

2 REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE BANDA GÁSTRICA MIGRADA

Mocanu I., Pires S., Godinho R., Gonçalves L., Medeiros I.

Apresentamos o caso de uma mulher de 46 anos com história prévia de colocação de banda gástrica há 8 anos. Desde há um ano referia aumento de peso, sem outras queixas. A endoscopia revelou banda gástrica migrada para o lúmen em 80% da área, imediatamente abaixo do cárdia. Procedeu-se a sua remoção endoscópica, sob sedação profunda e com endoscópio terapêutico (Olympus GIF-2T-160). Realizou-se o corte da banda com litotritor de emergência de Soehendra (Cook Medical) e fio guia angulado de nitinol (0.35in Boston Scientific). A banda foi removida na sua totalidade com uma ansa. No final do procedimento observou-se fundo gástrico dismórfico, com evidente sulco da erosão, sem pontos hemorrágicos ou perfuração. A doente não apresentou complicações após o procedimento, tendo tido alta ao 3º dia de internamento.

A erosão da banda gástrica ocorre em cerca de 3,4% dos casos, com uma média de tempo até ao diagnóstico de 34 meses após a sua colocação. Os sintomas de apresentação são ausência de restrição alimentar, aumento de peso, dor epigástrica, refluxo gastro-esofágico, sensação de obstrução ou inflamação do botão de instilação. Tradicionalmente, a remoção é efectuada por via laparoscópica, embora nos últimos anos as técnicas endoscópicas têm vindo a ganhar terreno, com uma eficácia demonstrada de 92%, sobreponível à opção cirúrgica. Existe no mercado um kit de remoção de banda gástrica (A.M.I Gastric Band Cutter System). No entanto, a técnica de extracção apresentada é de fácil execução e com materiais disponíveis na sala de CPRE, evitando-se assim a aquisição de material endoscópico especial.

Dada a utilização frequente da banda gástrica no tratamento da obesidade na década anterior, a sua erosão para o lúmen gástrico será uma complicação cada vez mais encontrada nas salas de endoscopia, pelo que achamos pertinente a apresentação deste procedimento.

Hospital Espírito Santo de Évora