

Imagens em Gastreenterologia

EP-217 - CPRE NO TRATAMENTO DE CÁLCULO GRANDE DO COLÉDOCO EM DOENTE COM GASTRECTOMIA BILLROTH II

J. Fernandes^{1,2}; D. Libânio^{1,3}; T. Araújo¹; S. Giestas¹; J. Ramada¹; M. Certo⁴; J. Canena⁵; L. Lopes^{1,6,7}

1 - Serviço de Gastreenterologia – Hospital de Santa Luzia; 2 - Serviço de Gastreenterologia – Centro Hospitalar da Cova da Beira; 3 - – Serviço de Gastreenterologia – Instituto Português de Oncologia do Porto; 4 - Hospital de Braga; 5 - Serviço de Gastreenterologia - Hospital Amadora Sintra; 6 - Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal; 7 - ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal

Descrição: Apresentamos o vídeo de um homem de 73 anos referenciado para CPRE por coledocolitíase. O doente apresentava uma gastrectomia sub-total Billroth II. Durante a CPRE não foi possível progredir em segurança através da ansa aferente com o duodenoscópio, pelo que se optou pela utilização de um gastrosκόpio convencional. A canulação biliar foi realizada com um cateter biliar ultraafiado. A colangiografia mostrou um cálculo com 15 mm na VBP, sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Para orientar a esfínterotomia com faca colocou-se uma prótese biliar de 5 Fr. Por fim, procedeu-se à remoção do cálculo com um balão extrator de 18 mm; durante a remoção do cálculo, dado o tamanho do mesmo, ocorreram vários episódios de colangioscopia, em virtude da resistência do cálculo. Demonstramos a utilização da técnica da esfínterotomia com faca, guiada por prótese. Todo o procedimento foi realizado com um gastrosκόpio convencional. A esfínterotomia foi realizada com faca palipótomo, após colocação de prótese biliar com 5 Fr.

Motivação: A remoção endoscópica de cálculos grandes da VBP em doentes com gastrectomia Billroth II é difícil e complexa. Nestes doentes existem vários desafios a ultrapassar. O primeiro consiste na colocação do endoscópio em segurança junto à papila major. Em seguida é necessário fazer uma canulação da VBP numa anatomia em que a via biliar tem uma orientação inversa. No caso de ser diagnosticado um cálculo de grandes dimensões, as dificuldades aumentam exponencialmente. Descrevemos uma técnica com grau de complexidade III demonstrando várias adaptações técnicas para assegurar o êxito do tratamento.