

Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot

OBSTRUÇÃO DUODENAL SECUNDÁRIA A GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA - INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO

P. PINTO MARQUES, J. DA FONSECA

GE - J Port Gastreterol 2006, 13: 157-158

INTRODUÇÃO

A gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) é um procedimento que visa instituir uma via de suporte nutricional de longa duração. Podem surgir complicações que raramente incluem a obstrução duodenal.

CASO CLÍNICO

Descreve-se o caso de uma criança de 5 anos com o diagnóstico de paralisia cerebral com gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) colocada inicialmente aos 3 anos e posterior substituição periódica com sonda de gastrostomia de baixo perfil ("botão"). A criança foi internada por vômitos recorrentes de conteúdo biliar que originou desidratação grave. A EDA evidenciou que o balão da PEG encontrava-se localizado no bulbo condicionando uma invaginação do antro sobre o corpo gástrico (Figura 1). Procedeu-se à exsuflação do balão com o seu correcto reposicionamento (Figura 2). Verificou-se tolerância ao suporte nutricional via PEG, tendo alta após 48 horas.

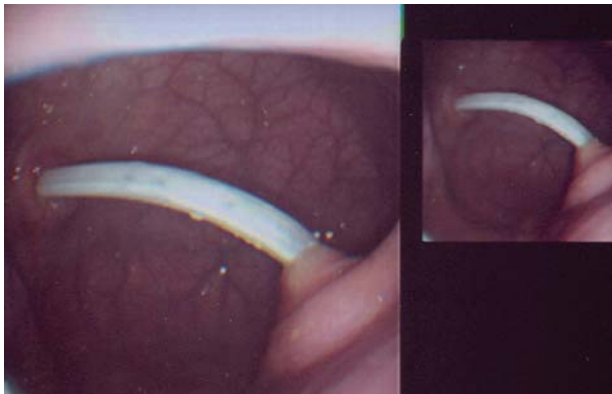


Figura 1 - Invaginação do antro sobre o corpo gástrico.

DISCUSSÃO

A utilização da PEG como via de aporte nutricional na paralisia cerebral encontra-se documentada em varias séries e casos clínicos (1). Esta é uma técnica segura, podendo no entanto ocorrer complicações, de que se destacam as infecções cutâneas. Neste caso descreve-se uma raramente identificada na literatura: a obstrução duodenal.

Encontram-se descritos casos de migração distal do balão da PEG, originando obstrução do jejuno ou a nível do bulbo duodenal (2,3), mas apenas dois dizem respeito a obstrução pilórica em idades pediátricas (4,5). Um destes casos ocorreu com invaginação, mas associado a uma gastrostomia cirúrgica (4). Do nosso conhecimento não existem casos descritos associados a PEG.

No presente caso a migração do balão deveu-se provavelmente a um mau posicionamento do travão externo, sublinhando-se a necessidade de educação dos familiares responsáveis pelo manuseamento da PEG. Um quadro de dor abdominal, vômitos, conteúdo através do estoma e resistência à tentativa de reposicionamento por via percutânea sugere migração do balão distal ao piloro (2).

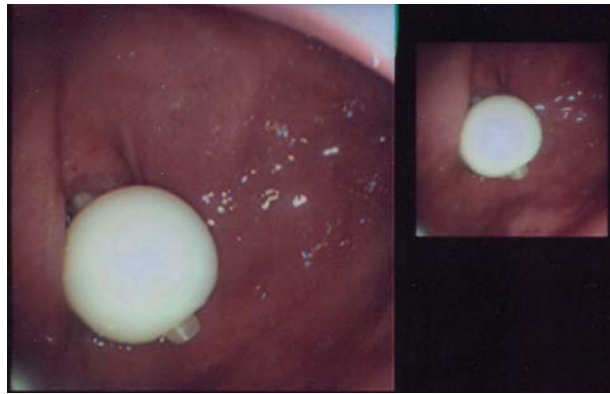


Figura 2 - Balão da PEG correctamente posicionado.

