

INTRODUÇÃO

As deiscências anastomóticas são uma complicação grave e uma das principais causas de mortalidade após esofagectomia, sendo o tratamento precoce para correção da deiscência primordial. O uso de próteses autoexpansivas cobertas mostrou ser uma opção terapêutica minimamente invasiva e eficaz para o tratamento de deiscência anastomótica pós esofagectomia<sup>1,2</sup>.

RESUMO DO CASO

Homem de 55 anos submetido noutra instituição a esofagectomia total laparoscópica, com interposição de tubo gástrico, por carcinoma pavimentocelular do esófago (cT3N1M0). Fez quimioterapia/radioterapia neoadjuvante. Na sequência de uma evolução pós-operatória desfavorável com insuficiência respiratória e empiema pleural, iniciou antibioterapia e drenagem torácica. Segundo o relatório da instituição, teve alta à quinta semana com resolução das intercorrências.

- Oito dias após alta, por tosse e dispneia em agravamento, recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Hospital, tendo realizado:
- Tomografia Computadorizada do tórax: Hidropneumotórax à direita e extravasamento de contraste oral para o espaço pleural direito, traduzindo trajeto fistuloso (figura 1).
  - Endoscopia digestiva alta (EDA): Anastomose gastroesofágica cervical patente e orifício de 3cm de maior diâmetro na linha da sutura gástrica abaixo da anastomose gastroesofágica (figura 2).

Atendendo à deterioração clínica e apesar de terem passado várias semanas após cirurgia, optou-se pela inserção de prótese esofágica metálica autoexpansiva totalmente coberta (figura 3) e à colocação de sonda nasojejunal.

