

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

<sup>1</sup> 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.

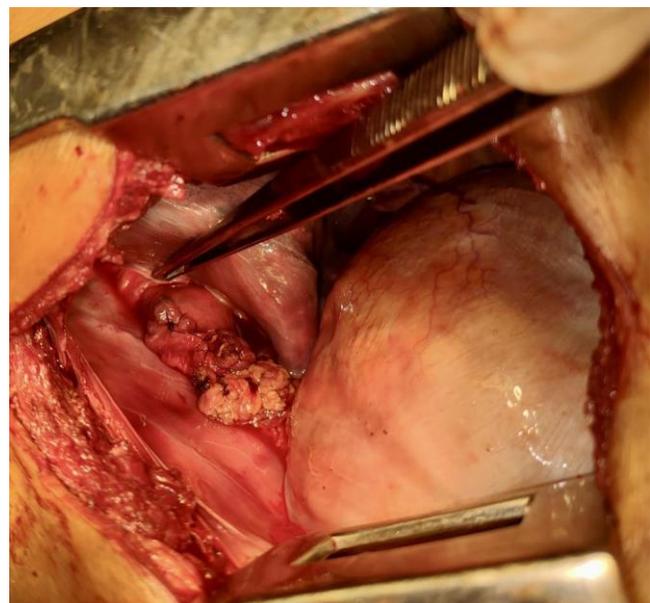
Coleta de dados em prontuário digital.

## Resultados

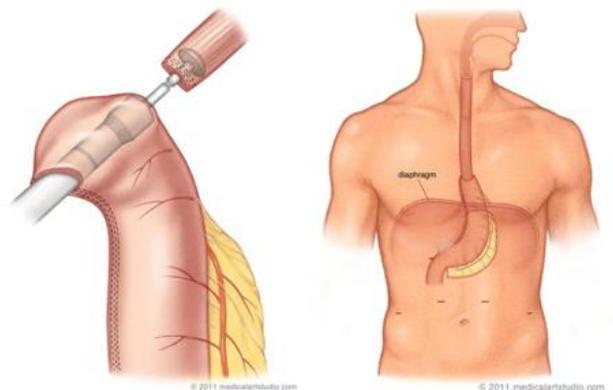
Masculino, 52 anos, ex-tabagista (38 maços/ano), teria há 7 meses iniciado quadro de entalo, dor epigástrica, soluços e perda de peso de 15kg. Realizou endoscopia digestiva alta com descrição de extensa lesão ulcero infiltrativa em junção esôfago-gástrica, a 40cm da arcada dentária superior, impedindo 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](mailto:ivnasq@gmail.com)

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