

USO DO GASTROSCÓPIO PARA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES NO JEJUNTO PROXIMAL

Use of gastroscope for evaluation and treatment of lesions in the proximal jejunum

Vishal SHARMA¹, Sandeep LAMORIA¹,
Shashi DHAWAN², Arka DE¹, Brinder Mohan S LAMBA¹

Como citar este artigo: Sharma V, Lamoria S, Dhawan S, De A, Lamba BM. Uso do gastroscópio para avaliação e tratamento de lesões no jejuno proximal. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2019;32(2):e1446. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1446

Trabalho realizado no ¹Department of Gastroenterology, Dr RML & PGIMER e ²Department of Pathology, Sir Ganga Ram Hospital, Delhi, India

Correspondência:

Vishal Sharma
Email: docvishalsharma@gmail.com

DESCRIPTORIOS – Intestino delgado. Anti-inflamatórios não esteroides. Giardia. Enteroscopia de balão.

HEADINGS - Intestine, small. Anti-inflammatory agents, non-steroidal. Giardia. Balloon enteroscopy.

Fonte de financiamento: não há

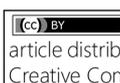
Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 21/10/2017

Aceito para publicação: 06/02/2019

INTRODUÇÃO

O intestino delgado é uma área difícil de visualizar com a endoscopia. Embora a ileo-colonosopia possa ajudar a visualizar os poucos centímetros terminais do íleo, a esofagogastroduodenoscopia é geralmente utilizada para visualizar o trato gastrointestinal até o duodeno proximal. A visualização do duodeno distal, jejuno e íleo requer técnicas avançadas. Embora a cápsula endoscópica possa fornecer a visualização de todo o intestino delgado, é dispendiosa e não pode ser usada para obter tecido para histologia ou para fins terapêuticos. Técnicas enteroscópicas como enteroscopia por push, enteroscopia em espiral e enteroscopia por balão simples ou duplo são usadas para diagnosticar e tratar lesões do intestino delgado¹. No entanto, eles são caros e sua disponibilidade é escassa, assim como a experiência em seu uso. Os acessórios para o seu uso são diferentes e aumentam o custo da terapia. Anteriormente, o uso de colonoscópios pediátricos foi relatado para enteroscopia por push². No entanto, o colonoscópio adulto mais prontamente disponível pode não ser útil por causa do diâmetro maior. Nossa hipótese é que o gastroscópio pode ser usado para acessar as lesões jejunais proximais.

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

Os pacientes que eram suspeitos de ter lesões no jejuno proximal foram submetidos a uma tentativa de enteroscopia com o uso de gastroscópio (Olympus GIF-180). A endoscopia usual foi realizada para atingir a segunda parte do duodeno. Durante esta insuflação excessiva foi evitada especialmente no estômago e o gastroscópio foi rapidamente avançado através do piloro para evitar a distensão do estômago. Uma vez que o gastroscópio estava na segunda parte do duodeno, reduziu-se retirando-o. Depois disso, com o uso de sucção para garantir que o lúmen duodenal não se distenda demais, o gastroscópio foi avançado como na enteroscopia por push. Se ocorresse o looping, o assistente aplicava pressão ao longo da curvatura maior do estômago e o gastroscópio avançava no jejuno até o comprimento do gastroscópio disponível ou até que a lesão fosse atingida.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Uma senhora de 67 anos, diabética conhecida há 10 anos e que atualmente apresenta osteoartrite bilateral sintomática do joelho, apresentava história de melena, dispneia aos esforços progressivos e fraqueza generalizada por um mês. Ela havia usado vários anti-inflamatórios não-esteróides, incluindo diclofenaco e aceclofenaco para as dores nas articulações. Sua hemoglobina na apresentação foi de 5,7 g/dl e ela foi estabilizada com transfusão de concentrado de hemácias. Sua endoscopia digestiva alta inicial e colonoscopia foram normais. Em vista da melena em curso, usamos gastroscópio para visualizar o jejuno e múltiplas úlceras ativamente sangrantes foram observadas no jejuno proximal. A terapia de injeção com adrenalina foi feita para alcançar a hemostasia (Figuras 1A e 1B). A paciente melhorou e recebeu alta com conselhos para evitar os anti-inflamatórios. Em uma visita de acompanhamento, um mês depois, ela melhorou e sua hemoglobina foi de 10,3 g/dl.