RESULTADOS

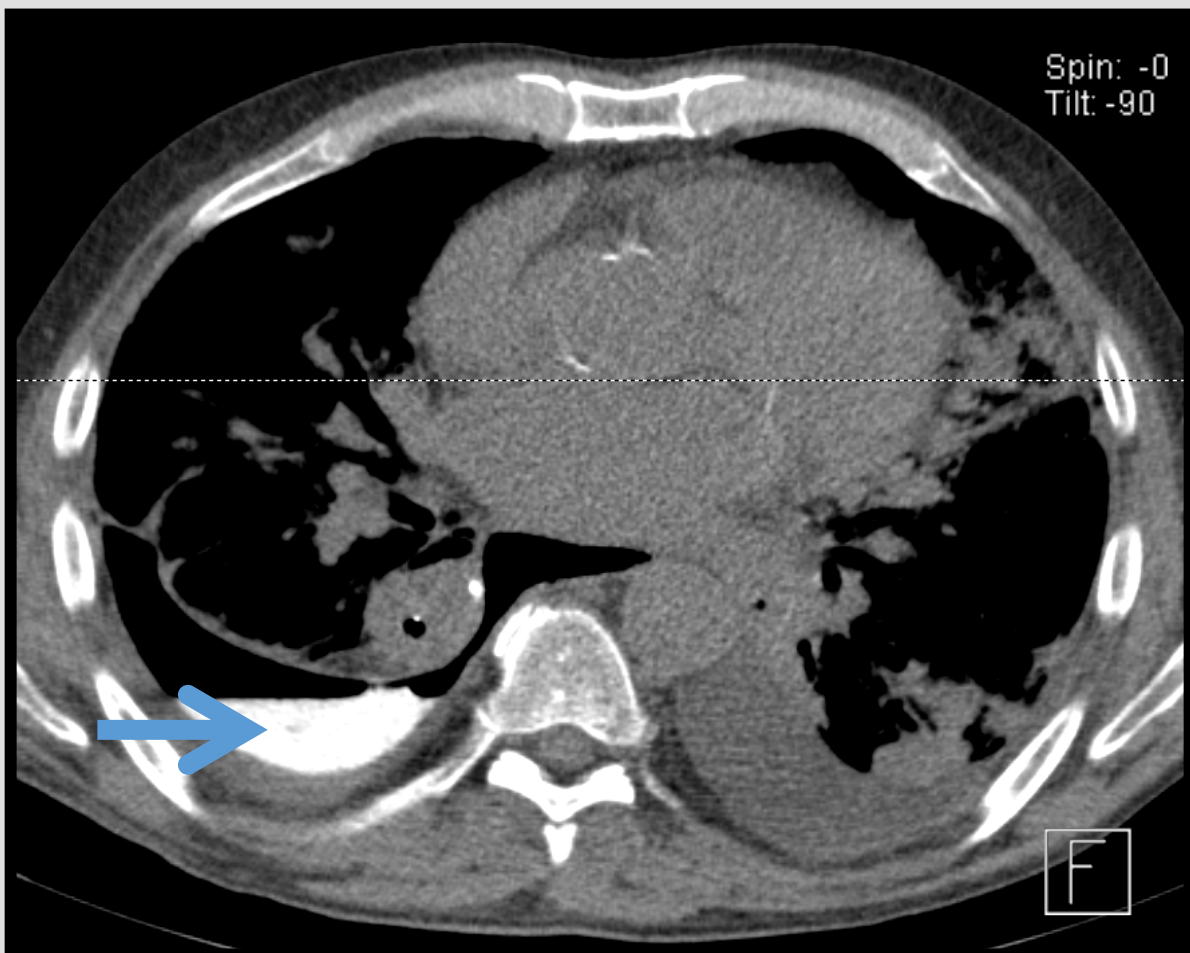


Figura 1 - TC do tórax à admissão (corte axial): Hidropneumotórax à direita com extravasamento de contraste oral para o espaço pleural (seta).

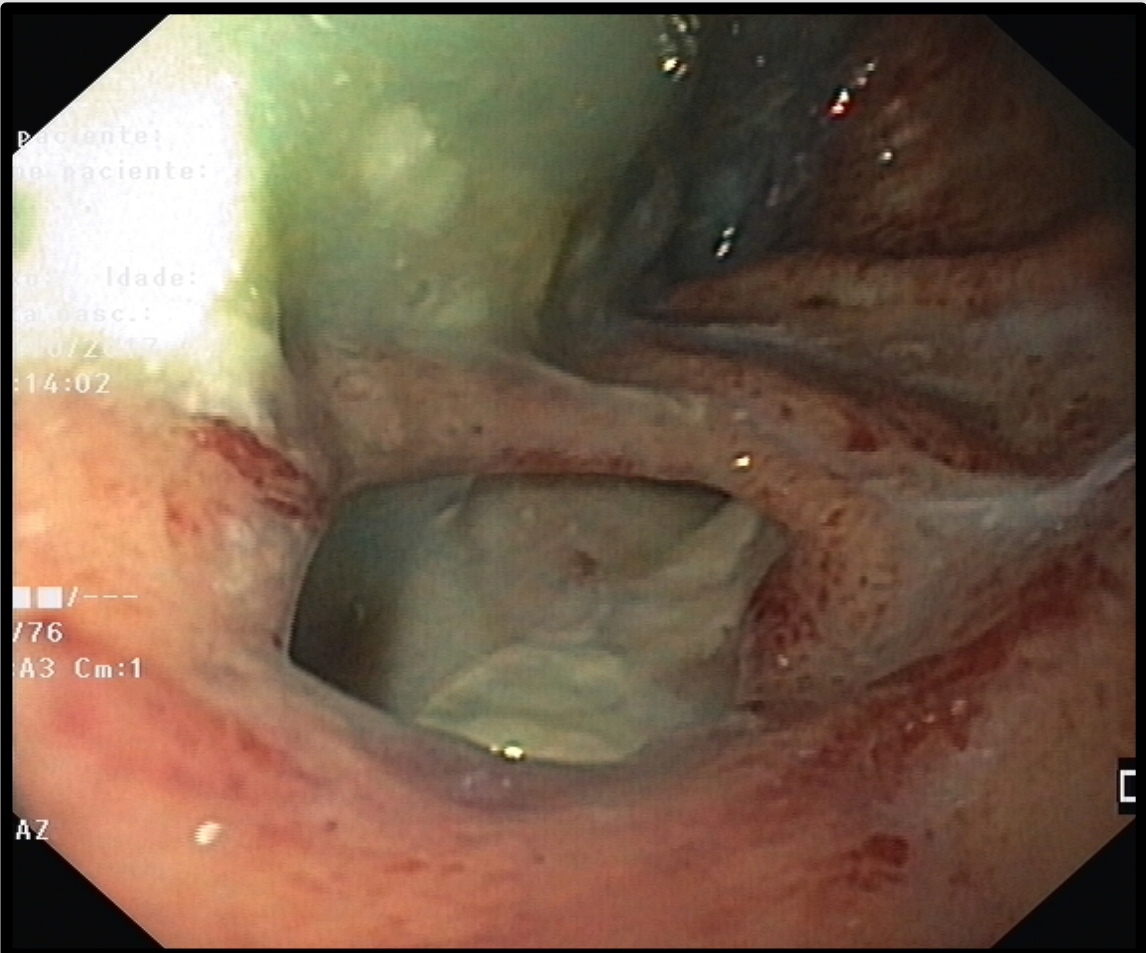


Figura 2 - EDA à admissão: Orifício de 3cm de maior diâmetro na linha da sutura gástrica abaixo da anastomose gastroesofágica.

