

## Imagens em Gastreenterologia

### IGE-001 - DRENAGEM ENDOSCÓPICA DE ABCESSO SUBFRÉNICO – QUANDO O GASTREENTEROLOGISTA SE DEFRONTA COM UM “PESADELO” COM 20 ANOS DE EVOLUÇÃO

Nuno Almeida<sup>1,2</sup>; João Estorninho<sup>1</sup>; Francisco Portela<sup>1,2</sup>; Paulo Souto<sup>1</sup>; Conceição Martins<sup>3</sup>; Sara Sintra<sup>4</sup>; Catarina Canha<sup>4</sup>; Alexandre Monteiro<sup>5</sup>; Luís Tomé<sup>1</sup>

1 - Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 3 - Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 - Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 5 - Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A drenagem de abscessos abdominais e retroperitoneais por via endoscópica é uma terapêutica com eficácia e segurança reconhecidas, mas é imperativo realizar uma seleção criteriosa dos doentes.

Os autores apresentam o caso de um doente de 53 anos de idade, com múltiplos antecedentes e comorbilidades incluindo hepatite C, hipertensão portal, depressão, cirurgia gastroduodenal por úlcera sangrante (há 20 anos), alcoolismo e tabagismo crónico, que foi admitido por volumosa formação abdominal, de localização subfrénica, interpretada como eventual pseudoquisto pancreático. Ocorreu fistulização espontânea para a cavidade gástrica, mas sem resolução do quadro, pela presença de material sólido no interior da formação, que parecia corresponder a resíduos alimentares. Atendendo ao estado de profunda caquexia e elevado risco cirúrgico foi solicitado, após discussão multidisciplinar, o apoio da Gastreenterologia no sentido de tentar proceder ao desbridamento endoscópico da colecção. Sob sedação profunda procedeu-se à dilatação da fístula com balão TTS permitindo acesso direto ao abscesso, com visualização do fígado e do baço. Após aspiração de conteúdo purulento foi possível individualizar aglomerado de fibras que, por inspecção mais atenta, parecia corresponder a textiloma. Dado o estado geral do doente optou-se pela tentativa de remoção endoscópica, após dilatação da fístula até 18 mm. De forma laboriosa removeu-se grande quantidade deste tecido, de modo que toda a cavidade gástrica ficou preenchida por este material, mas apesar dos múltiplos esforços e até tentativa de destruição do tecido com árgon-plasma não se conseguiu a sua remoção total. Encaminhou-se então para a cirurgia, que permitiu, com grande dificuldade, remover um pedaço de tecido de grandes dimensões, que se assume poder estar correlacionado com a intervenção cirúrgica realizada 20 anos antes (gossipiboma).

Este caso, documentado iconograficamente, demonstra que as possibilidades de terapêutica endoscópica extra-luminal são agora muito amplas, mas ainda assim há um limite físico para o que é possível realizar.