

## INTRODUÇÃO

A ampulectomia endoscópica foi primeiramente descrita em 1983 e está indicada em lesões menores do que 20-30mm e menos de 1cm de invasão do ducto biliar e pancreático. Está recomendado a exérese da lesão ampular em bloco, embora a injeção da submucosa seja controversa, visto poder estar associada a risco de pancreatite pós-CPRE. Adicionalmente, a colocação de prótese pancreática diminuiu esse risco.

## CASO CLÍNICO

### Identificação

- Sexo feminino
- 75 anos

**Antecedentes pessoais** irrelevantes

Internada com o diagnóstico de **colangite aguda**

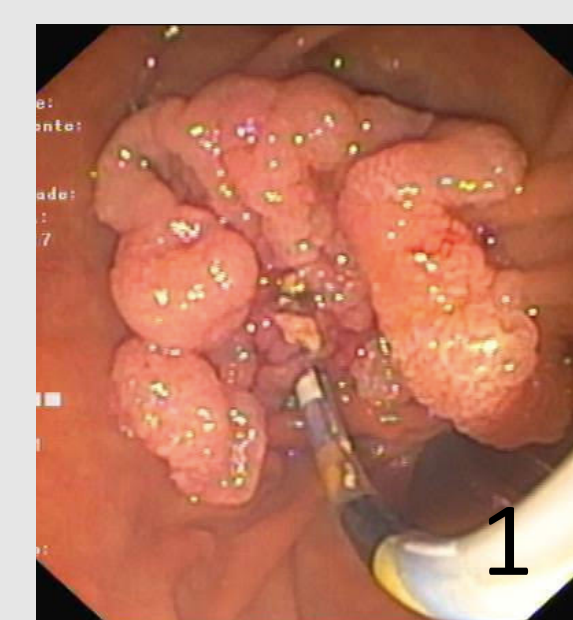
### Ecografia abdominal:

- Dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas (colédoco com 11mm, perdendo-se na sua porção distal) ;
- Wirsung dilatado.

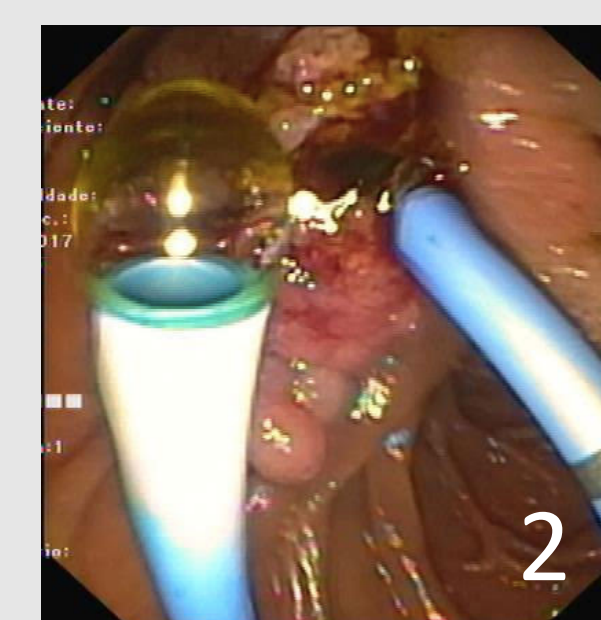
Para drenagem da via biliar principal, realizou-se colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) urgente

### CPRE

- Duodenoscopia: lesão séssil com componente plano, vilosa, com cerca de 25mm, em topografia da papila, compatível com ampuloma.
- Efetuou-se esfínterectomia endoscópica incompleta com drenagem de pús e bÍlis “negra”, colocando-se prótese biliar de plástico 10Fr x 5cm, não sendo perceptível invasão intraductal no colangiograma.



