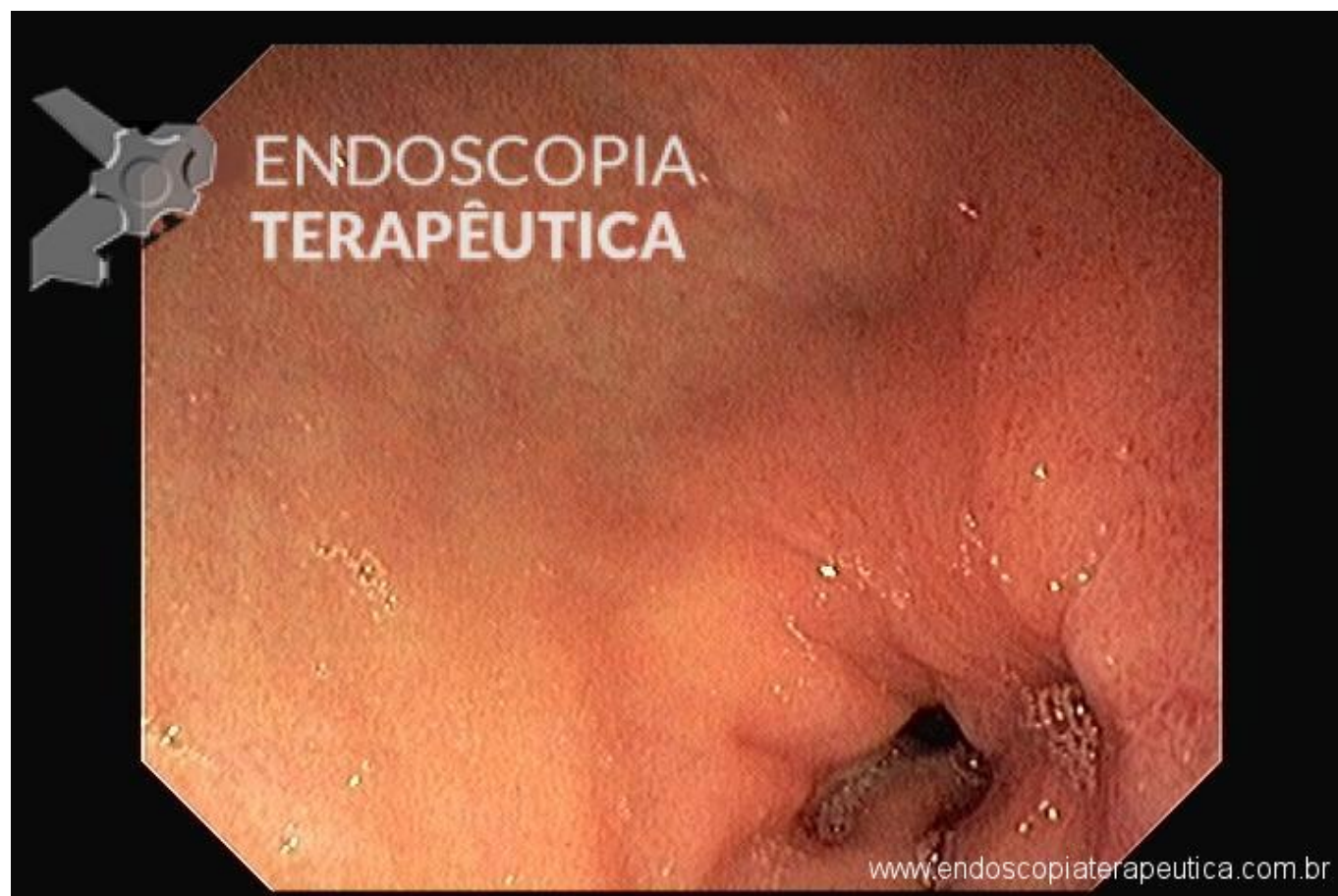
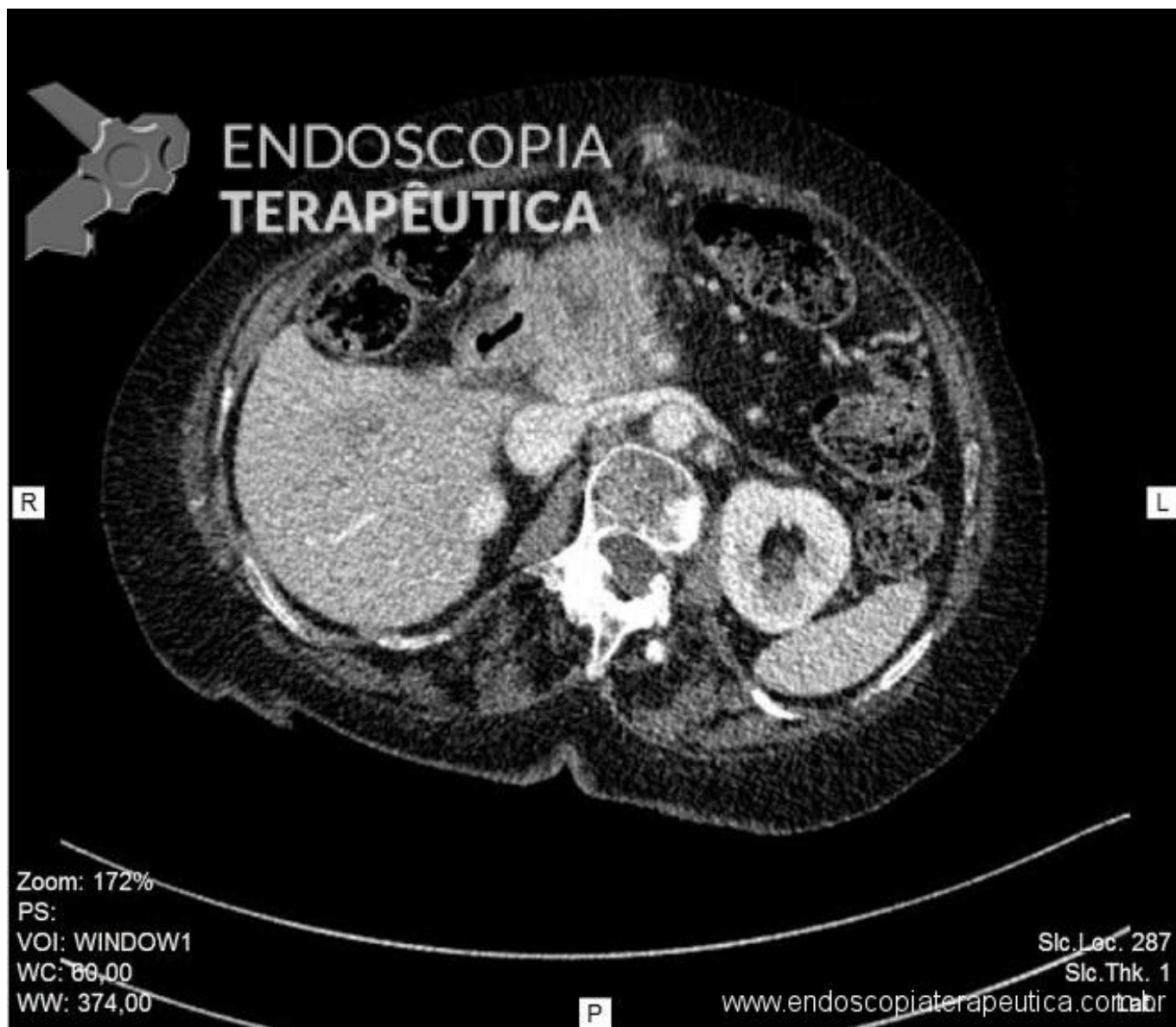