A prótese foi removida 6 semanas após colocação. Optou-se por inserção de nova prótese por manutenção de orifício de 13mm e trajeto fistuloso para-gástrico após instilação de contraste (figura 4).

Evoluiu favoravelmente tendo alta às 11 semanas com tolerância alimentar adequada por via oral.

Seis semanas após colocação da segunda prótese, foi efetuada revisão endoscópica e remoção da mesma, verificando-se encerramento da fístula.

Três meses após remoção da segunda prótese o doente mantém-se clinicamente bem. Foi realizada reavaliação endoscópica e estudo radiográfico contrastado que confirmam o encerramento da fístula (figuras 5 e 6).

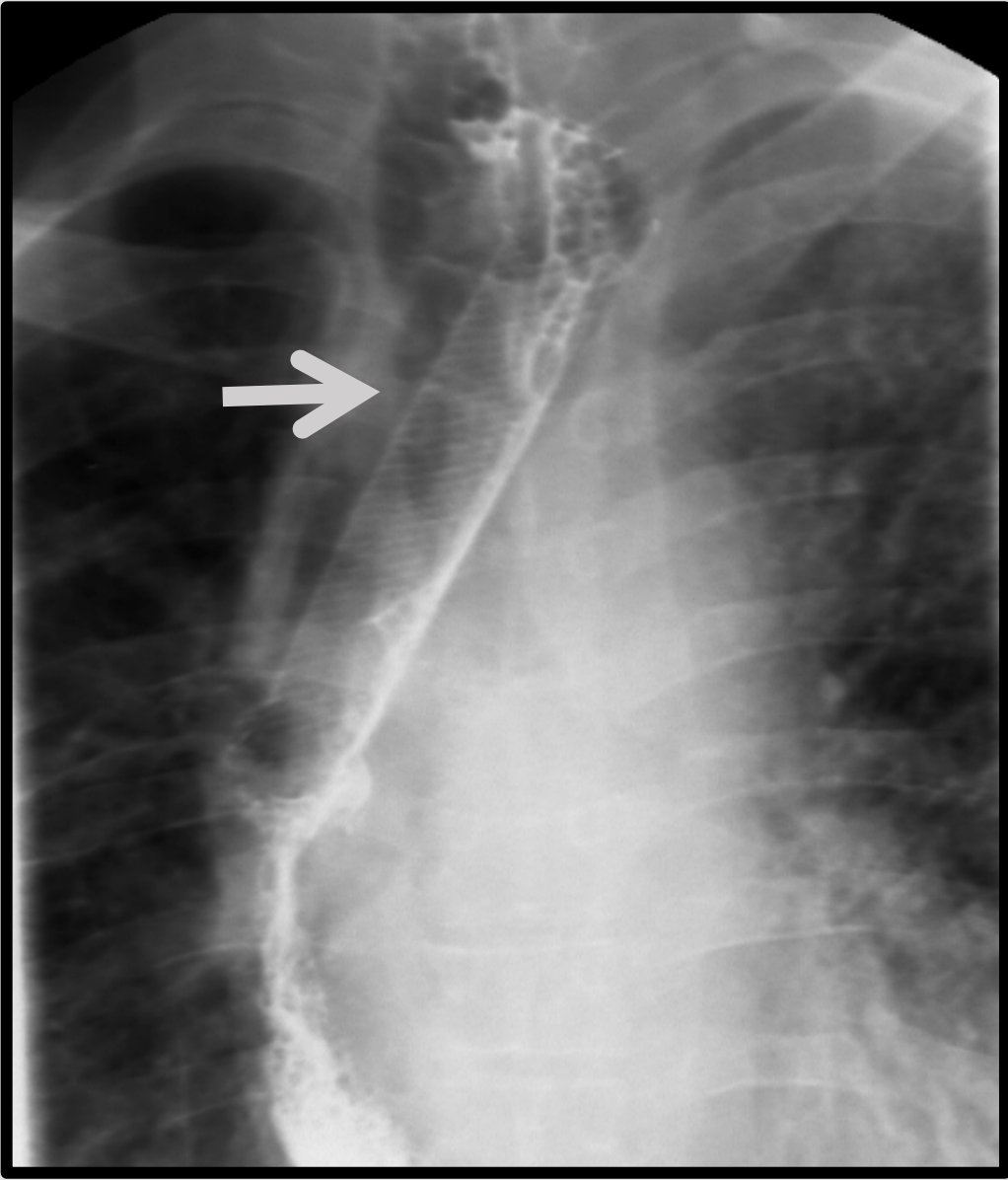


Figura 3 – Trânsito esofágico: Prótese esofágica (seta).

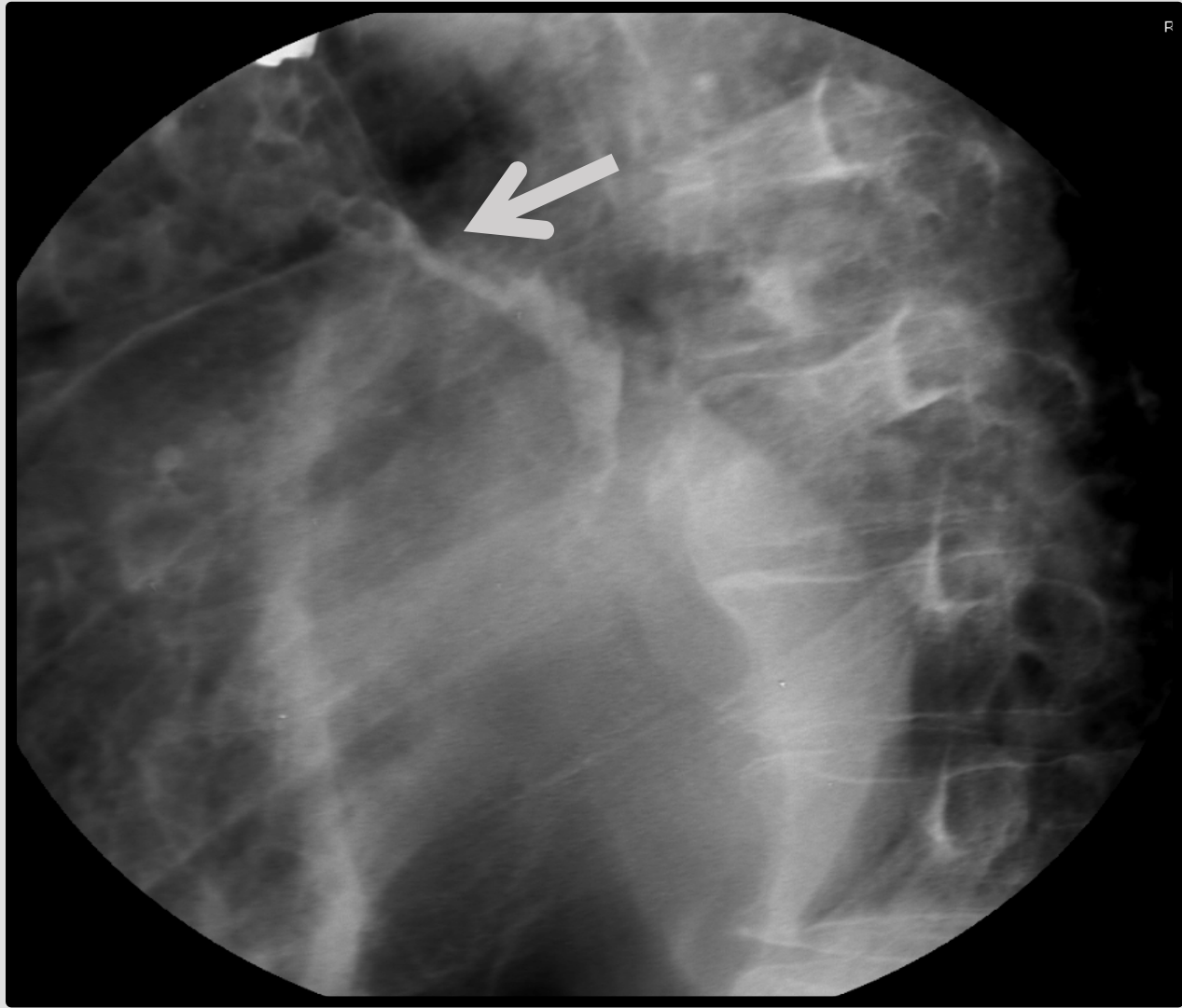


Figura 4. Trânsito esofágico - Trajeto fistuloso para-gástrico após instilação de contraste (seta).

