tido **alta assintomática**, ao **8º dia** de internamento.

CONCLUSÃO

A EMR é uma técnica com riscos associados, sendo a **perfuração** uma das suas complicações condicionada pela **localização** e **dimensão** das lesões. A localização no **duodeno** e o facto de se tratar de uma lesão **superior a 15mm**, foram neste caso **potenciadores do risco**. No entanto, a **identificação imediata** da complicação e a **dimensão do defeito**, permitiram que fosse realizado um **encerramento endoscópico**, **evitando-se** a necessidade de uma Cirurgia.

REFERÊNCIAS

Sapna Syngal, et al, ACG Clinical Guideline “Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes”, American Journal of Gastroenterology, 2015, 110:223–262; Gaspar, J. P., et al, “Approach to the endoscopic resection of duodenal lesions”, World Journal of Gastroenterology, 2016, 22(2): 600-617; Gregorios A., et al, “Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement”, Endoscopy, 2014, 46: 693–711..