Paciente do sexo feminino, 76 anos, com história de perda de peso e dor em região epigástrica com irradiação para o dorso. Realizou endoscopia digestiva que demonstrou abaulamento em parede posterior de antro e bulbo duodenal com mucosa infiltrada e irregular. As biópsias não foram conclusivas.



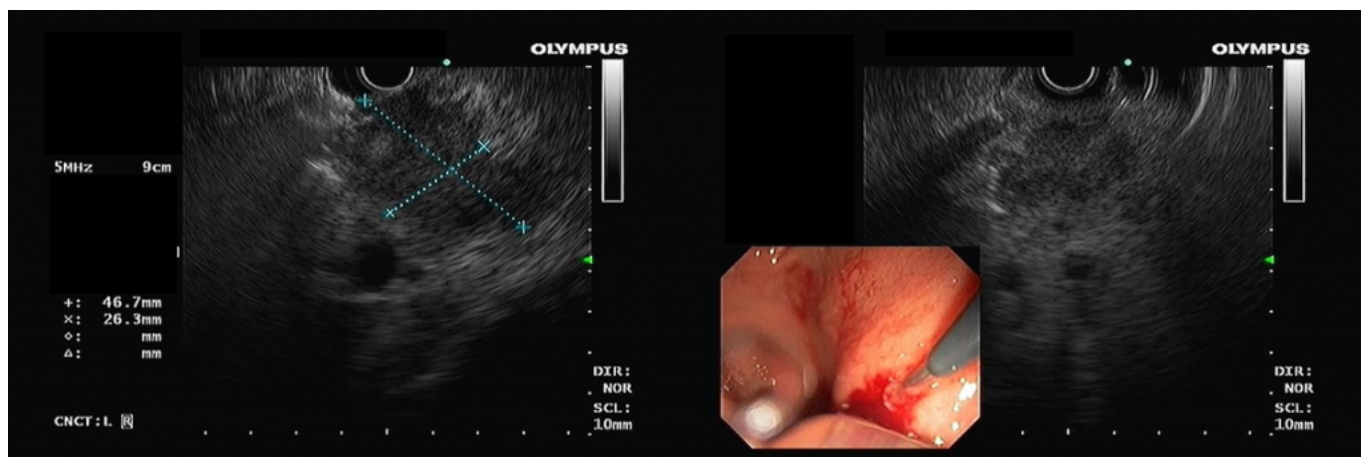
Abaulamento em parede posterior de região antropilórica com infiltração e irregularidade mucosa

A paciente então foi submetida à tomografia de abdome que evidenciou volumosa lesão no corpo e colo do pâncreas invadindo a parede do antro gástrico e bulbo duodenal além de envolver o tronco celíaco e apresentar amplo contato com a artéria mesentérica superior.