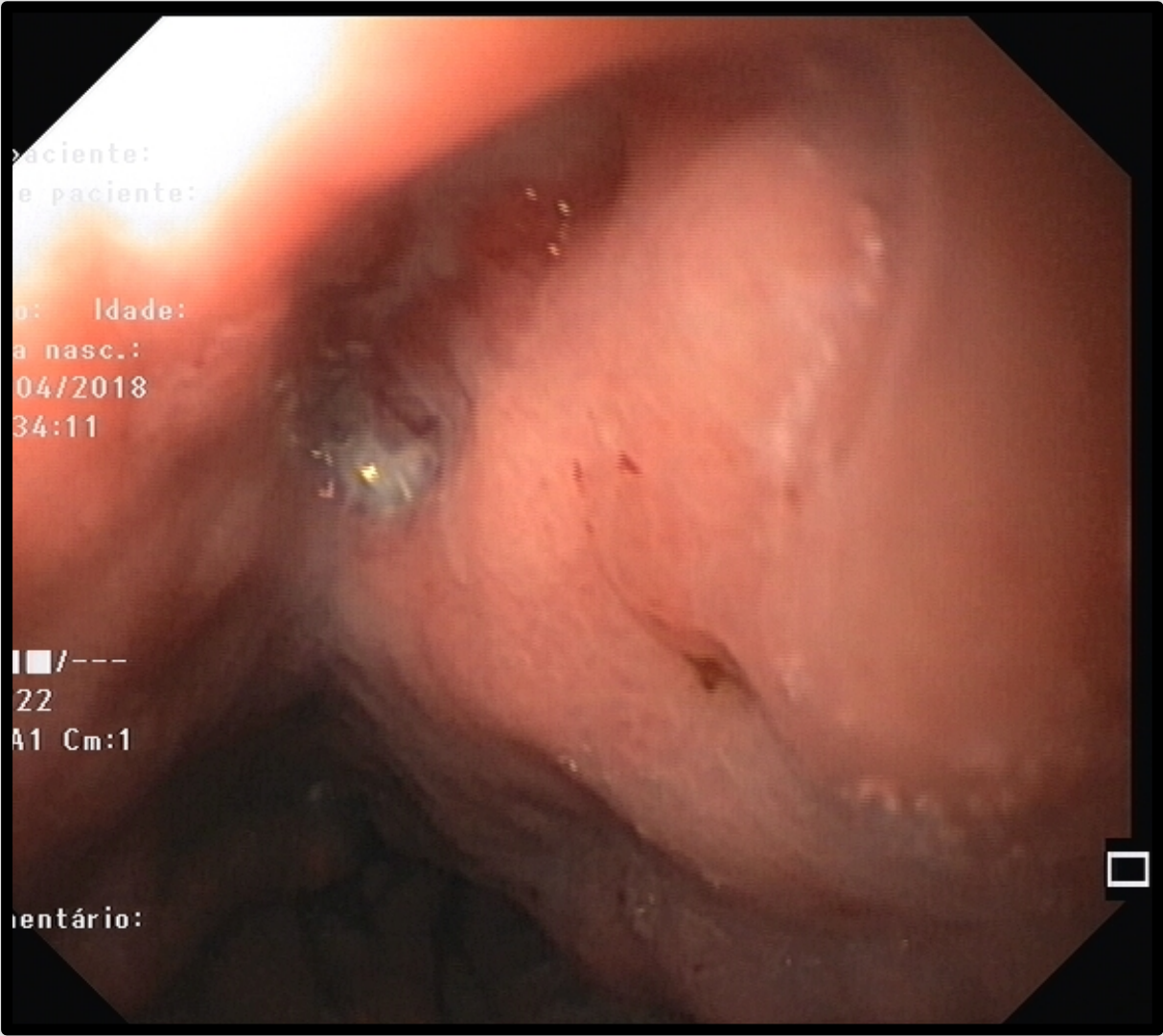


Figura 5. EDA - Recesso superficial, com mucosa friável e fundo de fibrina. Sem solução de continuidade.

