

Torres de Melo R. H. C. ¹, Soares B. S. ¹, , Gonçalves, I. S. ¹, De Almeida D. C. ¹, Miná V. A. L. ¹, Filgueiras A. B. T. ¹

¹ Instituto do Câncer do Ceará – Hospital Haroldo Juaçaba

Introdução

A técnica de Ivor Lewis modificada, utilizada para a ressecção do câncer de esôfago, consiste na combinação de toracotomia direita e laparotomia, seguida de anastomose esofagogástrica intratorácica. A esofagectomia é fundamental para a sobrevida a longo prazo em pacientes com câncer de esôfago em estágio inicial e avançado. Porém a abordagem cirúrgica (transtorácica ou transabdominal) para pacientes com adenocarcinoma da junção esofagogástrica (JEG) (principalmente de Siewert II) ainda permanece controversa.

Casuística e Métodos

Descrever um caso clínico de Adenocarcinoma de JEG Siewert III, com margem esofágica comprometida no intraoperatório e adotada a cirurgia de Ivor-Lewis modificada.

Revisão de prontuário retrospectivamente em banco de dados digital, além de revisão da literatura a partir dos dados da base PUBMED.

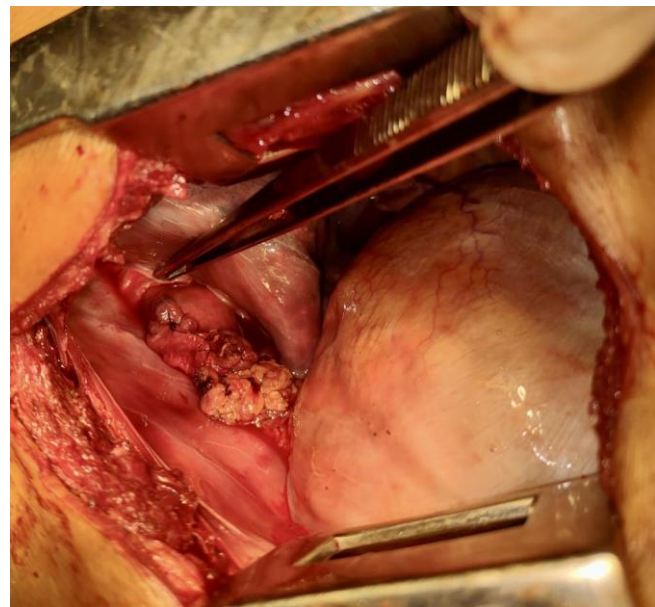
Coleta de dados em prontuário digital.

Resultados

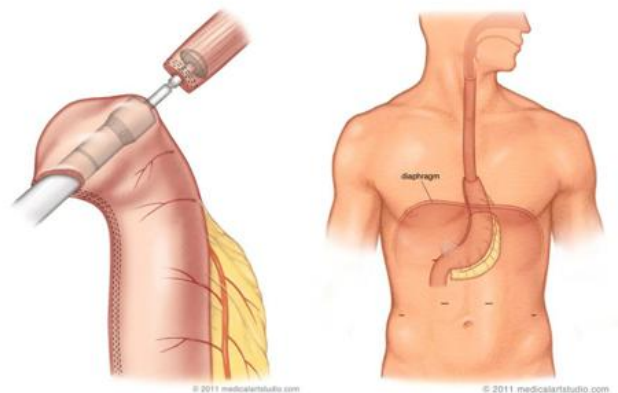
Masculino, 52 anos, ex-tabagista (38 maços/ano), teria há 7 meses iniciado quadro de entalo, dor epigástrica, soluços e perda de peso de 15kg. Realizou endoscopia digestiva alta com descrição de extensa lesão ulcero infiltrativa em junção esôfago-gástrica, a 40cm da arcada dentária superior, impedindo a progressão do aparelho, realizada biópsia com histopatológico diagnosticando: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrativo. Tomografias de tórax, abdome e pelve: espessamento parietal ao nível de fundo gástrico. Sem evidências de lesões secundárias. Paciente encaminhado para Quimioterapia perioperatória com Cisplatina e Capecitabina, 3 ciclos completos. Realizadas novos exames, EDA: lesão infiltrativa contínua, friável, circunferencial, atingindo corpo proximal, se estendendo até 45cm da ADS, além de tomografias: espessamento parietal irregular de corpo e fundo gástricos com aparente envolvimento da JEG, linfonodos proeminentes até 22x9mm junto à pequena curvatura. Indicada cirurgia, com proposta inicial de Gastrectomia total devido Adenocarcinoma Siewert III, porém os achados foram: tumor invadindo fundo gástrico, pequena curvatura, corpo do pâncreas e esôfago distal, sem sinais de carcinomatose. Realizada biópsia de congelação da margem esofágica e identificada margem comprometida, seguida de decisão cirúrgica por Gastrectomia 4/5 proximal + Esofagectomia parcial até o nível da carina + anastomose intratorácica (técnica de Ivor Lewis modificada) + Pancreatectomia distal + Esplenectomia + Linfadenectomia retroperitoneal + Linfadenectomia mediastinal + Colectomia + Jejunostomia. Paciente evoluiu no pós-operatório bem clinicamente, oligossintomático.

Resultados

Iniciada dieta enteral via jejunostomia no 1º PO. Débitos dos drenos se mantiveram baixos durante a internação. Iniciada dieta via oral no 7º PO. Paciente apresentou complicação infecciosa com necessidade de retiradas de drenos + troca de acessos central e periférico + prolongamento de antibióticos em torno do 12º PO, recebendo alta no 20º dia. Anatomo-patológico final ypT4b ypN2 com acometimento de omento em pequena curvatura, pâncreas, esôfago distal



Anastomose esofagogástrica intratorácica.



Demonstração da técnica de Ivo-Lewis modificada.

Conclusões

A cirurgia de Ivor Lewis modificada foi optada neste paciente descrito como uma opção factível de ressecção oncológica adequada de uma lesão volumosa, localmente avançada sem sinais de carcinomatose.

Contato

Gonçalves, I. S. – Email: ivnasq@gmail.com

Correspondências: Rua Papi Júnior, 1222, Bairro Rodolfo Teófilo, CEP 60430-230 . Fortaleza, Ceará, Brasil