

LARINGO-FARINGECTOMIA ASSOCIADA À ESOFAGECTOMIA TOTAL SEM TORACOTOMIA E RECONSTRUÇÃO FARINGO-ESOFÁGICA POR INTERPOSIÇÃO DO COLON

(1) PROF. DR. ALFREDO ABRÃO

(2) DR. RAFAEL ABRÃO POSSIK

RESUMO

Os autores apresentam um caso de faringo-laringectomia por carcinoma indiferenciado do seio piriforme e que após a retirada da peça operatória verificaram a presença de outro neoplasma ao nível do terço superior do esôfago. Optaram por uma esofagectomia total por deslocamento rombo sem toracotomia pela técnica de Ferreira. A reconstrução do trânsito foi feita por interposição do colon desde o oro-faringe e base da língua até o estômago. Analisam os aspectos técnicos e de indicação da cirurgia. Relatam a evolução pós-operatória que foi satisfatória, a não ser por regurgitações frequentes que indicam a necessidade de piloro-plastia. Como complicação não relacionada com a técnica operatória, o paciente apresentou insuficiência renal pós-transfusional, falecendo 45 dias após o ato cirúrgico.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

- (1) Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.
- (2) Cirurgião Titular do Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo.

SUMMARY

The authors present a case of faringolaringectomy for indiffereniated carcinoma of piriformis sinus in which after removing the operative specimen was verified another neoplasm in the superior third of esophagus. They decided to perform a total esophagectomy by blunt dissection without thoracotomy according to the Ferreira's technique.

The digestive reconstruction was by colon interposition from oro-pharinx and tongue's base to stomach. They analyse the technical aspects and the surgical indication. They present the post-operative evolution and the complications that ocured. The patient died 45 days after the surgical act from renal failure not related to the surgery that had a good evolution unless for a frequent regugitation meaning the necessity of piloroplasty.

INTRODUÇÃO

A presente comunicação refere-se a um paciente de 67 anos por nós operado em julho de 1974, que apresentava um carcinoma indiferenciado do seio piriforme direito, com metástases cervicais homolaterais. Foi feita a laringo-faringectomia com linfadenectomia cervical direita (Fig. 1). Após a retirada da peça operatória e ao iniciar a sutura para o fechamento do esôfago e faringe, verificamos que o paciente apresentava outra neoplasia ao nível do terço superior do esôfago, circular, estenosante e infiltrativa, que abrangia o esôfago cervical e torácico, numa extensão macroscópica de cinco centímetros. Como a cirurgia praticada havia demorado cerca de quatro horas e o tumor do esôfago se apresentava sem comprometimento de suas camadas externas e de fácil descolamento, optamos por uma esofagectomia total por dissecação romba com uma gaze montada em pinça coração. Após laparotomia paramediana esquerda foi feita a secção da reflexão peritonal sobre o esôfago abdominal e feito o descolamento do órgão no sentido inverso até atingir a região previamente descolada. Seccionada a junção esôfago-gástrica, foi introduzido um flebo-extractor na luz do órgão pela extremidade cervical e o órgão foi removido em sua totalidade (Fig. 2).

O sangramento do leito esofágico foi discreto e controlado por tamponamento com

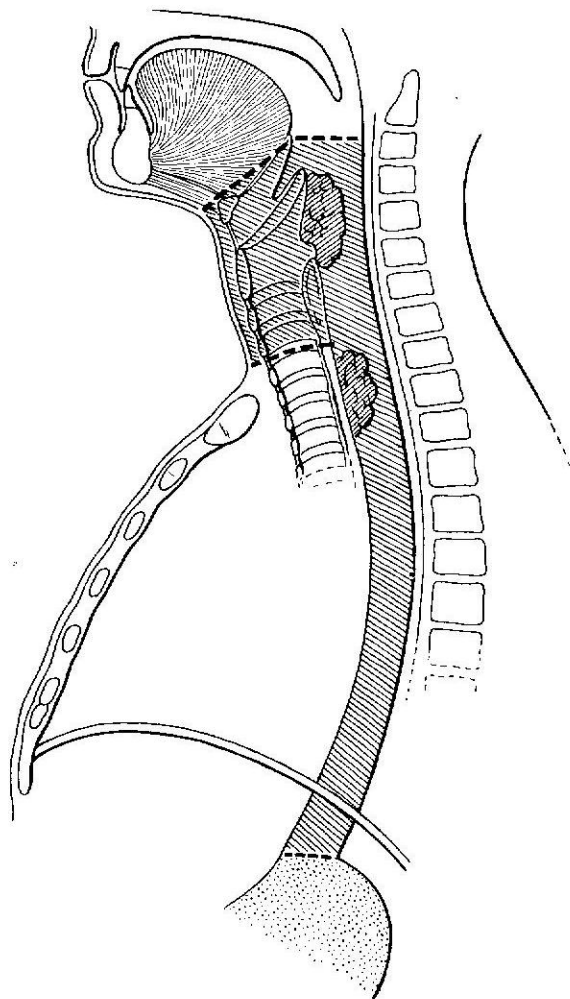


Fig. 1 — Esquema da área removida na cirurgia.

