

**IGE-006 - TERAPÊUTICA DE NEOPLASIA DUODENAL POR TÉCNICA DE RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA TRANSMURAL**

J. Castela<sup>1</sup>; S. Mão De Ferro<sup>1</sup>; S. Ferreira<sup>1</sup>; J. Pereira Da Silva<sup>1</sup>; R. Fonseca<sup>1</sup>; A. Dias Pereira<sup>1</sup>

1 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Mulher de 55 anos, com Síndrome de Lynch, com identificação em endoscopia digestiva alta, de lesão plana 0-IIa+IIc de 25mm, na segunda porção duodenal (D2), contralateral à papila. Tentativa de ressecção por mucosectomia, com elevação da submucosa incompleta na área central, possibilitando apenas excisão da zona mais periférica da lesão (histologia: adenoma tubular, displasia baixo grau - ATDBG). Após discussão multidisciplinar proposta excisão endoscópica transmural com *full-thickness resection device* (FTRD; Ovesco Endoscopy®). Procedimento realizado sob anestesia geral, no bloco operatório, com profilaxia pré-procedimento com cefazolina e metronidazol. Identificada em D2, lesão com 18mm, 0-IIa+IIc, com cicatriz peri-lesional. Procedeu-se a marcação dos limites da lesão, seguido de dilatação do esfíncter esofágico superior com velas *Savary* até 20mm, de forma a facilitar e prevenir laceração mucosa com passagem do FTRD (diâmetro externo do *cap* de FTRD de 21mm). Montagem de FTRD em colonoscópio (Olympus®, CF-H190L), com progressão até D2. Passagem de pinça de tração pelo canal de trabalho, tração da lesão para o interior do *cap*, seguido de libertação de "over-the-scope clip" (OTSC®) e excisão de pseudopólipo criado pelo OTSC, com ansa pré-montada. Reavaliação endoscópica, sem complicações e aparente ressecção completa. No pós-procedimento apresentou dor abdominal ligeira, autolimitada, sem outras intercorrências. Histologia: ATDBG, ressecção transmural, displasia coincidente com um dos limites laterais. Realizada revisão endoscópica após 6 meses, com OTSC *in situ*, sem aparente lesão residual, com múltiplas biopsias a excluir displasia.

A mucosectomia ou disseção da submucosa de adenomas duodenais não-ampulares, principalmente se ausência/elevação subótima da submucosa, revelam-se frequentemente ineficazes e com risco acrescido de perfuração. A abordagem cirúrgica pode obrigar a ressecções extensas, com elevada morbidade. O FTRD é uma técnica endoscópica minimamente invasiva que permite ressecção transmural com aplicação prévia de OTSC (*clip-and-cut*), com resultados promissores na abordagem de lesões do trato digestivo. Iconografia ilustrativa da técnica.