
Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot

TERAPÊUTICA ENDOSCÓPICA PALIATIVA DE ESTENOSE DUODENAL MALIGNA

J. CANENA¹, A. LOPES², S. MORGADO¹, E. ALVES², C. ROMÃO¹, A.P. COUTINHO¹, B. NEVES¹, A.S. GUERREIRO²

GE - J Port Gastreenterol 2005, 12: 331-332

Mulher de 86 anos, internada pelo Serviço de Urgência por vômitos e intolerância alimentar com dois dias de evolução, referindo emagrecimento de 5 Kg no último mês.

No internamento, após ter sido feita Endoscopia Digestiva Alta sem alterações, realiza Rx contrastado que mostra marcada dilatação de D1, D2 e parte de D3 por estenose curta a este nível; D4 sem alterações. Realiza Tomografia Computorizada Espiral Abdomino-Pélvica que revelou perda de definição dos contornos do corpo pancreático, sem plano de clivagem com a artéria mesentérica e duodeno, condicionando marcada dilatação de D1, D2 e parte de D3, com acumulação de líquido e transição abrupta de calibre para D4. Colocou-se como diagnóstico: neoplasia do corpo pancreático, em estágio avançado, com invasão vascular e compressão duodenal levando à impossibilidade de alimentação entérica. Realiza enteroscopia onde se visualiza,



Figura 1 - Estenose de D3, causada por compressão extrínseca no contexto de neoplasia do corpo pancreático.

em D3, diminuição de calibre do lúmen duodenal por compressão extrínseca, apresentando a mucosa aspecto infiltrado (Figura 1). A estenose apresentava cerca de 3-4 cm de comprimento sendo ultrapassável pelo enteroscópio.

A cirurgia propõe como solução a derivação entérica com eventual ressecção parcial pancreática, solução com morbidade e eventual mortalidade não desprezíveis. Esta atitude cirúrgica apenas pretendia ser paliativa, visando a alimentação oral, sendo o prognóstico da doente muito reservado.

Em face da opção oferecida pela cirurgia, que não apresentava intenção curativa e devido a tratar-se de uma doença oncológica localmente avançada, foi oferecido à doente uma terapêutica endoscópica alternativa, com o objectivo de permitir a alimentação oral que era, à data, a grande limitação da doente. Após discussão do caso com a cirurgia, doente, familiares e médica assistente opta-se pela palição endoscópica da estenose. Esta opção resultava de, potencialmente, se oferecer à doente o mesmo resultado da cirurgia com muito menor morbidade.

Sob sedação inconsciente com midazolam e propofol, recorreu-se a um videocolonoscópio convencional que se avançou até à extremidade proximal da estenose. A este nível a lesão foi marcada com um *clip* hemostático colocado por um aplicador reutilizável. Após esta manobra foi avançado um *catéter* radiopaco de duplo canal através da estenose, injectando-se contraste, sob controlo fluoroscópico, para avaliar a sua extensão e trajecto. Em seguida avançou-se pelo *catéter* um fio guia totalmente hidrofílico de forma a franquear a estenose (ao contrário do enteroscópio, não foi possível ultrapassar a estenose com o colonoscópio). Após ultrapassagem da estenose com o *catéter* sobre o fio guia hidrofílico, houve troca de fio, por outro de maior consistência. Sob

(1) Unidade de Gastreenterologia, Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal.

(2) Serviço Universitário de Medicina III, Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal.

Recebido para publicação: 07/12/2004

Aceite para publicação: 06/08/2005



Figura 2 - Prótese metálica correctamente implantada em D3 e D4.



Figura 3 - Passagem de contraste que atesta a boa funcionalidade da prótese colocada através da estenose duodenal.

o novo fio guia, com controlo endoscópico e fluoroscópico colocou-se prótese metálica auto-expansível descoberta com 22 mm de diâmetro e 9 cm de comprimento, de tipo Wallstent (Boston Scientific Co, USA), obtendo-se sucesso técnico (Figura 2). A prótese foi colocada de forma a se obter uma margem de segurança de 2-3 cm em ambas as extremidades da lesão. No final do procedimento a fácil passagem de contraste para o jejuno (Figura 3), atestava a funcionalidade da prótese. Cerca de 12 horas após o procedimento a doente iniciou dieta líquida, aumentando-se progressivamente a consistência da dieta até à alta às 96 horas. Nesse momento a doente já tolerava todo tipo de dieta.

A doente teve quatro meses de sobrevida sem qualquer limitação alimentar até ao seu falecimento.

As estenoses duodenais distais, podem ser uma complicação tardia do cancro pancreático avançado, podendo causar dor abdominal, náuseas, vômitos e, em última análise, intolerância alimentar. Infelizmente esta é, em algumas situações, a forma clínica de apresentação e o motivo de recurso ao médico. No passado este tipo de complicações eram abordadas com cirurgias de derivação entérica cuja morbilidade e mortalidade estão longe de ser desprezíveis.

Com o advento das próteses metálicas auto-expansíveis, colocadas pelo canal do endoscópio, abriu-se uma nova era, criando uma janela de oportunidade para a resolução paliativa destes casos, com amplo sucesso técnico, clínico e até económico, como referido em vários relatos (1- 4).

Em resumo, podemos dizer que obstruções do tubo digestivo alto (até D4) podem e devem ser preferencialmente manuseadas com próteses metálicas auto-expansíveis, em situações em que a cirurgia, como é o caso, apenas tem um intuito meramente paliativo de derivação,

afirmação esta que no momento actual de uma medicina baseada na evidência é largamente sustentada pela literatura (1- 4)

Apresentamos este caso sob a forma de instantâneo endoscópico pela sua baixa frequência e pela necessidade de evidenciar cada mais vez a conquista de opções da endoscopia terapêutica em relação à cirurgia.

Correspondência:

Jorge Manuel T. Canena
Unidade de Gastrenterologia
Hospital Pulido Valente
Alameda das Linhas de Torres, 117
1750 Lisboa
Telefone/Fax: 217 586 603
E-mail: jmtcanena@yahoo.com.br

BIBLIOGRAFIA

1. Yim HB, Jacobson BC, Saltzman JR, Johannes RS, Bounds BC, Lee JH, et al. Clinical outcome of the use of enteral stents for palliation of patients with malignant upper GI obstruction. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 329-32.
2. Baron T, Harewood G. Enteral self-expandable stents. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:421-32.
3. Nassif T, Prat F, Meduri B, Fritsch J, Choury AD, Dumont JL, et al. Endoscopic palliation of malignant gastric outlet obstruction using self-expanding metallic stents: results of a multicenter study. *Endoscopy* 2003; 35: 483-89.
4. Mittal A, Windsor J, Woodfield J, Casey P, Lane M. Matched study of three methods for palliation of malignant pyloroduodenal obstruction. *Br J Surg* 2004; 91: 205-9.