

IE-009 - EXCISÃO CIRCUNFERENCIAL DO PILORO POR TÉCNICA DE DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA PARA TRATAMENTO DE NEOPLASIA GÁSTRICA PRECOCE

Rui Mendo¹; Catarina Félix¹; Pedro Barreiro¹; Teresa Costa Macedo³; Cristina Chagas¹; David Serra²

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz; 2 - Hospital da Luz; 3 - Hospital da Luz, Oeiras

Mulher de 86 anos, autónoma (*performance status* 0), com história de anemia realizou endoscopia digestiva alta identificando-se volumosa lesão polipóide sésil (T0-Is) no antro com atingimento do piloro (vertente gástrica e bulbar do anel pilórico). A lesão apresentava uma dimensão de 50 mm e atingia 75% da circunferência do piloro sem sinais endoscópicos sugestivos de lesão invasiva. Após avaliação multidisciplinar foi proposta para dissecção endoscópica da submucosa (DES). Dada a extensão circunferencial da lesão e de forma a garantir margens laterais livres procedeu-se a mucosectomia circunferencial do piloro por DES: primeiro foi realizada marcação dos limites da lesão; posterior elevação da lesão; trabalhando em inversão no bulbo, realizou-se a incisão circunferencial na vertente bulbar/distal da lesão seguida da incisão circunferencial da vertente gástrica; por fim procedeu-se a dissecção da submucosa utilizando técnica de tunelização da submucosa. Conseguiu-se excisão em bloco contudo, durante a remoção gástrica da peça e dadas as suas dimensões, observou-se fragmentação da lesão em 2 fragmentos que se reconstrói. O procedimento demorou 125 minutos e não se registaram complicações. Para diminuir risco de estenose realizou curso de corticoterapia oral. A avaliação anatomo-patológica foi compatível com lesão displásica com displasia de alto grau (Rx por fragmentação). Aos 4 meses pós-DES destaca-se estenose pilórica assintomática, ultrapassável com gastroscópio, sem evidência de lesão residual.

A DES em lesões gástricas com atingimento do piloro são tecnicamente mais exigentes sobretudo pela dificuldade na percepção da extensão da lesão além do anel pilórico e abordagem dificultada pela angulação e estreitamento deste segmento, exigindo muitas das vezes abordagem em retroflexão no bulbo. Estes factos associam-se a menores taxas de ressecção completa e maior taxa de complicações, especialmente em lesões com envolvimento circunferencial do piloro superior a 50%. Apresentamos iconografia e vídeo pela sua particularidade e complexidade do procedimento.