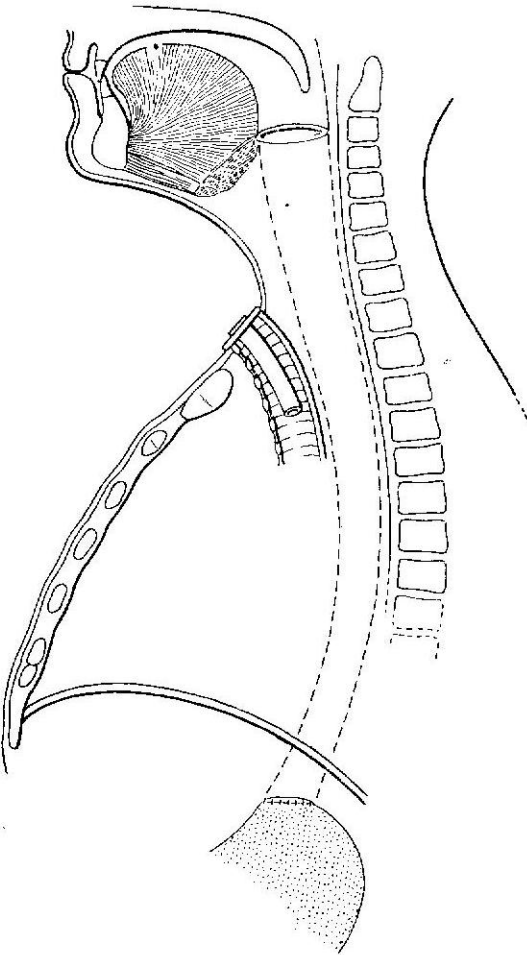


Fig. 2 — Após a remoção da peça operatória feita a traqueostomia.

uma compressa embebida em soro morno.

Feita a sutura em dois planos para o fechamento do estômago, passamos à reconstrução por interposição do colon de maneira isoperistáltica. O colon ascendente e o descendente foram seccionados ao nível de suas porções médias.

Mantida a arcada marginal arterial e venosa, sendo a artéria e veia cólicas médias ligadas na origem. A circulação foi preservada pela artéria cólica esquerda (**Fig. 3**).

Transposta a extremidade proximal do colon para a região cervical, foi ela suturada ao faringe e à base da língua, de maneira término-terminal num plano único com pontos separados de algodão, após verificação de boas condições circulatórias do colon. A extremidade distal foi implantada

na porção alta da face anterior do estômago, também em plano único com pontos separados de algodão. Foi feita a sutura colo-cólica após mobilização do descendente (**Fig. 4**). A gastrostomia foi produzida com sonda de Foley para alimentação.

O exame anátomo-patológico revelou carcinoma indiferenciado faringo-laríngeo com metástases cervicais direitas. Nove linfonodos comprometidos em 45 retirados. O tumor do esôfago revelou tratar-se de carcinoma espinho celular moderadamente diferenciado com infiltração da camada muscular (**Fig. 5**).

A evolução pós-operatória decorreu com boa cicatrização. Ruídos hidro-aéreos normais a partir do segundo dia. No terceiro dia apresentava temperatura elevada e vômitos após administração de 500 ml de sangue. O exame bacterioscópico revelou con-

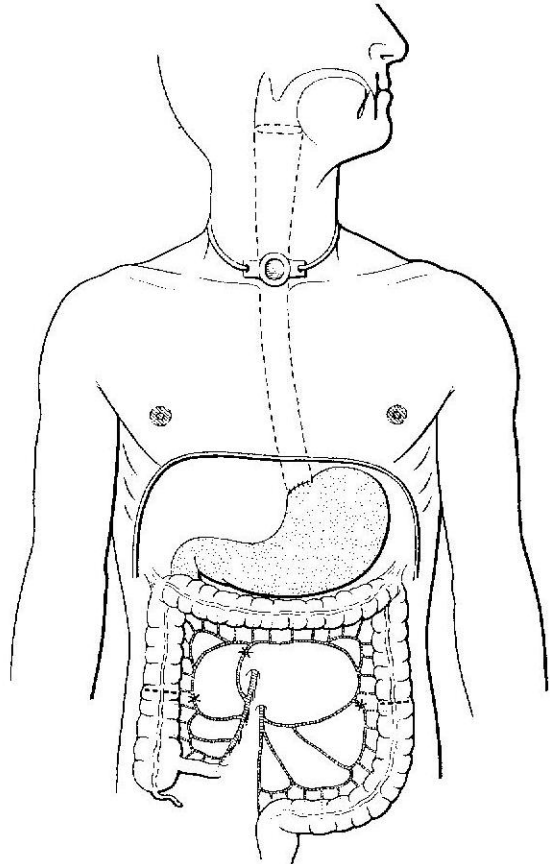


Fig. 3 — Esquema do preparo do colon para a transposição. Em x a ligadura e secção dos vasos mantendo-se a cólica esquerda e a área da paracólica.