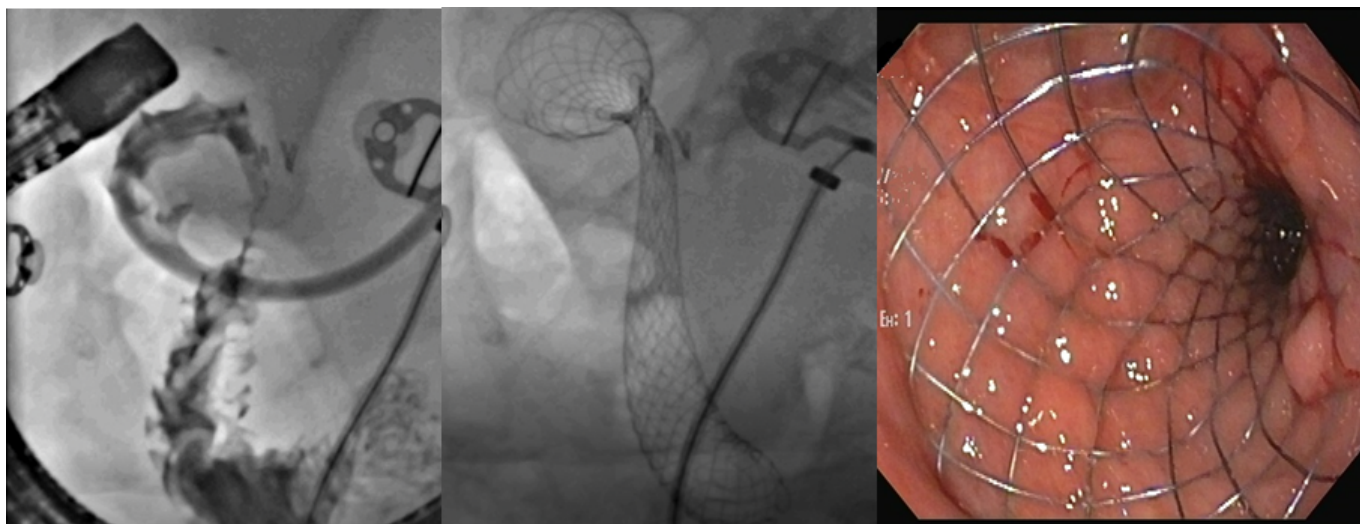
Tomografia demonstrando lesão pancreática invadindo a região do antro e bulbo duodenal

Indicada ecoendoscopia para punção biópsia da lesão, que confirmou adenocarcinoma de pâncreas.



Lesão hipocóica irregular no colo do pâncreas. Punção ecoguiada da lesão.

A paciente foi encaminhada para iniciar quimioterapia. Dois meses depois evoluiu com quadro de vômitos pós prandiais. Realizou nova endoscopia que demonstrou obstrução pilórica e duodenal pela lesão. Foi realizada passagem de sonda nasoenteral e encaminhada para avaliação de prótese duodenal.



Injeção de contraste pela SNE demonstrando a estenose do piloro e duodeno. Aspecto radiológico e endoscópico da prótese duodenal.

Realizou passagem da prótese sem intercorrências. Foi utilizada prótese duodenal não recoberta de 22 mm por 90 mm com liberação em posição antro-pilórica. A paciente evoluiu com melhora dos vômitos e boa aceitação alimentar.

Um mês após a passagem da prótese duodenal a paciente evoluiu com icterícia. Realizou novo exame de imagem que demonstrou progressão da lesão com invasão do colédoco intrapancreático e dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas.

Indicada nova CPRE para tentativa de drenagem biliar.

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2017/07/protese-biliar-e-duodenal-stent.mp4>

Realizada passagem do aparelho através da prótese duodenal que estava integrada à mucosa da região antropilórica. Tentativa de canulação da papila através da malha da prótese sem sucesso. Introdução do duodenoscópio até ultrapassar a prótese permitindo bom acesso à papila. A colangiografia demonstrou dilatação das vias biliares intra e extra hepáticas com extensa estenose tumoral intrapancreática. Passagem de prótese metálica parcialmente recoberta de 10 mm por 80 mm.

A paciente evoluiu com melhora da icterícia. Após o procedimento teve sobrevida de 3 meses sem



sintomas de obstrução biliar ou de saída gástrica.