

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2015/06/Ampulectomia-site-média-Q.mp4>

[> BAIXAR ARQUIVO](#)

Embora classificados como benignos, os adenomas de papila podem sofrer transformação maligna, portanto sua ressecção está indicada independente da presença de sintomas.

Técnica básica:

- A ressecção endoscópica é realizada com o duodenoscópio terapêutico utilizando-se uma alça de polipectomia diatérmica com corrente monopolar.
- O objetivo é a ressecção da lesão em bloco único, mas isso pode não ser possível em caso de lesões muito grandes ou com espraiamento lateral. Nesse caso (ressecção em piecemeal), recomendamos a aplicação de plasma de argônio para complementação terapêutica.

Esfincterotomia e inserção de próteses:

- Esfincterotomia e inserção de próteses plásticas biliar e pancreática podem minimizar complicações pós-procedimento como pancreatite, colangite e estenose papilar. No entanto, não há consenso se a esfincterotomia deve ser aplicada em todos os casos, muito menos se ela deve ser realizada antes ou após a papilectomia.
- Também não é consenso a utilização de próteses biliares para reduzir o risco de colangite e estenose biliar.
- A inserção de prótese pancreática é recomendada com base em trabalhos prospectivos randomizados mostrando seu benefício na redução de pancreatite pós-procedimento.
- A localização dos orifícios biliar e pancreático pode ser bem difícil após a papilectomia. Por isso, muitos endoscopistas preferem realizar a cateterização do colédoco e do Wirsung antes da papilectomia e injetar um pouco de solução com azul de metileno para facilitar sua identificação após a ressecção. No caso apresentado não foi possível a identificação prévia dos ductos antes da ressecção.
- Inserimos as próteses sem o flap interno para facilitar sua expulsão espontânea. Após 2 semanas realizamos um RX de abdômen, e se não houve migração das próteses, então procedemos a retirada endoscópica.

Injeção de solução salina:

- A injeção de solução salina não é consenso. Alguns estudos mostraram que ela pode diminuir complicações, protegendo do dano térmico na parede duodenal.
- Na maioria das lesões, que geralmente são menores que 2 cm, preferimos não injetar solução salina, pois pode dificultar a localização dos orifícios biliar e pancreático.

Complicações:

- Complicações após ampulectomias ocorrem em cerca de 8 a 35% dos casos, como pancreatite (8 a 20%), perfuração (0 a 4%), sangramento (2 a 13%), colangite (0 a 2%) e estenose de papila (0 a 8%).

Seguimento:

- A vigilância é importante, visto que a recidiva pode ocorrer em até 33% dos casos (0 a 33%).
- Uma proposta bastante razoável de seguimento seria: 2, 6, 12, 18, 24 e 36 meses com duodenoscopia e biópsias. O caso apresentado apresentou recidiva local após 12 meses de seguimento, sendo encaminhado para tratamento cirúrgico.

Adenocarcinoma na peça:

- Muitos casos de adenocarcinoma de papila não são identificados nas biópsias antes do procedimento.
- Nos casos de adenocarcinoma restritos a mucosa (T1m), a ressecção endoscópica pode ser considerada curativa.
- Nos casos de invasão da submucosa (T1sm) a ressecção cirúrgica é recomendada, devido ao risco de metástases ganglionares (5-30%).

Referências:

1. Adler DG, Qureshi W, Davila R et al. The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas. *Gastrointest Endosc* 2006;64(6):849.
2. Martin, JA et al. Treatment of ampullary adenomas. In www.uptodate.com 2014.