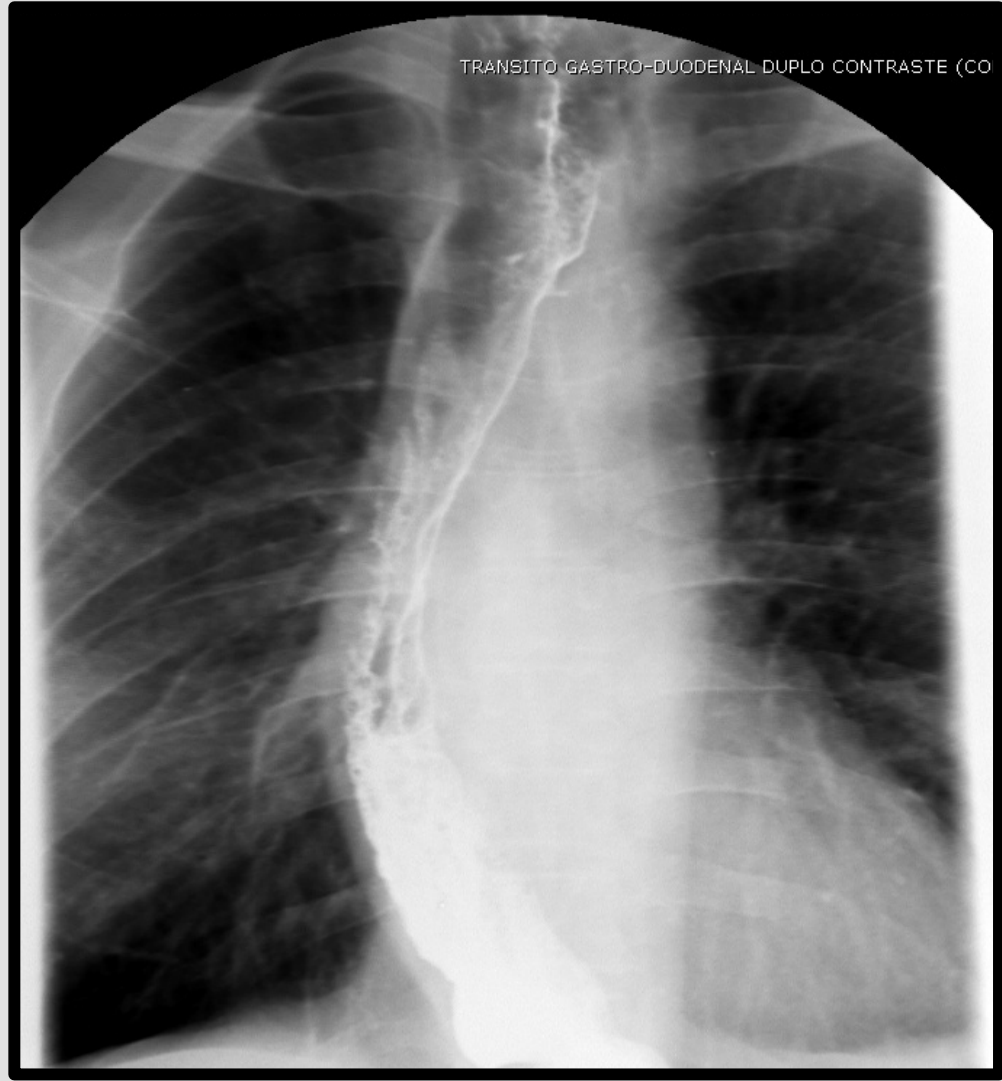


Figura 6. Trânsito esofágico - Sem extravasamento de contraste oral.

CONCLUSÕES

Este caso clínico retrata o tratamento com sucesso de uma fístula esofagopleural com colocação sucessiva de duas próteses esofágicas. Apesar do diagnóstico tardio e deiscência anastomótica de grande dimensão, a eficácia do procedimento reforça assim a utilização desta abordagem terapêutica.

REFERÊNCIAS

1 - Schweigert M, Dubecz A, Stadlhuber RJ et al. Treatment of intrathoracic esophageal anastomotic leaks by means of endoscopic stent implantation. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2011; 12: 147–151.  
2 - Schweigert M, Solymosi N, Dubecz A et al. Endoscopic stent insertion for anastomotic leakage following oesophagectomy. Ann R Coll Surg Engl 2013; 95: 43–47