1 – Lesão compatível com ampuloma



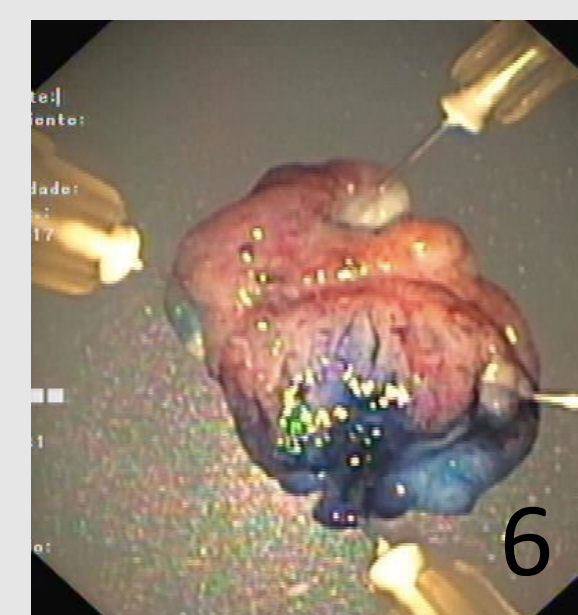
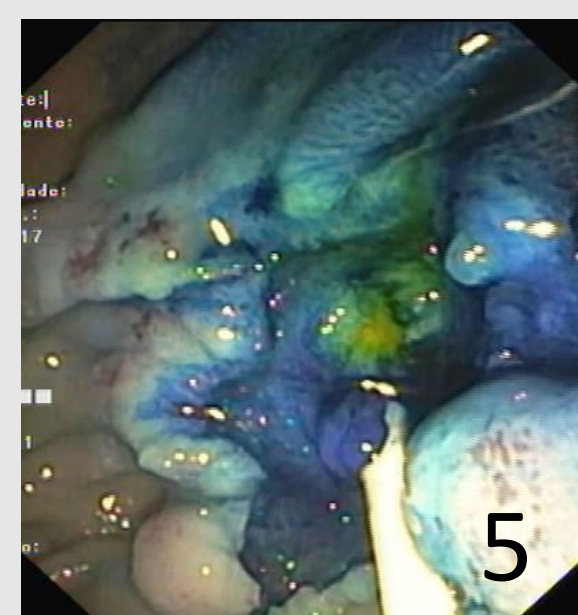
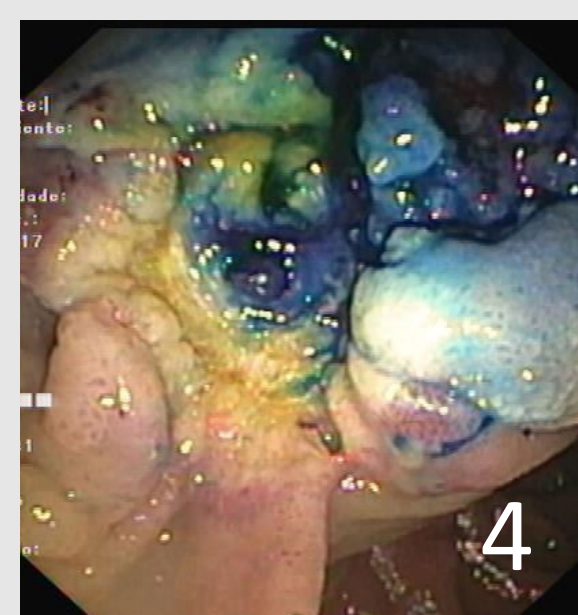
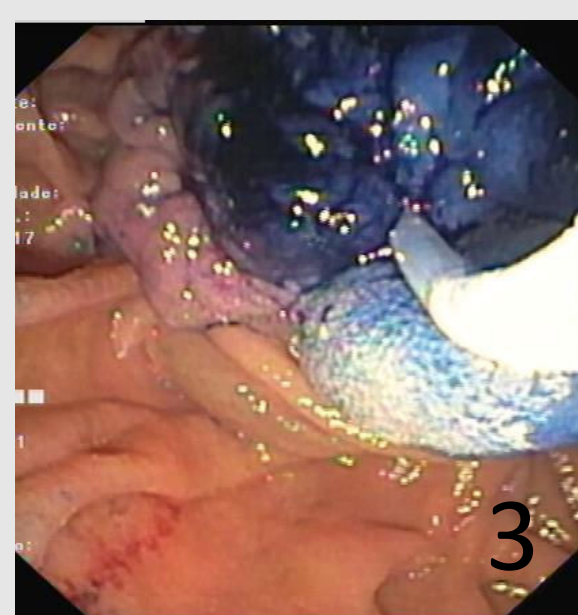
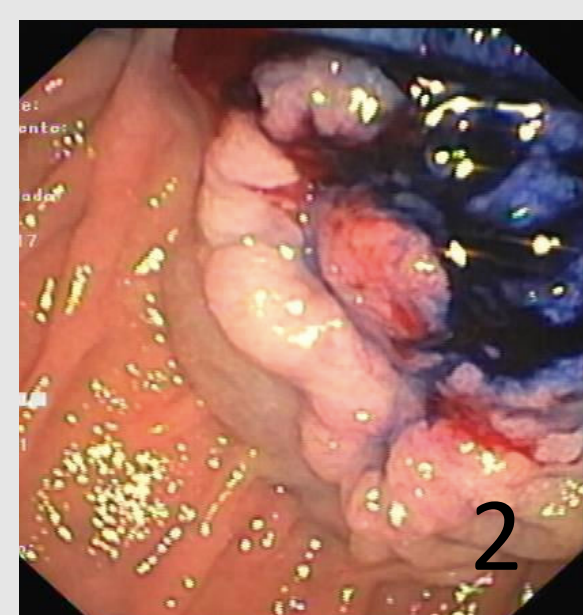
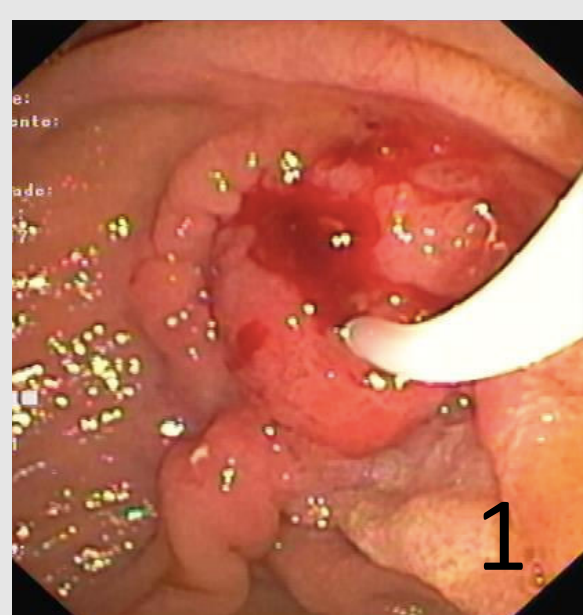
2 – Prótese biliar

