

5 SÍNDROME DA ANSA AFERENTE CONDICIONADA POR ENTEROLITÍASE – RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA

Alves A.R., Almeida N., Gravito-Soares E., Ferreira A.M., Fernandes A., Gravito-Soares M., Tomé L., Portela F., Sofia C.

Os autores apresentam o caso de um homem de 90 anos, com antecedentes de úlcera péptica perforada há mais de 50 anos, obrigando à realização de gastrectomia parcial com gastrojejunostomia em *BillRoth-II* (BII). Posteriormente foi também submetido a colecistectomia por colecistite aguda. Recentemente tinha sido admitido por pancreatite aguda (3º episódio), atribuído a *pancreas divisum*, sem coledocolitíase em ressonância. Uma semana após o último episódio de pancreatite foi reinternado por recidiva das dores abdominais, as quais se localizavam ao quadrante superior direito. O controlo analítico evidenciava apenas uma discreta elevação da proteína-C-reativa, com amilase e lipase normais. A ecografia abdominal não revelava alterações significativas. Por manutenção das queixas álgicas optou-se por realizar EDA, objetivando-se estômago operado com anastomose a ansa jejunal, aparentemente eferente, sem alterações, adjacente à qual se identificava um orifício punctiforme onde parecia estar encastrado um cálculo. Realizada fluoroscopia com injeção de contraste, verificando-se que o referido orifício dava acesso a uma ansa intestinal dilatada, com múltiplos defeitos de repleção, assumindo-se que corresponderia à ansa aferente. Procedeu-se à dilatação desta estenose com balão TTS, observando-se múltiplos cálculos/enterólitos. Após remoção dos mesmos com cesta de Dormia foi possível transpor a estenose, tendo-se percorrido a ansa até à sua extremidade proximal, com observação das papilas *major* e *minor*, com aspeto endoscópico normal. Não se objetivou qualquer fístula colédoco-duodenal. O doente evoluiu favoravelmente, com resolução imediata das algias abdominais. Este caso, documentado iconograficamente, demonstra uma síndrome da ansa aferente em doente com BII. Trata-se de uma entidade rara mas potencialmente fatal, que pode cursar com pancreatite aguda ou quadro clínico similar e que, ao promover a hiperproliferação bacteriana, leva à desconjugação dos sais biliares e formação de enterólitos. Quando estes bloqueiam a anastomose a resolução é eminentemente cirúrgica mas, uma atitude endoscópica mais agressiva pode obviar a necessidade de intervenção cirúrgica.

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal