

9 ABORDAGEM POR DISSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE CARCINOMA PAVIMENTOCELULAR ESOFÁGICO ATINGINDO 2/3 DA CIRCUNFERÊNCIA

Rodrigues J., Barreiro P., Tulio M., Marques S., Carmo J., Carvalho L., Chivia J., Fernandes V., Pinto Marques P., Chagas C.

Apesar da aceitação da terapêutica de neoplasias superficiais do esófago por técnica de dissecação endoscópica da submucosa (DES), a experiência em países Ocidentais continua limitada a poucos centros. Reconhece-se igualmente que não existem métodos de estadiamento perfeitos para estas neoplasias precoces, sendo essencial a cuidada avaliação endoscópica para avaliar a possibilidade de excisão endoscópica potencialmente curativa. Se possível, a análise anatomo-patológica da peça ressecada será sempre a melhor forma de “estadiar” a doença sobretudo reconhecendo a elevada morbidade associada às restantes alternativas terapêuticas.

Os autores apresentam um caso de um doente de 64 anos, autónomo, referenciado para o nosso centro para avaliação de possibilidade de excisão endoscópica de lesão plana com áreas minimamente elevadas (T0 IIb +IIa) identificada no esófago médio, entre os 34 e 37 cm da arcada dentária, que atingia cerca de 2/3 da circunferência esofágica e cuja histologia foi compatível com carcinoma pavimentocelular. A TC de corpo não revelou lesões à distância e a ecoendoscopia mostrava lesão limitada à mucosa com dúvidas de invasão focal da submucosa (cu T1a/1b? N0). Após discussão multidisciplinar foi proposto para excisão endoscópica por técnica de DES. O procedimento foi realizado no bloco operatório com apoio anestésico e entubação orotraqueal, com recurso à Flush Knife (Fujifilm) e IT Knife nano (Olympus) tendo-se realizado excisão da lesão em bloco, sem intercorrências. Dada a dimensão da escara (3/4 da circunferência esofágica) procedeu-se à injeção de triancinolona ao longo da mesma nas 48 horas após o procedimento. A avaliação anatomopatológica da peça confirmou tratar-se de um carcinoma pavimentocelular bem diferenciado (G1), com margens laterais livres, contudo com invasão da submucosa atingindo a margem cirúrgica profunda (R1). Por ressecção não curativa o doente foi proposto para esofagectomia. Apresenta-se iconografia do procedimento.

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz, Lisboa; Serviço de Gastreenterologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.