

EP-215 - PERFURAÇÃO DUODENAL PÓS-MUCOSECTOMIA ENCERRADA ENDOSCOPICAMENTE

M. Carvalho¹; A Laranjo¹; A Rei¹; I Mocanu¹; S Pires¹; N Veloso¹; L Gonçalves¹; R Godinho¹; I Medeiros¹

1 - Hospital Espírito Santo - Évora

Homem, 67anos, com diagnóstico de Polipose associada a MUTYH, solicitada Endoscopia Digestiva Alta de vigilância no contexto da sua doença que mostrou lesão plana (0-IIa) com 20mm ao nível de D2/D3, sendo orientado para realização de mucosectomia (EMR).

O procedimento foi efetuado com Gastrosκόpio Olympus® GIF-H185, sob sedação profunda e com insuflação com CO₂. Efetuou-se EMR em bloco com ansa diatérmica SnareMaster Olympus®, após injeção da submucosa com adrenalina (1:250.000) + Voluven + Azul de metileno, com boa elevação da lesão. Após exérese em bloco constatou-se perfuração recuperando-se a peça com ansa de rede e verificando-se “Sinal do alvo” na peça. Procedeu-se ao encerramento endoscópico com colocação de hemoclips (Resolution™ Clip, Boston Scientific®) em “fecho-éclair”, sendo colocada sonda naso-jejunal (Freka Trilumen®) com extremidade distal a jusante do encerramento da perfuração. O doente iniciou antibioterapia de largo espectro e realizou TC Abdominal com contraste oral após procedimento que mostrou pequena quantidade de ar retroperitoneal e ausência de extravasamento de contraste. Instituíram-se medidas conservadoras e o doente apresentou evolução clínica favorável, tendo tido alta assintomático, ao 8º dia de internamento.

Apresenta-se iconografia/vídeo demonstrando o papel da endoscopia na exérese de lesões do tubo digestivo assim como a resolução minimamente invasiva das suas complicações, evitando-se a necessidade de correção cirúrgica.

A EMR é uma técnica com riscos associados, sendo a perfuração uma das suas complicações condicionada pela localização e dimensão das lesões. A localização no duodeno e o facto de se tratar de uma lesão superior a 15mm, foram neste caso potenciadores do risco.