



DIVERTICULIZAÇÃO COLÔNICA POR CATETER DE DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PERITONEAL: RELATO DE COMPLICAÇÃO RARA

Barbosa, M.A.¹; Flor, R. M.¹; Garcez, S. R. C.¹; Cunha, J. P. B.¹; Nunes, F. F.¹; Garcia, D. F. A.¹; Maiorano, M. R.²; Gil, M. V. F.²

¹ Instituto Prevent Senior - São Paulo/SP
marcoGil74@gmail.com

INTRODUÇÃO

A derivação ventrículo-peritoneal foi realizada por Kausch em 1908, e até hoje é um método de aliviar a pressão intracerebral causada pelo líquido cefalorraquidiano (LCR). A principal complicação associada ao procedimento é infecção, com incidência de 5,6-12,9%, geralmente diagnosticada no primeiro mês pós-operatório. As complicações distais do cateter incluem desconexão, obstrução, peritonite, formação de pseudocisto e migração do mesmo. Cerca de 10% de todas as complicações é a migração, sendo a perfuração intestinal extremamente rara com incidência de 0,01-0,07%. O caso relatado é de uma perfuração de colon pelo cateter na ausência de peritonite, com resolução por videolaparoscopia¹⁻⁵.

RELATO DE CASO

Paciente, 63 anos, masculino, antecedentes de HAS e fibrilação atrial, portador de derivação ventrículo-peritoneal há 10 anos, implantado após acidente automobilístico com fístula liquórica nasal. Evoluiu com infecção de sítio de válvula na região cervical direita e fístulas cutâneas adjacentes ao trajeto cervical do cateter. Submetido à retirada da porção proximal do cateter pela equipe da neurocirurgia, com permanência distal à clavícula. Cultura do cateter crescimento de *Pseudomonas Aeruginosa* sensível à ciprofloxacino. Evoluiu no 25º dia pós-operatório com infecção da ferida operatória, sendo reabordado para debridamento duas vezes. Recebeu cefepime, vancomicina, meropenem e teicoplanina durante o período, esse de 3 meses entre a segunda e terceira reabordagem. Evoluiu no 25º dia pós-operatório com infecção da ferida operatória, sendo reabordado para debridamento duas vezes. Recebeu cefepime, vancomicina, meropenem e teicoplanina durante o período, esse de 3 meses entre a segunda e terceira reabordagem.



FIGURA 1: TC ABD com cateter na luz do colon.

Realizou tomografia de abdome que evidenciou trajeto do cateter com internalização no mesogastro, extremidade distal em alça cólica, na projeção da sua luz do transverso. Encaminhado à cirurgia geral, assintomático e exame abdominal sem alterações. Colonoscopia evidenciou presença de cateter de DVP intraluminal ponto de entrada em colon transverso e realizada tatuagem.



FIGURA 2: Colonoscopia evidenciando cateter intraluminal.



FIGURA 3: trajeto do cateter epiteliado.

