

1 SUTURA ASSISTIDA POR ENDOSCOPIA PARA ENCERRAMENTO DE FÍSTULA GASTROCUTÂNEA PERSISTENTE APÓS REMOÇÃO DE SONDA DE GASTROSTOMIA

Rodrigues A , Küttner-Magalhães R, Ferreira D, Maia L, Barrias S, Pedroto I

Homem, 68 anos, fumador, antecedentes de cardiopatia isquémica e carcinoma da nasofaringe (T4N2M0) tratado com Quimioterapia e Radioterapia. Realizada gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) profilática com colocação de sonda 24Fr, removida apenas 2 anos depois por perturbações da deglutição e suspeita não confirmada de recidiva local. Durante os 6 meses seguintes, persistiu trajeto gastrocutâneo patente com extravasamento de conteúdo gástrico. Realizada tentativa de encerramento com *over-the-scope* clip (OTSC), no entanto, alterações cicatriciais marcadas decorrentes da radioterapia impossibilitaram a transposição da hipofaringe com o *cap* no qual se encontra montado o clip, tendo ocorrido laceração superficial e hemorragia autolimitada a este nível.

Decidido então, encerramento por sutura assistida por endoscopia. No início do procedimento, efetuada desvitalização do trajeto da fístula com nitrato de prata pela face cutânea e com árgon plasma através do orifício interno. Posteriormente, realizada punção percutânea com cateter ao redor da fístula em 2 pontos diametralmente opostos, com passagem de fio de sutura por um cateter e recuperação pelo outro cateter através de ansa. Repetido o processo em orientação perpendicular e realizado nó de sutura na face cutânea. Obteve-se sucesso clínico e o doente mantém-se assintomático 7 meses após o procedimento.

Apresenta-se vídeo ilustrativo.

A realização de PEG profilática está indicada em doentes submetidos a radioterapia da cabeça e pescoço que habitualmente cursa com mucosite e disfagia. A persistência de fístula gastrocutânea após a remoção da sonda é uma complicação relativamente incomum, sendo mais frequente quando esta permanece colocada por períodos prolongados. Para o tratamento estão descritas uma abordagem conservadora com utilização de inibidor da bomba de prótons e pro-cinético, endoscópica com a cauterização do trajeto fistuloso, utilização de cola de fibrina e clips (convencionais e o OTSC) e cirúrgica. A sutura assistida por endoscopia constitui uma opção eficaz e pode evitar cirurgia nos casos de difícil resolução.

Serviço de Gastrenterologia Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António