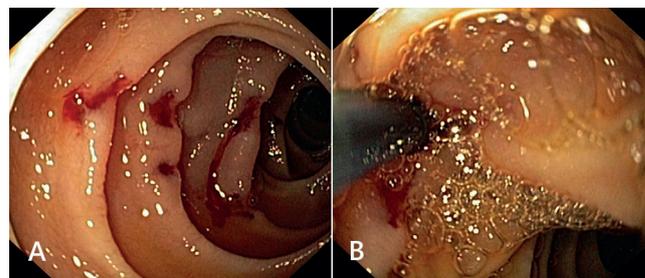


FIGURA 1 – A) Úlceras jejunais sangrantes; B) parada do sangramento com injeção terapêutica

Caso 2

Uma senhora de 48 anos foi sintomática por dois meses com episódios recorrentes de dor abdominal associada a vômitos e perda de peso e apetite. Ela também relatou aumento da temperatura à noite e suores noturnos. Seu hemograma era sugestivo de anemia (Hb: 8,9 g/dl, CPT: 8900, plaquetas: 3,2 lakh/mm³). O teste de Mantoux foi positivo (> 10 mm). Tomografia computadorizada abdominal revelou espessamento mural das alças jejunal e ileal. Na endoscopia digestiva alta observou-se área estreita com a prega espessa do jejuno (Figura 2A) e foram obtidas biópsias múltiplas, sendo que a histologia revelou presença de granulomas não necrosantes (Figura 2B). Foram iniciadas quatro drogas anti-tuberculares. Após seis semanas, a paciente ganhou 3 kg de peso e teve melhora na dor abdominal e febre.

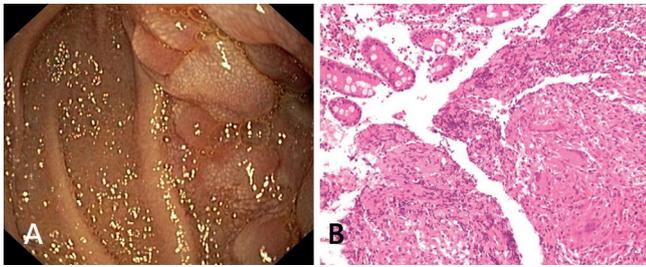


FIGURA 2 - A) Pregas jejunais anormais e espessadas; B) histologia mostrando granuloma bem formado não necrotizante na lâmina própria (H&E 200X)

Caso 3

Trabalhador braçal de 27 anos foi avaliado para dor abdominal, fezes moles e perda de peso. Era sintomático por seis meses. A investigação, incluindo sorologia para HIV e ultrassonografia abdominal e radiografia de tórax, foi normal. Sua hemoglobina era de 9,8 g/dl e a contagem de leucócitos e plaquetas era normal, assim como os testes de função renal e hepática. A tomografia computadorizada abdominal revelou espessamento mural discreto das alças jejunais. A endoscopia era normal e, portanto, fizemos o exame do jejuno com gastoscópio, que revelou vilosidades desnudas focais (Figura 3) a partir das quais múltiplas biópsias foram realizadas. A histologia revelou múltiplos trofozoítos giardiase e o paciente melhorou com um curso de sete dias de metronidazol oral.

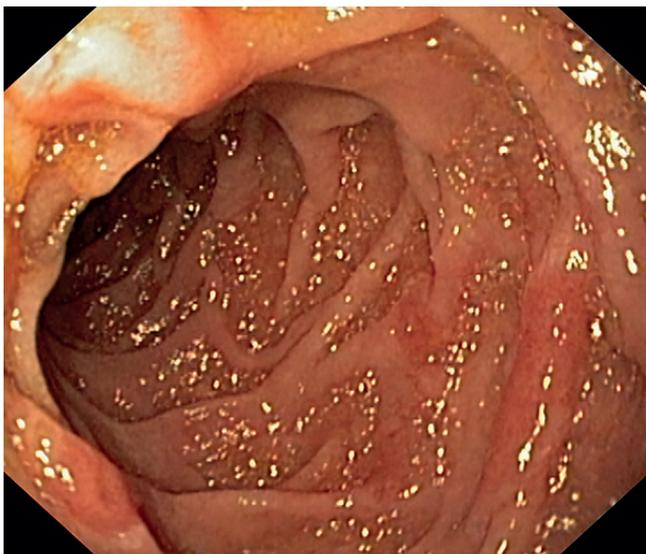


FIGURA 3 – Mucosa jejunal focalmente desnuda

DISCUSSÃO

Descrevemos aqui o uso do gastoscópio para acessar três pacientes com lesões no jejuno proximal. O método pode fornecer uma oportunidade para endoscopistas com disponibilidade limitada de enteroscopia para acessar, amostrar e tratar lesões no jejuno proximal. No entanto, isso vem com uma ressalva de que o gastoscópio não pode ser usado para lesões jejunais distais ou ileais para as quais outros métodos, como enteroscópios, espirais ou balão devem ser usados.

ORCID

Vishal Sharma: 0000-0003-2472-3409

REFERÊNCIAS

1. Gunjan D, Sharma V, Rana SS, Bhasin DK. Small bowel bleeding: a comprehensive review. *Gastroenterol Rep (Oxf)* 2014;2:262-75.
2. Pérez Roldán F, González Carro P, Legaz Huidobro ML, Roncero García-Escribano O, Ynfante Ferrús M, Aoufi S, Sánchez-Manjavacas Muñoz N, Ruiz Carrillo F. Efficacy of pediatric colonoscopy used as push enteroscopy in the management of capsule endoscopy findings. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101:468-76