

CC-002 - PORQUÊ ENCERRAR SE PODEMOS DRENAR? - ABORDAGEM DE FÍSTULA PÓS GASTRECTOMIA VERTICAL

Maria Inês Canha¹; Verónica Gamelas¹; Rita Saraiva¹; Rita Prata¹; Pedro Martins¹; Sara Santos¹; Diana Carvalho¹; Gonçalo Ramos¹

1 - Centro de Responsabilidade Integrada, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Doente do sexo masculino de 61 anos, com obesidade grau III, internado para realização de cirurgia bariátrica. Submetido a gastrectomia vertical calibrada por via laparoscópica, sem intercorrências no pós-operatório imediato.

Três dias depois da alta, recorre ao Serviço de Urgência por febre e toracalgia esquerda. Analiticamente com leucocitose ($14,33 \times 10^9/L$), neutrofilia ($11,44 \times 10^9/L$) e elevação da proteína C-reativa (275mg/L). Realizou tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste oral que confirmou deiscência da sutura cirúrgica da vertente superior lateral esquerda do estômago remanescente, com perfuração contida adjacente de 3,2x2,6cm e ligeiro pneumoperitoneu.

Iniciou antibioterapia empírica com piperacilina-tazobactam e nutrição parentérica. Três dias depois, realizou endoscopia digestiva alta (EDA), onde se identificou na vertente gástrica do cárdia recesso com orifício de fístula. Após instilação de contraste, observou-se loca com ~7x5cm, com drenagem purulenta. Dada a baixa probabilidade de selagem com prótese parcialmente coberta e presença de coleção significativa, optou-se pela colocação de 3 próteses plásticas duplo pigtail (7Fr x 8cm), para drenagem transgástrica. Após o procedimento drenou-se pneumoperitoneu por via percutânea com resolução quase total do mesmo.

Na TC de reavaliação aos 10 dias, observou-se diminuto pneumoperitoneu, coleção com 2,8x1,9cm com próteses *in situ*, persistindo sinais indiretos de pequena deiscência anastomótica, mas ausência de contraste oral extra-luminal. Após este exame, iniciou dieta com tolerância. Teve alta mantendo vigilância imagiológica em ambulatório.

Quatro semanas mais tarde, mantinha evolução favorável do ponto de vista clínico, analítico e imagiológico, sem evidência de coleções na TC de reavaliação. Após oito meses repetiu EDA, onde se observou uma prótese remanescente envolvida pela mucosa adjacente, que se removeu sem intercorrências.

Este caso ilustra a eficácia do manejo endoscópico nas complicações da cirurgia bariátrica, existindo diferentes abordagens possíveis consoante as especificidades de cada situação. Aqui, a opção pela drenagem permitiu uma rápida melhora clínica, evitando um novo procedimento cirúrgico de alto risco.