



Semana Digestiva
Digital 20 e 21 de novembro
2020

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

ENCERRAMENTO DE PERFURAÇÃO ESOFÁGICA IATROGÉNICA COM SISTEMA DE VÁCUO ENDOSCÓPICO

Crespo RR¹, Moura M¹, Reis D¹, Simões C¹, Currais P², Damião F¹, Santos P¹, Mão de Ferro S², Freire JP^{3,4}, Correia L^{1,4}, Ferreira CN^{1,4}, Carrilho-Ribeiro L^{1,4}, Marinho RT^{1,4}

1. Serviço de Gastreenterologia e Hepatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2. Serviço de Gastreenterologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, 3. Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 4. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO

A **terapêutica de vácuo endoscópica (TVE)** foi inicialmente descrita como uma alternativa para o tratamento de deiscências anastomóticas do tubo digestivo baixo.^{1,2} Esta abordagem permite simultaneamente a drenagem de abscessos e a estimulação da dilatação arteriolar e formação de tecido de granulação, levando ao encerramento de defeitos da parede gastrointestinal.^{3,4}

CASO CLÍNICO

Homem, 60 anos

Divertículo de Zenker submetido a miotomia endoscópica em 2010

Recidiva sintomática com halitose e disfagia.

Realizado **trânsito esofágico** (fig. 1).



Figura 1 – Trânsito esofágico a revelar divertículo de Zenker

Endoscopia Digestiva Alta: divertículo de Zenker com 3 cm de profundidade → miotomia do septo diverticular com faca de Mori e encerramento com clips metálicos (fig. 2).



Figura 2 – Miotomia do septo diverticular

No final do procedimento, com o reposicionamento do *overtube* → **perfuração do esófago** (fig. 3).

Encerramento endoscópico não conseguido.

Tomografia computadorizada (TC) → enfisema mediastínico extenso (fig. 4).



Figura 3 – Perfuração do esófago proximal

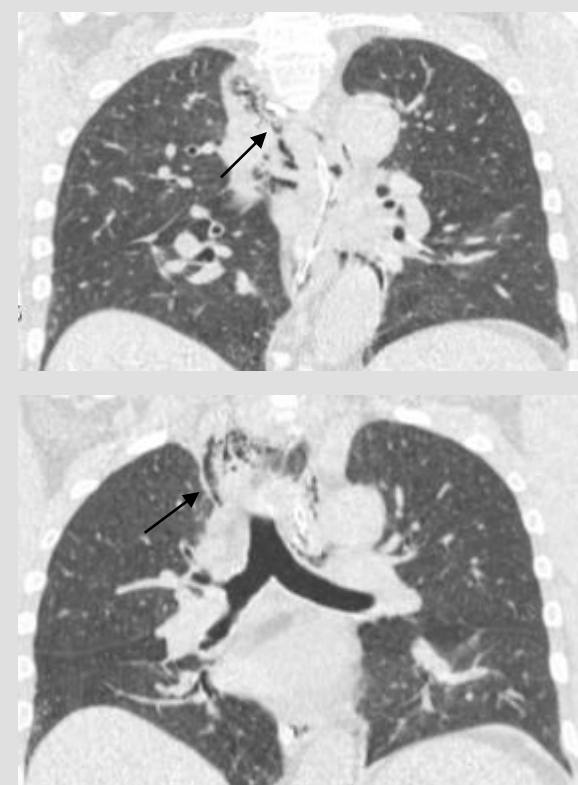


Figura 4 – TC torácica a revelar enfisema cervical e mediastínico

Decidido internamento e iniciada antibioterapia de largo espectro.

3 dias depois → febre e elevação de parâmetros inflamatórios.

TC torácica: extravasão de contraste para uma cavidade mediastínica com 6x5x2 cm (fig. 5).



Figura 5 – TC torácica a revelar abscesso mediastínico (seta)

Decidida abordagem com **terapêutica de vácuo endoscópica**.

