

87 COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM A GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA COM PROLONGAMENTO JEJUNAL PARA PERFUSÃO DE LEVODOPA/CARBIDOPA

Bernardes C., Russo P., Capela T., Loureiro R., Borges V., Silva M.J., Saiote J.

Os autores apresentam os casos de duas mulheres com doença de Parkinson (dP) rígido-acinética, submetidas a colocação de gastrostomia endoscópica percutânea com prolongamento jejunal (PEG-J) para infusão contínua de levodopa/carbidopa.

Caso A: Mulher de 78 anos, com dP diagnosticada há 23 anos, coloca PEG-J para infusão contínua de levodopa/carbidopa, sem intercorrências, passando a ser submetida a avaliações clínicas regulares e substituição da sonda com intervalo estabelecido de acordo com protocolo estabelecido. Durante os primeiros 5 anos, sem complicações relacionadas com a PEG-J, verificou-se melhoria significativa dos sintomas parkinsonianos. Aos 5 anos de follow-up, encontrando-se assintomática, realiza procedimento endoscópico para substituição da sonda, identificando-se travão interno introduzido na sua quase totalidade na parede abdominal, com mucosa gástrica subjacente ulcerada. A investigação concluiu tratar-se de síndrome de *buried bumper* (SBB) grau 1, tendo-se procedido a mobilização e exteriorização do travão com recurso a pinça e sua posterior remoção com ansa através da cavidade oral.

Caso B: Mulher, 56 anos, com dP diagnosticada há 26 anos, inicia a terapêutica referida, com boa resposta clínica. Aos 3 anos pós-procedimento, sem complicações prévias, mantendo-se assintomática, realiza endoscopia para substituição de sonda na qual se constata ulceração da 2ª e 3ª porções do duodeno em relação com o tubo jejunal. Tomografia computadorizada constatou localização intraparietal do tubo, na 3ª porção do duodeno, com múltiplas fístulas entero-entéricas, encontrando-se a sua extremidade distal no ângulo hepático, associada a espessamento irregular da parede. Colonoscopia demonstrou tubo jejunal a atravessar a parede cecal, lateralmente à válvula, aprisionado em fitobezoar. Procedeu-se a remoção da PEG, cortando a extremidade proximal do tubo jejunal, verificando-se, dois dias depois, eliminação espontânea do tubo pelo ânus.

O SBB e a fistulização associada à formação de fitobezoes, complicações raras e tardias das PEG-J, podem prejudicar a manutenção do dispositivo e a realização de terapêutica nestes doentes.

Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central