



CASO CLÍNICO

Tratamento de deiscência cirúrgica grave com sistema «Over-the-scope clip»



Tito Correia*, Pedro Amaro e Carlos Sofia

Serviço de Gastreterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Recebido a 23 de março de 2013; aceite a 5 de setembro de 2013

Disponível na Internet a 22 de novembro de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Deiscência cirúrgica;
 Over-the-scope clip;
 Y de Roux surgical
 dehiscence

Resumo Apresenta-se um caso de deiscência pós-cirúrgica complicada por fistulização abdominal e torácica complexa condicionando sépsis grave com falência multiorgânica após gastrectomia total com esofagojejunosomia (montagem em Y de Roux) por adenocarcinoma gástrico. Descreve-se o sucesso do tratamento endoscópico com encerramento da deiscência mediante a utilização do sistema «Over-the-scope clip» (OTSC). Para além da topografia invulgar da deiscência, a singularidade deste caso reside em que, contrariamente à abordagem convencionalmente descrita, a aplicação do OTSC não foi realizada diretamente sobre o orifício fistuloso, mas antes a montante do mesmo, em mucosa jejunal normal, encerrando a ansa a esse nível. Deste modo, conseguiu-se a exclusão do segmento mais distal, onde se situava a deiscência, permitindo assim a resolução por segunda intenção do trajeto fistuloso e das locas associadas. O resultado obtido conduziu a uma melhoria dramática no estado geral do doente. © 2013 Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Surgical dehiscence;
 Over-the-scope clip;
 Roux-en-Y

Treatment of severe surgical dehiscence with Over-the-scope clip

Abstract We present a case of post-surgical jejunal dehiscence complicated by complex abdominal and thoracic fistula. It developed after total gastrectomy and Roux-en-Y esophagojejunostomy (gastric adenocarcinoma) and caused severe sepsis. We report endoscopic treatment success of the dehiscence using "Over-the-Scope Clip" (OTSC) system. Besides the unusual topography of the dehiscence, the uniqueness of this case relies on the new endoscopic approach. OTSC was not conventionally performed directly on the fistula orifice, but upstream in the normal jejunal mucosa, closing the loop at that level. This allowed the exclusion of the most distal segment, including the dehiscence, and subsequent resolution of the fistula and associated loci by secondary intention. The results obtained led to a strike clinical improvement. © 2013 Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: titocorreia@gmail.com (T. Correia).

Introdução

A deiscência pós-operatória é uma das principais complicações do tratamento cirúrgico do cancro gástrico¹⁻⁶. O seu manuseamento depende da gravidade relativa, podendo, nalguns casos, passar apenas por uma abordagem conservadora. No entanto, as situações mais complexas exigem a drenagem de coleções abedadas e eventualmente reintervenção cirúrgica para encerramento da deiscência ou ressecção do segmento afetado^{7,8}. Todavia, nos últimos anos, a abordagem endoscópica (fazendo uso de próteses, colas biológicas e/ou endoclips) tem vindo a ser progressivamente utilizada como alternativa. A eficácia reportada tem sido variável mas, por vezes, ocorrem benefícios consideráveis, não só por se tratar de uma abordagem com morbidade e mortalidade negligenciáveis, mas também pela mais rápida retoma da via oral e uma diminuição do tempo de internamento⁹⁻¹³.

O sistema Over-the-scope clip (OTSC) apresenta uma conceção diferente dos endoclips pré-existentes, concebidos para aplicação através do canal de trabalho do endoscópico («Through-the-scope») e que apresentam algumas limitações. A sua composição em nitinol (aliando resistência a grande elasticidade) conjugada com maiores dimensões (sendo montado sobre o endoscópio) e uma configuração e funcionamento semelhantes a uma «armadilha de urso», tornam-no capaz de realizar preensão e forte compressão sobre os tecidos, sem provocar isquemia ou laceração significativas. Após a demonstração inicial de aplicabilidade em humanos em situações de hemorragia digestiva, bem como em 2 perfurações cólicas iatrogénicas, o seu uso tem-se generalizado com relativo sucesso a quadros de perfuração, deiscência ou fístula do trato digestivo, não raramente surgidos de complicações de procedimentos endoscópicos e cirúrgicos¹⁴⁻²⁴.