Utilizada uma esponja de poliuretano acoplada à extremidade distal de uma sonda nasogástrica e ajustada às dimensões da cavidade.

A esponja foi introduzida no interior da cavidade (fig. 6), em aspiração contínua a 150 mmHg.



Figura 6 – Sistema de TVE aplicado na cavidade mediastínica.

Durante 6 semanas o sistema foi substituído a cada 2-3 dias com formação de tecido de granulação e progressiva redução nas dimensões da cavidade (fig. 7), até se encontrar completamente encerrada.

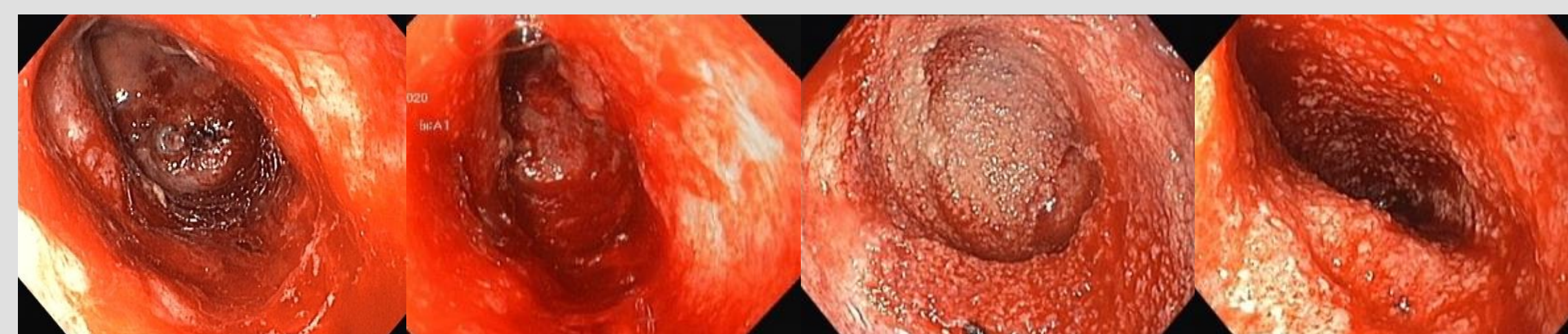


Figura 7 – Evolução da cicatrização da cavidade em procedimentos sucessivos (da esquerda para a direita).

Trânsito esofágico: ausência de extravasão de contraste. Iniciada dieta líquida com tolerância → alta. *Follow-up* a 6 meses: assintomático sob dieta geral.

CONCLUSÕES

Descrevemos o caso de um efeito adverso grave decorrente da miotomia de um divertículo de Zenker, em que a abordagem minimamente invasiva com terapêutica de vácuo endoscópica foi bem sucedida. Para perfurações esofágicas proximais, ou no caso de deiscências de anastomoses cirúrgicas com abscessos mediastínicos, a terapêutica com vácuo é uma alternativa de abordagem endoscópica segura e eficaz.

REFERÊNCIAS

- 1 – Möschler O, Nies C, Mueller M. Endoscopic vacuum therapy for esophageal perforations and leakages. *Endosc Int Open*. 2015;03(06):E554-E558.
- 2 – Ahrens M, Schulte T, Egberts J, et al. Drainage of esophageal leakage using endoscopic vacuum therapy: A prospective pilot study. *Endoscopy*. 2010;42(9):693-698.
- 3 – Heits N, Stapel L, Reichert B, et al. Endoscopic endoluminal vacuum therapy in esophageal perforation. *Ann Thorac Surg*. 2014;97(3):1029-1035.
- 4 – Wedemeyer J, Schneider A, Manns MP, Jackobs S. Endoscopic vacuum-assisted closure of upper intestinal anastomotic leaks. *Gastrointest Endosc*. 2008;67(4):708-711.