

EXTRAVASAMENTO DE FÍSTULA DE GASTROSTOMIA – RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA NÃO CONVENCIONAL

Macedo C¹., Alves A.R.¹, Almeida N^{1,2}., Ferreira A.M¹., Taveira F³., Tomé L.¹

1. Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
3. Instituto Português de Oncologia de Coimbra

DESCRIÇÃO DO CASO E PROCEDIMENTOS

Doente de 45 anos, sexo feminino portadora de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) desde 2007, colocada no contexto de paralisia cerebral profunda, sem outros antecedentes relevantes. Múltiplas recorrências ao serviço de urgência por exteriorização da sonda, degradação precoce e episódios de migração da mesma para o duodeno. Desde o início de 2017 verificou-se extravasamento persistente de conteúdo gástrico a condicionar maceração e eritema na pele peri-estoma. Tentadas medidas conservadoras (estabilização do tubo de gastrostomia, pomada à base de zinco, uso de inibidores de prótons em dose otimizada) sem sucesso.

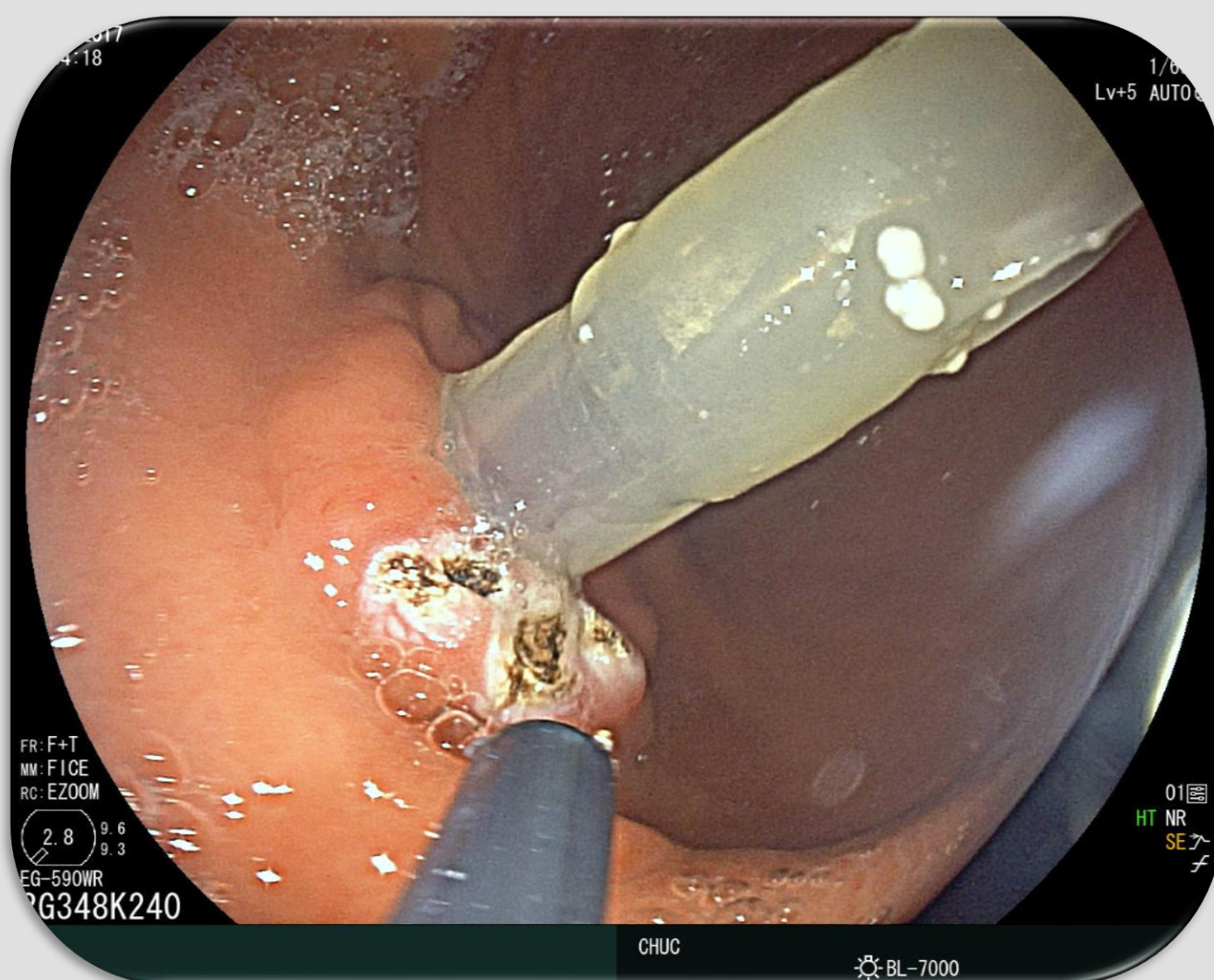


