

Imagens em Gastrenterologia

EP-235 - INSERÇÃO CEGA DE SONDA NASOGÁSTRICA COMPLICADA

Flávio Pereira¹; Richard Azevedo¹; Marisa Linhares¹; João Pinto¹; Helena Ribeiro¹; Cátia Leitão¹; Ana Caldeira¹; José Tristan¹; Eduardo Pereira¹; Rui Sousa¹; António Banhudo¹

1 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Caso Clínico:

Homem, de 76 anos, internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Tinha antecedentes de ataxia cerebelar e hipertensão arterial essencial, e apresentava vindas recorrentes ao serviço de urgência nos dois meses prévios por infeção respiratória.

Durante o internamento, foi notada uma disfagia para líquidos, pelo que foi pedida uma endoscopia digestiva alta para estudo.

Na unidade de endoscopia, o doente apresentava francos sinais de desnutrição, com um estado funcional comprometido. A endoscopia não revelou causas obstrutivas de disfagia.

Inicialmente, foi tentada introdução de espessante na dieta, sem sucesso na alimentação, pelo que se optou por nutrição entérica por sonda nasogástrica (SNG). Foi introduzida uma SNG de silicone, com passagem difícil do tubo, confirmando-se a sua posição no estômago através de insuflação de ar e auscultação epigástrica. Contudo, imediatamente após a administração da nutrição, o doente iniciou quadro súbito de dificuldade respiratória franca. Foi realizada tomografia computadorizada torácica que revelou SNG ao nível da coluna aérea, estendendo-se ao brônquio lobar inferior direito, identificando-se a sua extremidade em topografia intra-parenquimatosa; concomitantemente observava-se densificação do lobo inferior direito compatível com consolidação em contexto de pneumonia de aspiração. A SNG foi removida. Tendo em conta este evento e o quadro de disfagia em contexto de doença neurológica, decidiu-se pela colocação de uma gastrostomia percutânea endoscópica para nutrição, após a resolução do quadro infeccioso.

Justificação:

A entubação nasogástrica é considerada um procedimento fácil e geralmente seguro. Contudo, cerca de 2% das entubações resultam em complicações traqueo-pulmonares. Indicadores clínicos da posição da sonda, como insuflação de ar e auscultação epigástrica, têm uma alta taxa de erro. A correta posição da sonda pode ser confirmada através da aspiração de um conteúdo ácido (pH<5) ou de uma radiografia de tórax. Em casos difíceis, o procedimento pode ser realizado com apoio endoscópico ou fluoroscópico.