Caso clínico

Doente de 71 anos, sexo masculino, sem antecedentes relevantes, referenciado para endoscopia digestiva alta na sequência de estudo de anemia. Na endoscopia digestiva alta foi identificada uma lesão gástrica vegetante, ulcerada, localizada na pequena curvatura do corpo alto que, após estudo histológico, revelou tratar-se de um adenocarcinoma invasor do tipo intestinal de Lauren (tubular, OMS 2010). O estadiamento por tomografia computadorizada (TC) toraco-abdominal não identificou sinais de invasão loco-regional ou à distância. O doente foi submetido a gastrectomia total com anastomose esófagojejunal em Y de Roux, linfadenectomia D2, esplenectomia e colecistectomia sem complicações imediatas. A análise da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico histológico prévio, com excisão completa da lesão e margens de segurança preservadas, com evidência de infiltração de toda a parede gástrica, invasão linfática e ganglionar regional (4 em 14 gânglios), assim como metastização maciça de gânglio retropancreático e de conglomerado de gânglios hepatoduodenais – T3N2M1, IVL 1 (pTMN 7.^a edição); AJCC –estádio IV.

No 10.^o dia pós-operatório, o doente desenvolveu quadro de dispneia progressiva e febre, associado a hipoxemia e aumento dos parâmetros inflamatórios (leucócitos 17,5 G/L; PCR 20,8 mg/dL). A radiografia do tórax e a TC com contraste

endovenoso identificaram a presença de tromboembolia pulmonar bilateral, uma pneumonia do lobo inferior esquerdo e a existência de 2 coleções intra-abdominais, uma posterior à cauda do pâncreas (com 6 cm de maior diâmetro) e outra retropancreática e estendendo-se até ao bordo hepático, de configuração alongada (com 2 x 13 cm). Foi mantida a drenagem abdominal externa por drenos multicapilar, iniciando-se antibioterapia ev de largo espectro (piperacilina + tazobactam 4.500 mg 3 id e vancomicina 1.000 mg 2 id) e anticoagulação em dose terapêutica (enoxaparina 60 mg sc 2 id). A introdução destas medidas levou a uma melhoria clínica e laboratorial, mantendo-se, contudo, as 2 coleções intra-abdominais com características sobreponíveis à avaliação imagiológica inicial. O doente teve alta (ao 39.^o dia pós-cirúrgico), sob anticoagulação oral e com revisão imagiológica programada.

Uma semana após a alta, o doente foi readmitido por um quadro de tosse, dispneia, febre e dor abdominal. Analiticamente apresentava novamente leucócitos e PCR aumentados (18,4 G/L; 21,7 mg/dL, respetivamente). Na ecografia abdominal era evidente a manutenção de coleções intra-abdominais, de localização retropancreática e subdiafrágica, agora com algumas bolhas gasosas, sugerindo a presença de fístula intra-abdominal. Apesar da instituição de medidas agressivas de suporte, terapêutica antimicrobiana e antifúngica de largo espectro, o doente apresentou uma rápida evolução desfavorável, com sépsis grave e falência multiorgânica (insuficiência respiratória parcial e falência circulatória). A TC toraco-abdominal demonstrou a presença de solução de continuidade transdiafrágica (fig. 1a) entre as coleções abdominais previamente existentes e um abscesso da base pulmonar esquerda (fig. 1b). A realização do trânsito esófago-jejunal contrastado revelou extravasamento de produto de contraste para as coleções abdominais e destas para a árvore brônquica esquerda (fig. 1c). A avaliação endoscópica permitiu identificar uma anastomose esófago-jejunal íntegra, mas no fundo da ansa cega do Y-de-Roux constatou-se a existência de uma deiscência com cerca de 1 cm, com bordos inflamados, espessados e de aspeto fibrosado, prolongando-se por orifício fistuloso (fig. 2a). A realização de laparotomia exploradora foi afastada pelo elevado risco cirúrgico.

A ausência de alternativa cirúrgica e o agravamento progressivo do quadro clínico, conduziu à tentativa, até então não considerada, de resolução do quadro através de métodos endoscópicos. Após ponderação das opções existentes, acima enunciadas e que se encontravam todas disponíveis, optou-se antes pelo sistema OTSC (OTSC system set 12/6 t, Ovesco Endoscopy GmbH, Tuebingen, Alemanha) montado em gastroscópio terapêutico (Olympus GIF – 1T Q160). Na abordagem inicial, a colocação do OTSC englobando o orifício revelou-se impossível, por um lado devido ao acesso difícil à extremidade da ansa cega, por outro devido ao elevado grau de fibrose e rigidez dos tecidos do orifício, impossibilitando a mobilização dos mesmos, quer por sucção quer por tração. Optou-se então por proceder à aspiração circunferencial da mucosa sã da ansa jejunal alguns centímetros a montante do orifício fistuloso, com posterior aplicação do clip. No final, o OTSC aparentava estar bem posicionando, com oclusão completa do lúmen da ansa cega (fig. 2b e 2c). O procedimento decorreu em escassos minutos sem complicações imediatas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311075>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311075>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)