Realizou posteriormente **CPRM** e **ecoendoscopia** que confirmaram ampuloma sem sinais de invasão intraductal e em profundidade.

A doente foi proposta para **ampulectomia endoscópica**

### CPRE

- Removeu-se a prótese biliar com pinça de corpo estranho.
- **Identificou-se o ducto pancreático e sinalizou-se** com injeção de azul-de-metileno intraductal.
- **Elevou-se a submucosa** com injeção de adrenalina (1:100.000) + SF e **excisou-se em bloco** com ansa diatérmica de 25mm (SnareMaster, Olympus®) utilizando-se fonte de eletrocirurgia Erbe® (IC200; 80W, efeito 2).
- Não se verificaram complicações imediatas, recuperando-se a peça com ansa e colocando-se **prótese pancreática profilática** 7Fr x 4cm.



1 – Ampuloma; 2 e 3 – Elevação da submucosa; 4 – Após ampulectomia; 5 – Prótese pancreática profilática; 6 – Peça após excisão endoscópica

**Anatomia patológica**  
Adenocarcinoma com margem vertical positiva

Dado não apresentar critérios de cura endoscópica, a doente foi referenciada a consulta de decisão terapêutica.

### Consulta de Decisão Terapêutica

Dado a morbimortalidade de intervenção cirúrgica, decidiu-se por estratégia conservadora após discussão dos riscos Vs benefícios com a doente.

## CONCLUSÕES

A ampulectomia endoscópica deve ser realizada por gastroenterologistas com experiência em endoscopia terapêutica, verificando-se, neste caso clínico, sucesso técnico, sem complicações, embora sem critérios de cura endoscópica.

## REFERÊNCIAS

- 1 – ESPINEL et al, Endoscopic ampullectomy: a technical review, Revista Española de enfermedades digestivas, 2016; 108 (5): 271-275