Figura 1 – Fulguração com APC

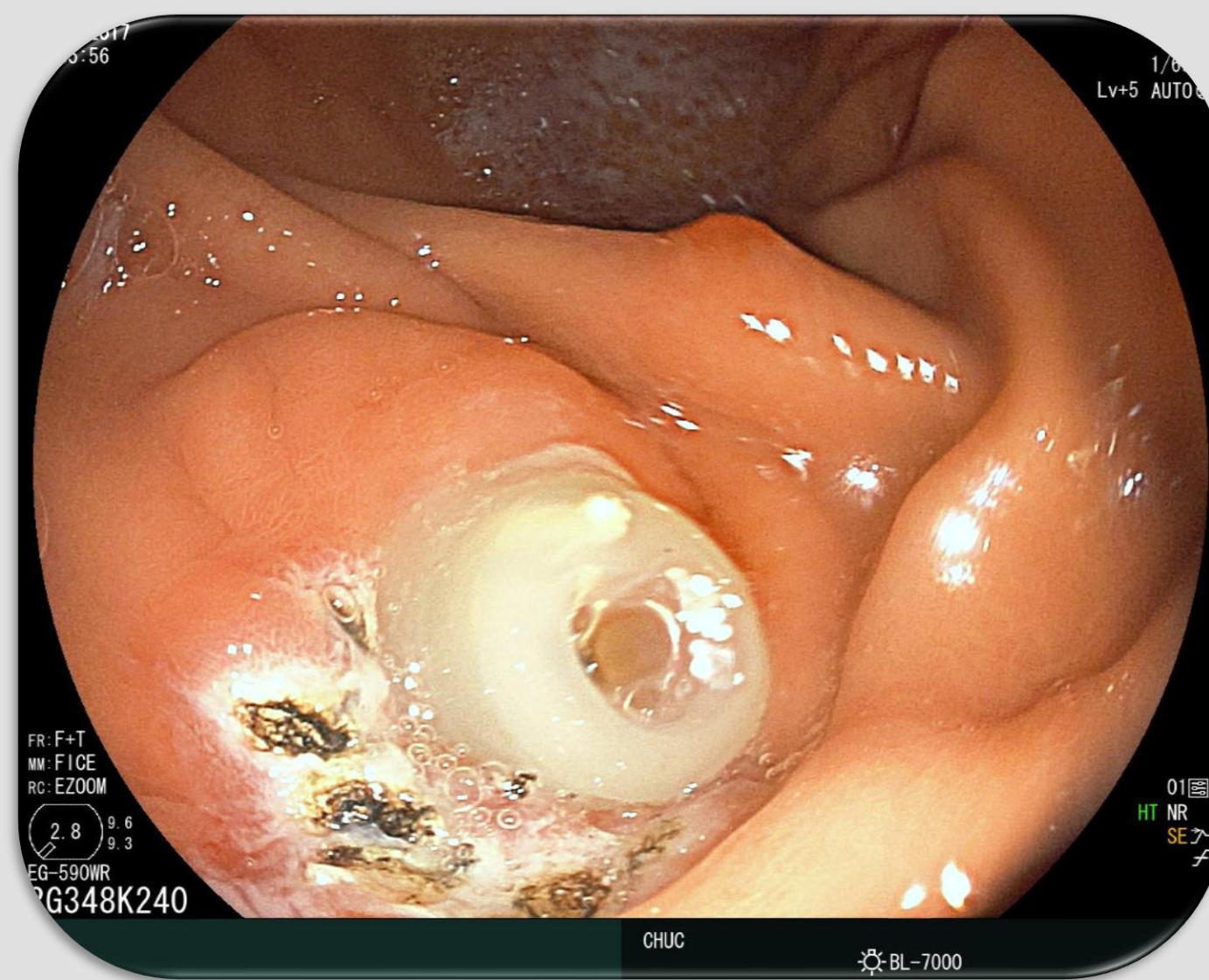


Figura 2 – Fulguração com APC

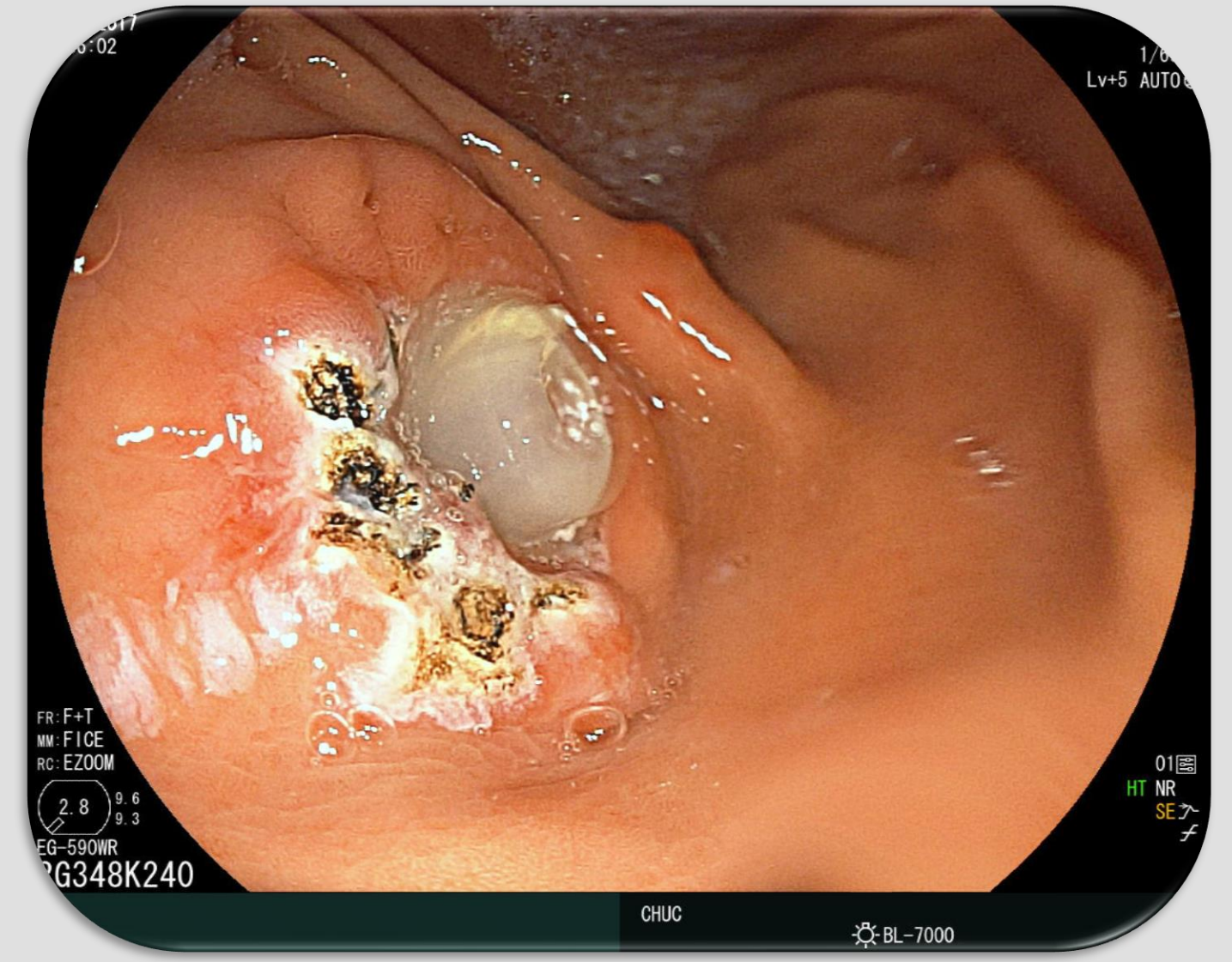


Figura 3 – Fulguração com APC

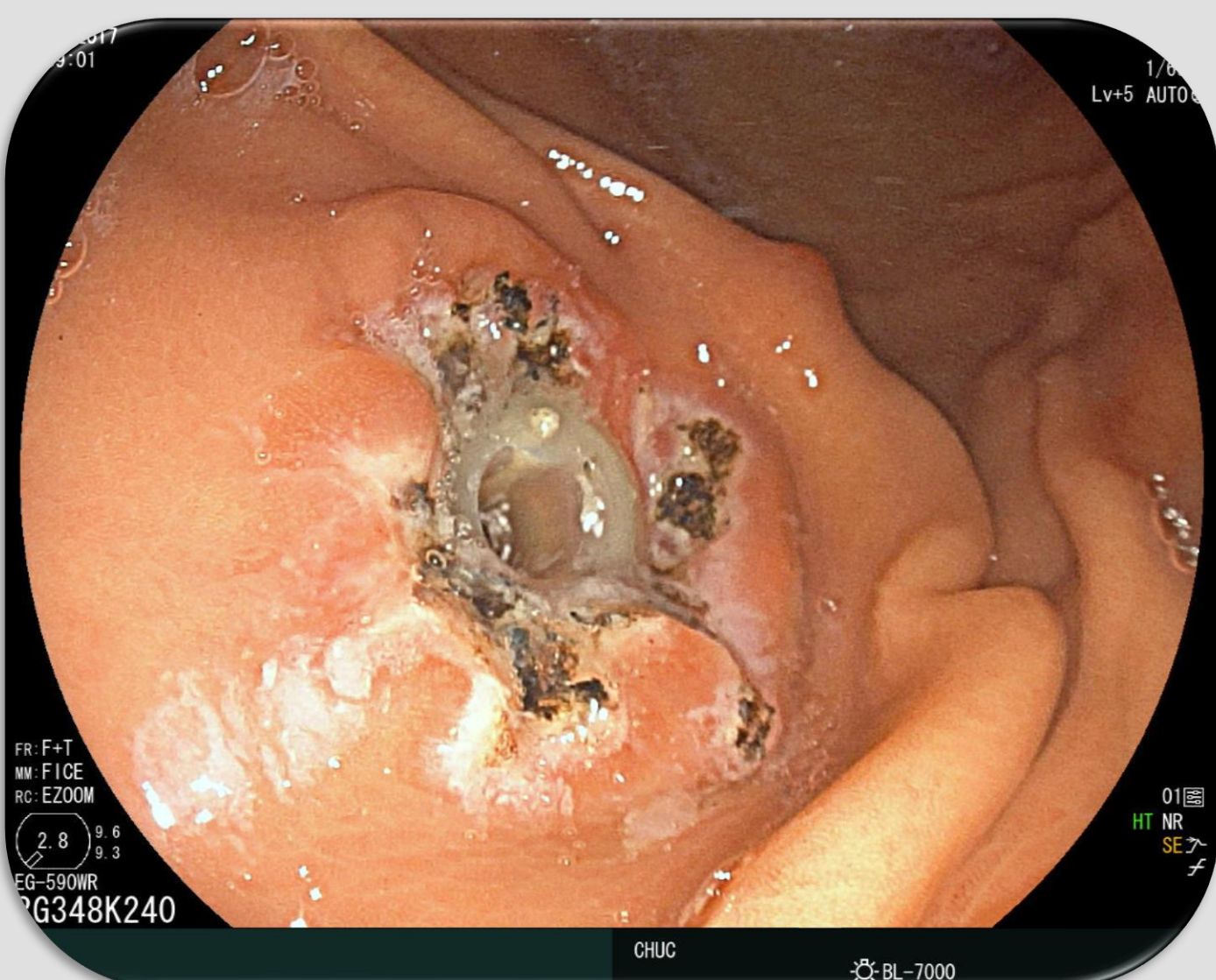


Figura 4 – Bordos internos fulgurados com APC

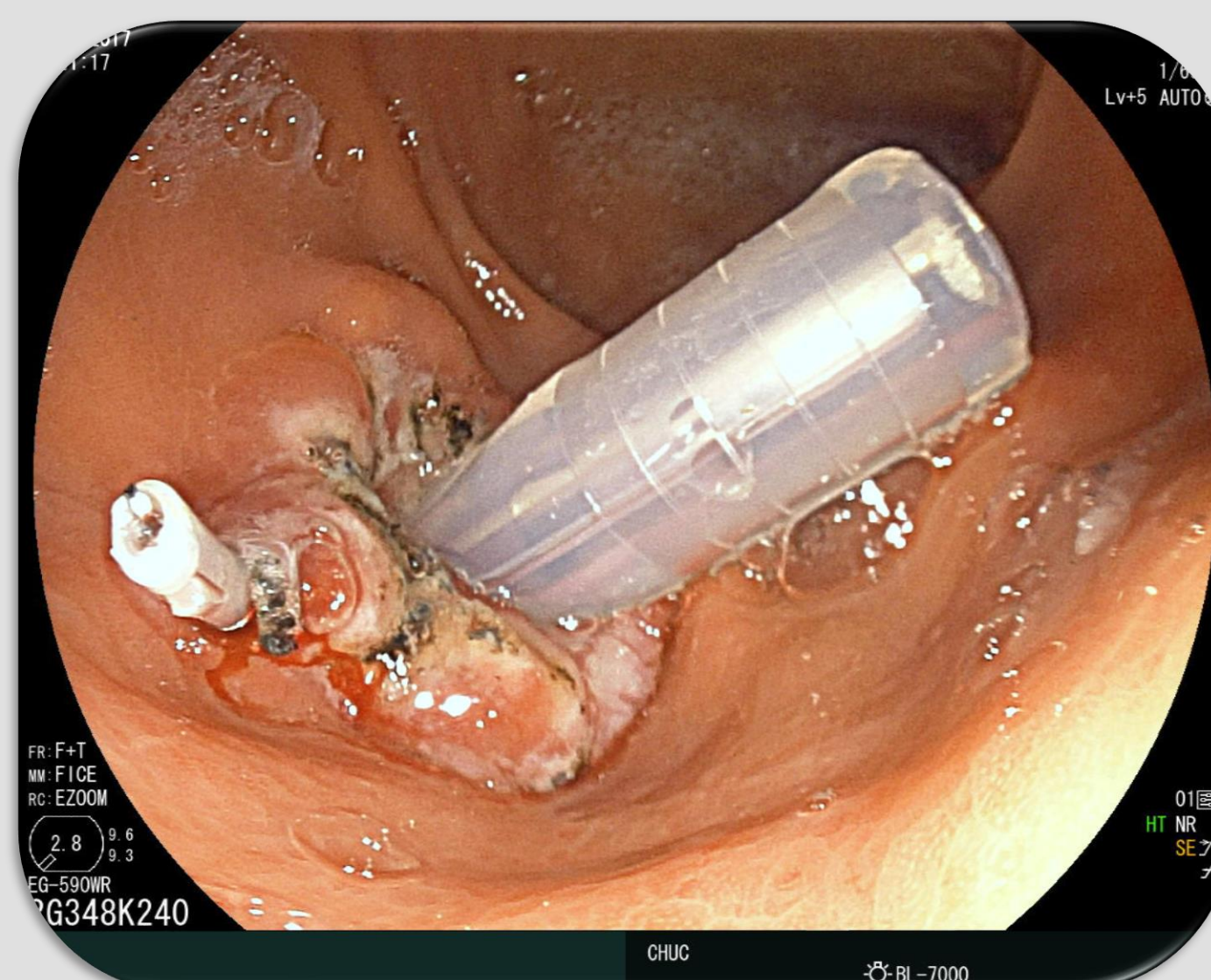


Figura 5 – Aplicação de hemoclip

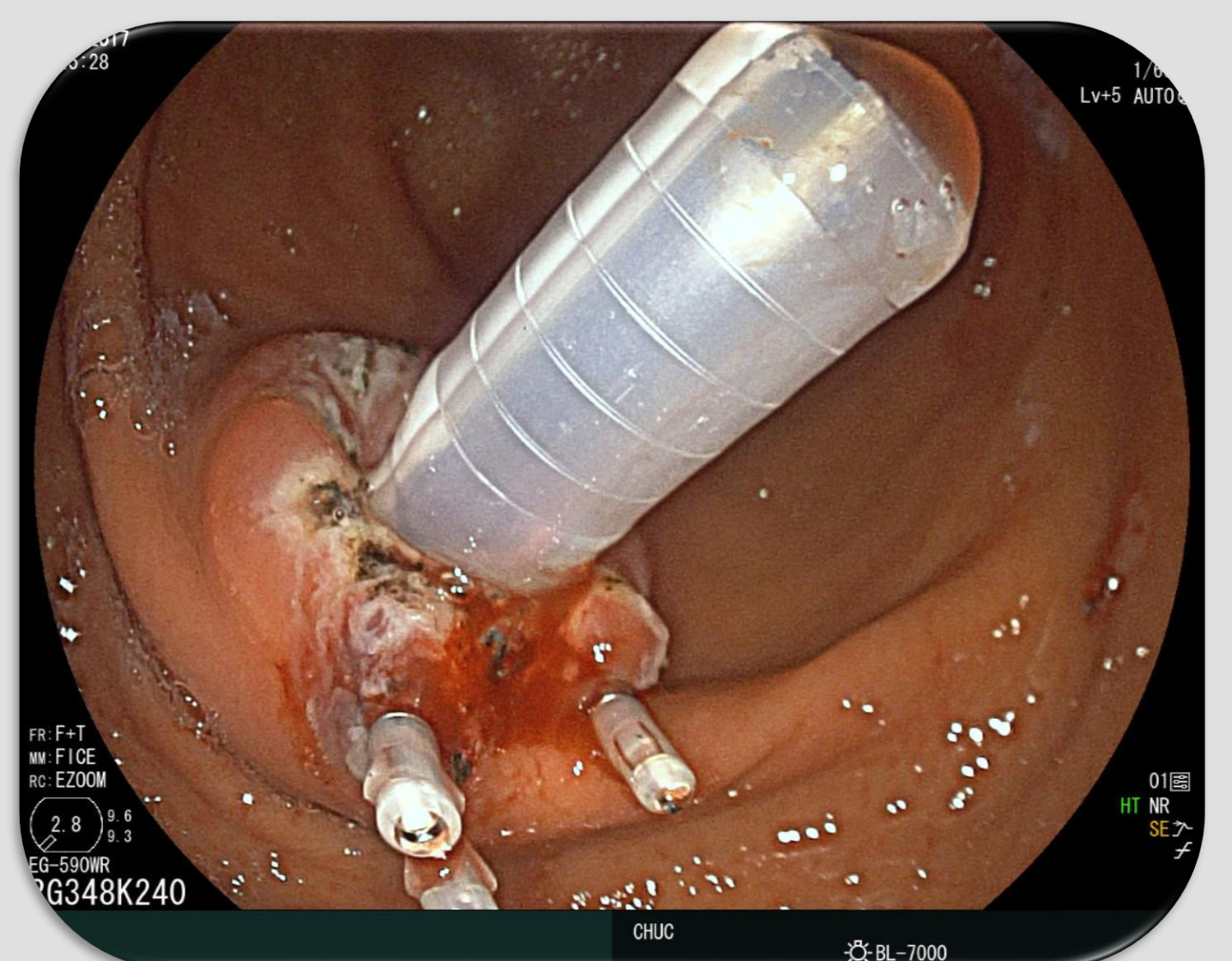


Figura 6 – Aplicação de hemoclip