taminação do sangue transfundido. Desenvolveu um quadro septicêmico. No quarto dia apresentou sinais de broncopneumonia. Dieta líquida pela gastrostomia foi administrada a partir do terceiro dia, apresentando regurgitações frequentes, principalmente ao tossir ou deitar. Continuou com ruídos hidro-aéreos normais eliminando gases e evacuando. Do décimo primeiro dia em diante, desenvolveu icterícia e oligúria e os exames mostravam aumento de uréia, creatinina e potássio. Veio a falecer por insuficiência renal quarenta e sete dias após o ato cirúrgico.

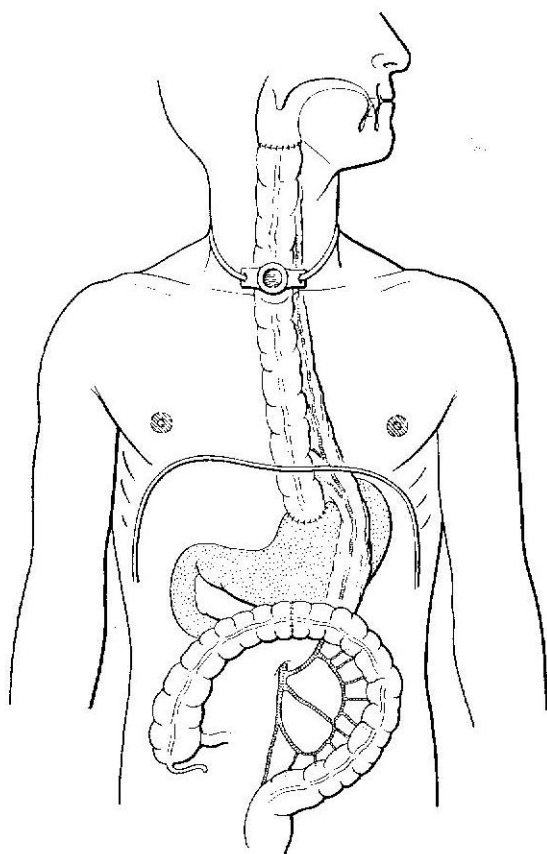


Fig. 4 — Sutura isoperistáltica do colon ao faringe e base da língua e na porção alta do estômago.

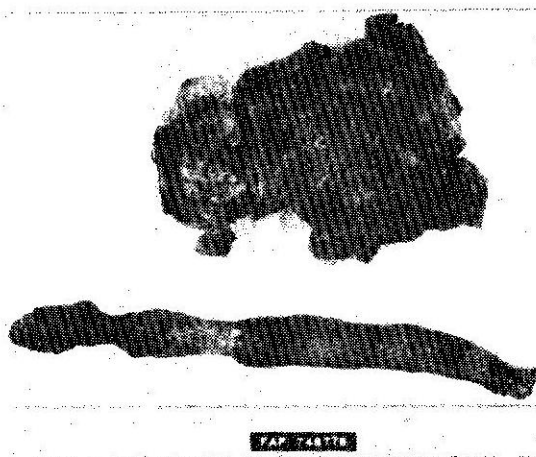


Fig. 5 — Peças operatórias.

COMENTÁRIOS

O interesse da presente comunicação reside em dois aspectos principais, quais sejam a esofagectomia total sem toracotomia, conforme a técnica descrita por Ferreira,(1) e a reconstrução do trânsito por interposição do colón desde o orofaringe e base da língua até o estômago.

É indispensável a piloroplastia como preconiza Ferreira,(1) que não foi feita no presente caso, o que acarretou refluxo alimentar frequente.

A evolução pós-operatória do ponto de vista da cicatrização e da reconstituição do trânsito foi boa, porém, infelizmente, o óbito veio a ocorrer por insuficiência renal não relacionada com a técnica operatória empregada.

Em casos selecionados, esta técnica cirúrgica poderá ter sua indicação como nos tumores laringo-faríngeos extensos com comprometimento do esôfago. Não preconizamos a esofagectomia total sem toracotomia naqueles casos em que não temos condições de verificar a inteira mobilidade do esôfago em relação aos órgãos vizinhos.

Referências Bibliográficas

- 1 — Ferreira, E.A.B.: Esofagogastroplastia e esofagocoloplastia transmediastinal posterior sem toracotomia. Rev. Paul. Med. 84: 142, 1974.
- 2 — Reis Neto, J.A.: Esofagocoloplastia. Rev. Paul. Med. 85: 75, 1975.
- 3 — Silva, P.F.A.; Goffi, F.S.; Abreu, M.L.; Tannuri, U. e Bastos, E.S.: Importância da preservação de pedículos vasculares nas esofagocoloplastias. Rev. Ass. Med. Bras. 20: 219, 1974.