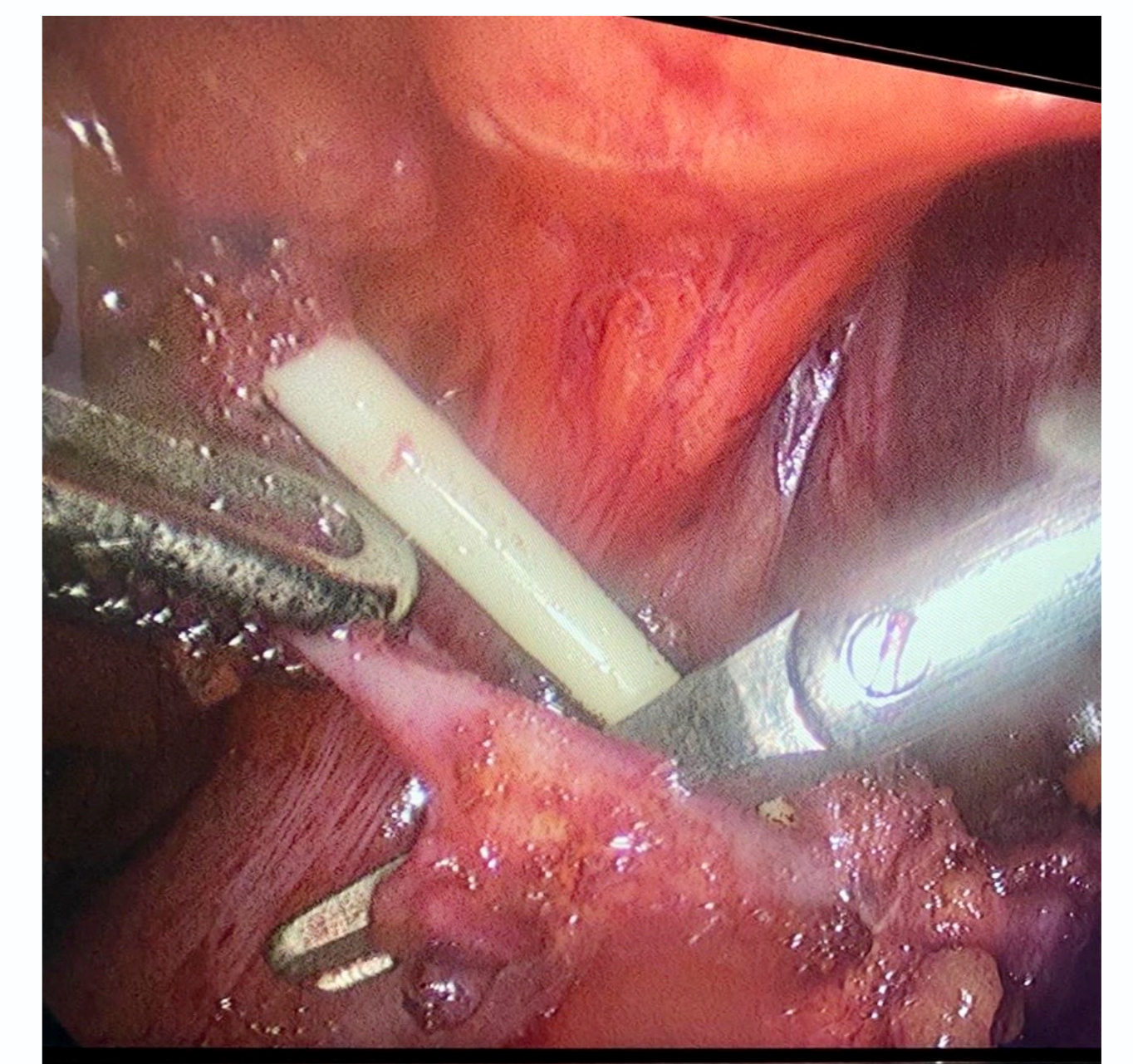


FIGURA 4: esqueletização do trajeto fistuloso.



FIGURA 5: Retirada de todo o cateter da cavidade abdominal e colon sigmoide.



FIGURA 6: divertículo formado pela inserção do cateter, evidenciando base que foi grampeada.

Indicada videolaparoscopia diagnóstica que identificou cateter de derivação ventrículo peritoneal com orifício em parede abdominal apresentando trajeto epiteliado e tunelizado com fístula no colon sigmoide, e diverticulização do mesmo, de aproximadamente 10 cm de extensão, e 2 cm de diâmetro, observou-se tatuagem no local, sem líquido intracavitário. Realizada esqueletização do trajeto, retirada do cateter e grampeamento linear da região diverticular. Evoluiu com alta hospitalar no 3º dia pós-operatório, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Estudos prévios hipotetizam que a complicação apresentada ocorre por aderência da extremidade distal do cateter à víscera, desencadeando reação inflamatória local e enfraquecimento da região. De modo que, fatores relacionados ao próprio paciente poderiam predispor, como idade avançada, desnutrição, intenso peristaltismo. Além de fatores relacionados ao procedimento, como comprimento excessivo do cateter, técnica cirúrgica²⁻⁴.

CONCLUSÃO

Neste caso, a abordagem laparoscópica mostrou-se segura para resolução da complicação.

Referências:

1. Agha FP, Amendola MA, Shirazi KK, Amendola BE, Chandler WF. Unusual abdominal complications of ventriculo-peritoneal shunts. *Radiology*. 1983;146(2):323-326. doi:10.1148/radiology.146.2.6849079
2. Akabane S, Iijima H, Kobayashi Y, Watanabe K. A unique strategy for large-bowel perforation with ventriculoperitoneal shunt: Conversion to ventriculoatrial shunt: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;65:148-151. doi:10.1016/j.ijscr.2019.10.034
3. Bakshi S. Spontaneous trans-anal extrusion of caudally migrated ventriculo-peritoneal shunt tip in a child: a case report. *Surg Case Reports*. 2020;6(1):4-7. doi:10.1186/s40792-020-00813-0

4. Snow RB, Lavyne MH, Fraser RAR. Colonic perforation by ventriculoperitoneal shunts. *Surg Neurol*. 1986;25(2):173-177. doi:10.1016/0090-3019(86)90289-2

5. Popa F, Grigorean VT, Onose G, Popescu M, Strambu V, Sandu AM. Laparoscopic treatment of abdominal complications following ventriculoperitoneal shunt. *J Med Life*. 2009;2(4):426-436.