EP-207 - EXCISÃO ENDOSCÓPICA DE AMPULOMA

A. Laranjo[1]; M. Carvalho[1]; A. Rei[1]; I. Mocanu[1]; S. Pires[1]; N. Veloso[1]; L. Gonçalves[1]; R. Godinho[1]; I. Medeiros[1]
1 - Hospital Espírito Santo de Évora

Apresentamos o caso de uma mulher, 75 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes, internada por colangite aguda. Realizou ecografia abdominal para estudo que mostrou dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas (colédoco com 11mm, perdendo-se na sua porção distal) e Wirsung dilatado. Para drenagem da VBP, realizou-se CPRE urgente revelando à duodenoscopia em topografia da papila, lesão séssil com componente plano, vilosa, com cerca de 25mm, compatível com ampuloma. Efetuou-se esfincterotomia endoscópica incompleta com drenagem de pús e bílis "negra", colocando-se prótese biliar de plástico 10Frx5cm, não sendo percetível invasão intraductal no colangiograma. Realizou posteriormente CPRM e ecoendoscopia que confirmaram ampuloma sem sinais de invasão intraductal e em profundidade. Desta forma decidiu-se por ampulectomia endoscópica sob sedação profunda utilizando-se duodenoscópio Olympus®TJF-Q180V. Removeu-se a prótese biliar com pinça de corpo estranho, identificou-se o ducto pancreático e sinalizou-se com injeção de azul-de-metileno intraductal. Elevou-se a submucosa com injeção de adrenalina (1:100.000) +SF e excisou-se em bloco com ansa diatérmica de 25mm (SnareMaster, Olympus®) utilizando-se fonte de eletrocirurgia Erbe® (IC200;80W, efeito 2). Não se verificaram complicações imediatas, recuperando-se a peça com ansa e colocando-se prótese pancreática profilática 7Frx4cm. A anatomia patológica revelou adenocarcinoma com margem vertical positiva, não apresentando critérios de cura endoscópica sendo referenciado a consulta de decisão terapêutica e decidido dado a morbimortalidade de intervenção cirúrgica por estratégia conservadora após discussão dos riscos Vs benefícios com a doente.

A ampulectomia endoscópica foi primeiramente descrita em 1983 e está indicada em lesões<20-30mm e <1cm de invasão do ducto biliar e pancreático. Está recomendado a exérese da lesão ampular em bloco, embora a injeção da submucosa seja controversa, visto poder estar associada a risco de pancreatite pós-CPRE. Adicionalmente, a colocação de prótese pancreática diminuiu esse risco.
Este procedimento deve ser realizado por gastrenterologistas com experiência em endoscopia terapêutica, verificando-se neste caso sucesso técnico, sem complicações, embora sem critérios de cura.