Correspondência:

P. Pinto Marques
 Serviço de Gastrenterologia
 Hospital Garcia de Orta
 2805-267 Almada
 Telefone: 212 727 273
 Fax: 212 726 737
 pedromarq@hotmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Sleight G, Brocklehurst P. Gastrostomy feeding in cerebral palsy: a systematic review. *Arch Dis Child* 2004; 89(6): 534-9
2. McGovern R, Barkin J, Goldberg R, et al. Duodenal obstruction: a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy tube migration. *Am J Gastroenterol* 1990; 85(8): 1037-8
3. O'Dell K, Gordon R, Becker L. Gastrostomy tube transmigration: a rare cause of small bowel obstruction. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 817-9
4. Haws E, Sieberg W, Kiesewetter W. Complications of tube gastrostomy in infants and children. *Ann Surg* 1966; 164: 284-90
5. Naehrlich L, Carbon R, Lang T, et al. Two rare complications of percutaneous endoscopic gastrostomy: obstruction of the pylorus and gastrocolic fistula occurring in one patient. *Klin Padiatr* 2001; 213(6): 329-31

Notícias da SPG e da SPED / SPG and SPED News

Consultar www.spg.pt ou www.sped.pt

Errata

No artigo "Liver Disease Due To *Schistosoma Guineensis* - A Review" da autoria de A. Murinello, N. Germano, P. Mendonça, C. Campos e A. Grácio, publicado no GE de Março/Abril 2006 (Ano XIII - Vol. 13 - Nº 2), as legendas das Figuras 5 e 6 encontravam-se trocadas, pelo que se publicam novamente as respectivas legendas e figuras.

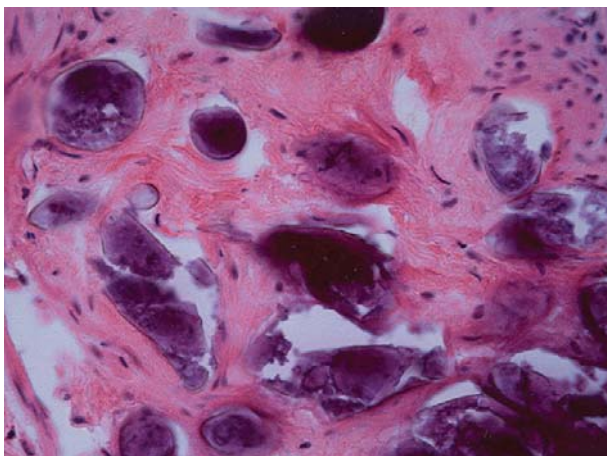


Figure 5 - Rectal biopsy - Calcified and degenerated *S. guineensis* eggs.

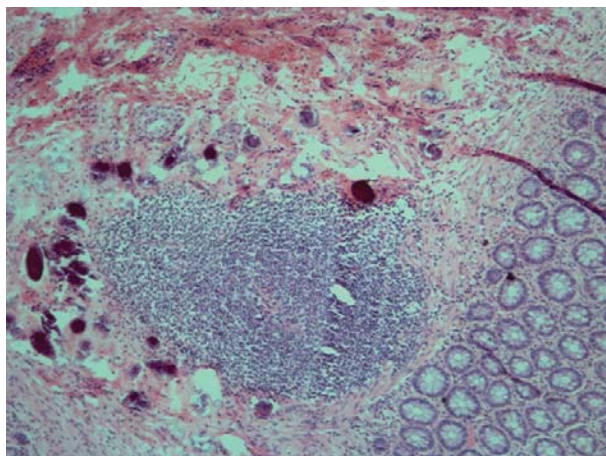


Figure 6 - HEX100: Rectal biopsy - Calcified *S. guineensis* eggs near a lymphoid follicle.