RELATO DE CASO: Ressecção endoscópica de lesão plana com displasia de baixo grau em segunda porção duodenal.

Galileu Ferreira Ayala Farias / drgalileuendoscopia@gmail.com

Renato Bruno Cavalcante Leite / r.brunocavalcante@gmail.com

Paula Roberta Rocha Rodrigues / paularocha\_r@hotmail.com

Luana Silveira de Andrade / luanasandrade@gmail.com

Maria Clara Santos de Paula Pessoa / mclarapessoa@edu.unifor.br

Luiz Eduardo Fernandes Lima / luizeduardofl20@gmail.com

Tony Hélton Felipe Ângelo / tonyhfa@yahoo.com.br

Ricardo Rangel de Paula Pessoa / Ricardorppessoa@gmail.com

Marcus Valerius Saboia Rattacaso / mvratt@gmail.com

Francisco Paulo Ponte Prado Júnior / pauloponteprado@gmail.com

INTRODUÇÃO: A prevalência de lesões duodenais é baixa, com taxa menor de 1% a 5%. A maioria dos pólipos ou outras lesões duodenais são encontrados incidentalmente na endoscopia digestiva alta (EDA) realizada por outros motivos. Os sintomas atribuídos aos pólipos duodenais incluem dispepsia, dor abdominal, hemorragia digestiva, intussuscepção, obstrução e anemia. O tratamento irá depender das características das lesões e do tipo histológico, podendo ser conversador ou intervencionista (terapia endoscópica e/ou cirúrgica).

OBJETIVOS: Demonstrar um caso de ressecção endoscópica de adenoma segunda porção duodenal pela técnica de mucosectomia em fragmentos (*piecemeal*).

DESCRIÇÃO DO CASO: Mulher, 32 anos, sem comorbidades, realizou endoscopia digestiva alta por dispepsia, sendo evidenciada em parede lateral de segunda porção duodenal (em parede contralateral à papila duodenal maior) uma lesão plana, de bordas regulares e limites precisos, não ulcerada, sem depressão central, medindo cerca de 30mm. Realizada biópsia da lesão que concluiu como adenoma com displasia de baixo grau.

Foi realizada ressecção endoscópica em fragmentos seguindo os passos: (1) injeção de solução em submucosa com solução de índigo-cármin a 0,1%; (2) ressecção com alça de polipectomia de 10mm de bordas e, em seguida, de região central da lesão utilizando corrente com corte puro e potência de 15 Watts; (3) fechamento do leito de ressecção com aposição de 3 (três) clipes metálicos para profilaxia de sangramento e/ou perfuração tardia. A ressecção foi realizada sem intercorrências.

Realizada nova endoscopia digestiva alta em 6 (seis) meses sem evidência de lesão residual ou recidiva em imagem endoscópica e em biópsia de leito.

CONCLUSÕES: A mucosectomia permite a ressecção segura e eficaz da maioria dos adenomas duodenais. A dissecção endoscópica da submucosa é possível, mas requer bastante experiência e treinamento para realizar com segurança no duodeno.