

Instântaneo Endoscópico / Endoscopic Spot

PERFURAÇÃO DE DIVERTÍCULO DA SIGMOIDEIA: RESOLUÇÃO COM *CLIPS* METÁLICOS

L. SOUSA, S. RIBEIRO, N. NUNES, J. R. PEREIRA, N. PAZ, M. A. DUARTE

GE - J Port Gastrenterol 2008, 15: 83-84

INTRODUÇÃO

A incidência de perfuração do cólon durante a realização de colonoscopia é muito baixa, aumentando nos exames em que são realizadas técnicas terapêuticas.

A sua ocorrência implica na maioria dos casos a realização de laparotomia para encerramento da solução de continuidade. A resolução endoscópica poderá diminuir esta necessidade.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 52 anos de idade.

Referenciado à consulta externa de Gastreterologia por alteração recente do trânsito intestinal e anemia microcítica. Durante a realização de colonoscopia ocorreu perfuração de divertículo da sigmoideia (Figura 1).

Procedeu-se ao encerramento da perfuração usando 2 *clips* metálicos (Figuras 2 e 3).

O doente efectuou pausa alimentar e antibioterapia endovenosa, com resolução completa da situação clínica ao final de dez dias.

DISCUSSÃO

A ocorrência de perfuração do cólon durante a realização de exames endoscópicos é um evento relativamente raro, com incidência muito baixa nos exames diagnósticos (0.2-0.4%), sendo um pouco mais elevada se for realizada uma polipectomia (0.3-1.0%) ou uma dilatação pneumática (5%)^(1,3).

Existem 3 mecanismos fisiopatológicos pelos quais a perfuração pode ocorrer^(1,3):

- Por pressão directa da ponta do aparelho, em contacto directo com zonas mais frágeis da parede, como por exemplo nos divertículos (é o mecanismo mais frequentemente envolvido nas perfurações);

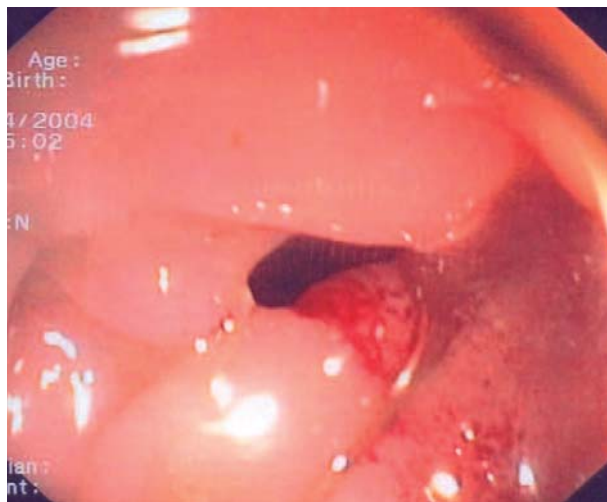


Figura 1 - Divertículo perfurado.

- Por pressão indirecta do corpo do aparelho em porções onde existe fixação do cólon (flexuras, aderências ou bridas). Este é um mecanismo muito menos frequente;
- E por hiper-insuflação gasosa, com dispersão radial da pressão causando a perfuração do cólon (ocorrência muito rara).

Os sinais de perfuração devem ser reconhecidos precocemente. No entanto estes podem não ser imediatos, demorando alguns dias a estabelecerem-se especialmente se se tratar de uma perfuração pequena ou localizada e o defeito na parede não ter sido observado pelo endoscopista. Estes sintomas são:

- Distensão abdominal;
- Sinais de irritação peritoneal (dor, defesa abdominal).

Nalguns casos a perfuração só é detectada pela presença de pneumoperitoneu no Rx simples do abdómen ou incapacidade para se manter insuflação durante a realização do exame^(1,3).

Em relação à terapêutica, nas perfurações de grandes dimensões, rapidamente reconhecíveis durante a realiza-

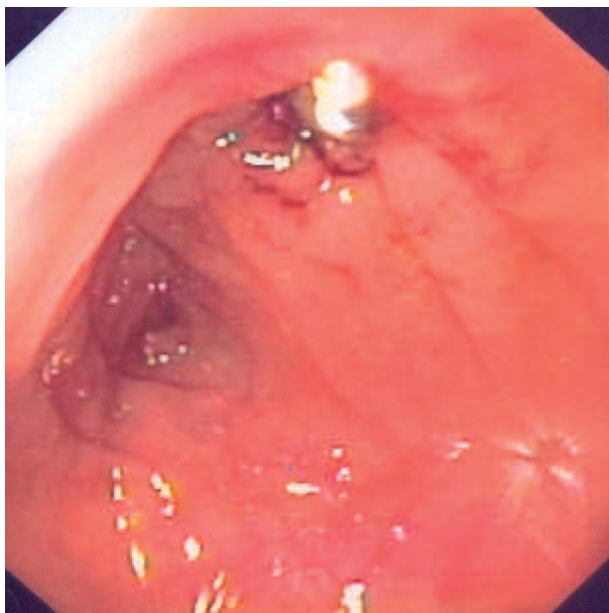


Figura 2 - Colocação do 1º clip metálico.

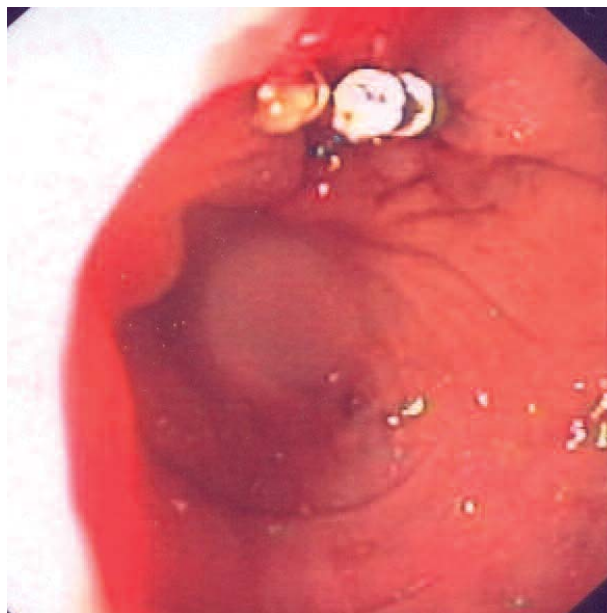


Figura 3 - Colocação do 2º clip metálico e resolução da solução de continuidade.

ção do exame endoscópico, a solução cirúrgica é inevitável ^(1,3).

Nas perfurações mais pequenas, existe uma probabilidade de ocorrer recobertura pelo peritoneu ou então da perfuração ser localizada. Sendo assim não haverá extravasamento do contraste, em enema com contraste hidrossolúvel podendo optar-se por uma terapêutica conservadora (pausa alimentar, antibioterapia de largo espectro e vigilância) ^(1,2).

Nestes casos a reparação do defeito na parede com *clips* metálicos, tal como foi efectuada no caso clínico apresentado, encerrando a solução de continuidade e facilitando a recobertura pelo peritoneu visceral, poderá permitir uma solução conservadora num número superior de casos.

Correspondência:

Luís Sousa
Rua Luís Camões nº 6
9900-015 Horta
e-mail: luisgonzagasousa@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Sleisinger et al, *Gastrointestinal Disease*, 7th edition, Saunders International, 2004, p.545.
2. E. Stein, *Anorectal and Colon Diseases*, 1st edition, Springer Berlin, 2003, p.322.
3. J. Wayne, D. Rex, C. Williams. *Colonoscopy- Principles and Practice*, 1st edition, Blackwell Oxford, p.171-173.