Em maio de 2017 foi submetida a endoscopia digestiva alta que confirmou alargamento do estoma. No mesmo ato, sem remoção da sonda, realizou-se fulguração com árgon-plasma nos bordos internos do estoma (figuras 1, 2, 3, 4) e procedeu-se à aplicação de três hemoclips (Fig. 5 e 6). Posteriormente foi substituída a sonda por uma nova, de baixo perfil, de 24 French. Permaneceu dois dias internada, não se tendo registado intercorrências imediatas ou tardias. Não se verificou recorrência do extravasamento, ocorrendo boa cicatrização das alterações cutâneas.

CONCLUSÕES

O extravasamento gástrico é uma complicação comum. Após otimização das medidas conservadoras está recomendada a remoção da sonda para permitir o encerramento parcial do orifício, com colocação posterior de uma nova. Contudo, tal traduz-se frequentemente na necessidade de diversas intervenções endoscópicas e, por vezes, na criação de uma nova fístula gastro-cutânea. Este caso demonstra uma terapêutica endoscópica alternativa para a resolução desta complicação, que se revelou segura e eficaz, podendo evitar a necessidade de remover totalmente a sonda com o objetivo de promover o encerramento parcial do estoma.

REFERÊNCIAS

1. Stanich Peter P et al. Persistent peristomal leakage from percutaneous endoscopic gastrostomy successfully treated with endoscopic suturing. Endoscopy 2013; 45: E394
2. Sherwin P. Schrag et al. Complications Related to Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) Tubes. A Comprehensive Clinical Review. J Gastrointestin Liver Dis December 2007 Vol.16 No 4, 407-418