

---

---

**Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot**

---

---

**DUPLA DERIVAÇÃO BILIO-DIGESTIVA POR VIA ENDOSCÓPICA**

J. CANENA, C. ROMÃO, A. P. COUTINHO, B. NEVES

*GE - J Port Gastrenterol 2006, 13: 63-64*

Homem de 70 anos, internado pelo serviço de urgência por quadro de icterícia progressiva e colúria, com cerca de 10 dias de instalação. Associadamente, nos últimos 3 dias, referia enfartamento pós-prandial marcado, com vômitos de estase e, no dia em que procura auxílio médico, intolerância alimentar. Da avaliação analítica realizada no serviço de urgência salientava-se uma anemia microcítica hipocrômica e hiperbilirrubinémia (Hg: 10,3 gr/dl com VGM de 79 FI; Bilirrubina Total: 12 mg/dl). No internamento realiza Tomografia Computorizada Espiral Abdomino-Pélvica que mostrou formação nodular pancreática com cerca de 3cm, que invadia o duodeno e que condicionava dilatação da Via Biliar Principal (VBP). Associadamente foram detectadas metástases hepáticas. Realiza de seguida Endoscopia Digestiva Alta onde se visualiza estenose da transição bulbo-duodenal, friável, com áreas ulceradas e de aspecto infiltrado (Figura 1). A estenose não era ultrapassável pelo aparelho convencional. Foi possível franquear a estenose com endoscópio pediátrico verificando-se que esta tinha cerca de 3-4 cm de comprimento, estendendo-se até à porção proximal de D2 e, aparentemente, não invadia o infundíbulo biliar.



**Figura 1 - Estenose maligna da transição bulbo-D2, por invasão de neoplasia da cabeça do pâncreas.**

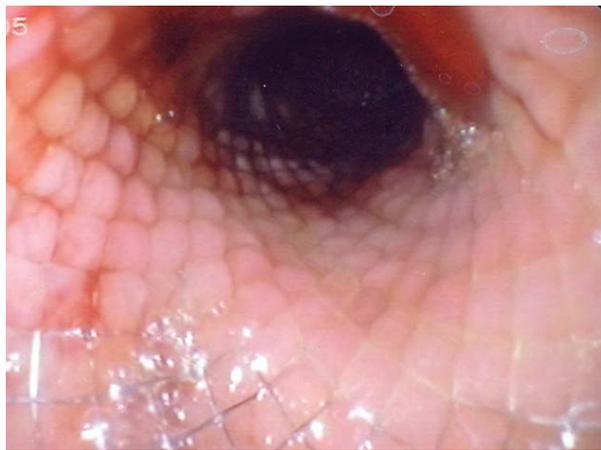
Coloca-se então o diagnóstico de neoplasia da cabeça do pâncreas em estágio avançado com invasão duodenobiliar e metástases hepáticas.

Contactado o serviço de cirurgia este sugere tentativa de decompressão gástrica e biliar por via endoscópica já que uma cirurgia de dupla-derivação teria o risco de morbilidade e mortalidade não desprezíveis.

Após sedação com midazolam e propofol, em primeira abordagem, com controle fluoroscópico e endoscópico, utilizou-se um videocolonoscópio convencional através do qual se avançou um catéter radiopaco que se utilizou para franquear a estenose. Após injeção para confirmar a sua posição no duodeno colocou-se, através deste, um fio guia de elevada consistência cuja extremidade distal ficou em D3. Antes da colocação do fio guia a extremidade proximal da lesão foi marcada com um *clip* hemostático colocado por um aplicador reutilizável.

Finalmente colocou-se prótese metálica descoberta, auto expansível entérica de 22 mm de diâmetro e 9 cm de comprimento (Figura 2). A extremidade distal da prótese ficou na porção média de D2. Tentou-se, na sua colocação, evitar a obstrução da papila pela prótese.

Cerca de 72 horas depois (tempo calculado para total



**Figura 2 - Prótese metálica entérica auto-expansível colocada em estenose maligna da transição bulbo-D2.**



**Figura 3 - Imagem radiológica de dupla derivação bilio-digestiva por via endoscópica visualizando-se uma prótese metálica na via biliar principal e outra bulbo-duodenal.**

expansão da prótese) tenta-se realizar C.P.R.E. com duodenoscópio de menor diâmetro (canal de 3,8 mm), ultrapassando-se a prótese e verificando-se que a sua extremidade distal estava praticamente ao nível da papila mas não impedia em absoluto a tentativa de acesso à VBP. Após várias tentativas consegue-se a canulação da VBP onde existe estenose curta, maligna, na sua porção terminal e condicionando retrodilatação biliar. Colocou-se de seguida prótese metálica auto-expansível descoberta com 10mm de diâmetro e 9 cm de comprimento. Após conclusão da dupla-derivação bilio-digestiva (Figura 3) com sucesso técnico aguardou-se pela evolução clínica.

O doente inicia alimentação oral às 24 horas tolerando progressivamente a dieta até à consistência mole/pastosa. Associadamente iniciou-se uma descida progressiva dos valores de bilirrubina.

Após a alta às 96 horas o doente foi seguido em consulta de oncologia, mantendo tolerância oral à dieta proposta e com valores de bilirrubina flutuando entre os 2-4 mg/dl. O doente veio a falecer 12 semanas depois não sendo necessária intervenção endoscópica adicional.

A invasão duodenal é um complicação frequente da neoplasia da cabeça pancreática em estadio avançado, estando, frequentemente, associada a invasão biliar que pode surgir concomitantemente, antes ou depois da invasão duodenal (1,2). No passado o recurso à cirurgia era a única alternativa disponível acarretando, com frequência, morbidade e mortalidade importantes (1,2,3,4). Hoje em dia é possível uma abordagem endoscópica.

Nesta, o ideal é a colocação inicial de uma prótese biliar e posteriormente de uma prótese entérica (2,3). Quando a estenose duodenal não é ultrapassável por um duodenoscópio (o risco de perfuração na dilatação com balão hidrostático destas estenoses é elevado), esta é a primeira a ser paliada com uma prótese metálica. Após a colocação desta nem sempre é possível o acesso à papila que fica aprisionada na malha metálica. Neste caso a abordagem trans-hepática percutânea é a alternativa recomendada (1,2,3). Quando o acesso à papila não fica comprometido (como no nosso caso) é possível a colocação de uma prótese metálica na VBP.

Apresenta-se este caso sob a forma de instantâneo endoscópico, pela sua dificuldade técnica, pelo seu carácter didáctico e pela inequívoca evidência de uma progressão, cada vez maior, da endoscopia de intervenção.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Mauro MA, Koehler RE, Maron TH. Advances in gastrointestinal intervention: the treatment of gastroduodenal and colorectal obstructions with metallic stents. *Radiology* 2000;215:659-669
- 2) Adler DG, Baron TH. Endoscopic palliation of malignant gastric outlet obstruction using self-expanding metallic stents: experience in 36 patients. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:72-78
- 3) Baron T, Harewood G. Enteral self-expandable stents. *Gastrointest Endosc* 2003; 58:421-432
- 4) Wong YT, Brams DM, Munson L, Sanders L, Heiss F, Chase M et al. Gastric outlet obstruction secondary to pancreatic cancer: surgical vs endoscopic palliation. *Surg Endosc* 2002; 16:310-312

---

#### **Notícias da SPG e da SPED / SPG and SPED News**

Consultar [www.spg.pt](http://www.spg.pt) ou [www.sped.pt](http://www.sped.pt)