

1 METÁSTASE NO LOCAL DE GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA - UMA EVOLUÇÃO INESPERADA

Queirós P., Antunes A.G., Vaz A.M., Inácio J., Sanchez M., França R., Sousa D., Guerreiro H.

Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, 39 anos, com polineuropatia desmielinizante motora paraneoplásica, secundária a carcinoma epidermoide da orofaringe, T4N2M0. Devido à neuropatia e efeito de massa tumoral o doente inicia disfagia, com necessidade de nutrição por sonda nasogástrica.

Iniciou tratamento com quimiorradioterapia (QRT) e foi realizada Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG), usando o método *pull*.

Após 3 meses constatou-se remissão tumoral e resolução da polineuropatia, tendo o doente reiniciado alimentação por via oral. A PEG foi removida, não se observando alterações inflamatórias ou tumorais na gastrostomia.

Duas semanas após remoção da PEG, o doente recorre ao serviço de urgência por dor e tumefação no local da gastrostomia, apresentando abscesso local. Iniciou antibioterapia e foi submetido a drenagem com saída de pús, com boa evolução inicial. Cerca de 1 mês depois surge massa de aspecto tumoral no local da gastrostomia, cuja histologia revelou carcinoma epidermoide, compatível com implante metastático da neoplasia orofaríngea. Na endoscopia alta verificou-se abaulamento da parede gástrica sugestivo de compressão extrínseca, no entanto as biopsias revelaram invasão por carcinoma epidermoide.

O doente foi submetido a excisão cirúrgica da metástase da parede abdominal, incluindo uma porção da parede anterior e grande curvatura gástricas e bordo hepático livre, com atingimento neoplásico. A peça cirúrgica apresentou margens de ressecção livres de neoplasia.

A evolução foi favorável, ficando o doente livre de doença neoplásica abdominal, no entanto houve posteriormente recidiva orofaríngea, optando-se por reinício de QRT.

O interesse deste caso reside na metastização de neoplasia orofaríngea em gastrostomia, como complicação incomum da PEG, cuja incidência estimada é de 0.5-3%. A forma de apresentação, após remoção da PEG, é também ela inesperada, assim como a sua resolução cirúrgica. Técnicas sem contacto directo com a neoplasia, como o método *push*, utilização de *overtube* ou colocação cirúrgica, poderão prevenir esta complicação.

Serviço de Gastrenterologia e Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar do Algarve