

ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA NEOPLÁSICA DO TÓRACE *

Dr. E. M. PENIDO BURNIER **

Em linhas gerais, pouco se tem de novidade na cirurgia das neoplasias do tórax, de dois lustros para cá. Fundamentalmente, pouco se tem modificado a técnica cirúrgica depois dos memoráveis trabalhos de Sweet e Pack.

No setor propriamente dito de *técnica cirúrgica*, assim podemos resumir a orientação de Seção de Tórax no Instituto de Câncer.

a) *Tumores da parede*: ressecção o mais amplo possível, dentro dos preceitos da técnica para tumores malignos. A reconstrução é feita: 1) com elementos da própria parede, quando localizados sob a mama, o omoplata e 2) com enxerto, autógeno e exógeno; os melhores resultados obtidos são com a tela de metal, das quais temos experiências com o tántalo e o aço, este último, superior.

b) *Tumores pulmonares*: modificou-se de uns 2 anos para cá o conceito das ressecções alargadas (pneumectomias totais) em razão de: 1) idade do paciente, 2) quase o mesmo resultado post-operatório com a lobectomia, 3) em razão do problema de insuficiência res-

piratória e post-operatória, por vezes trazendo mais malefícios ao paciente do que o próprio tumor pulmonar.

Não deixamos de aceitar como tratamento radical a pneumectomia total, com dissecação do mediastino, mas as reservamos para casos especiais: jovens, com muito boa capacidade respiratória e perfeito estado de pulmão residual, portador de tumor pequeno e com muito pouco tempo de evolução.

Nos tumores pulmonares secundários, as ressecções pulmonares são sempre as mais conservadoras possíveis.

A técnica da abertura do tórax, (toracotomia) é sistematizada e sempre entramos no espaço intercostal; não praticamos mais a ressecção costal, como no início. Igualmente, utilizamos sistematicamente a desinserção costal posterior ao nível de articulação costo-vertebral.

Só excepcionalmente, quando o caso exige, além de desinserção praticamos também pequenas ressecções posteriores de costelas mais altamente ou inferiormente situadas, no sentido de amplitude do campo.

* Trabalho apresentado à Seção de Cirurgia Especializada por ocasião do Jubileu de Prata do I.N.C. 22-9-963.

** Chefe de Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer.
Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina.
Chefe de Seção de Organização e Controle do Serviço Nacional do Câncer.

A técnica da ligadura vascular bem como da sutura bronquial, usamos a descrita por Sweet, isto é: ligadura vascular isolada de cada elemento, com ponto de sustentação e com fio inabsorvível; por vezes há necessidades da ligadura intrapericárdica; muitas vezes usamos a bainha celular peri arterial, na ligadura da artéria pulmonar ou seus ramos; o fechamento do côto brônquico é sempre com fio inabsorvível e ponto separado, colocado a medida que se secciona.

Quando há necessidade de biopsia peroperatória (casos em que só a céu aberto é possível o diagnóstico) utilizamos material especial para a biopsia, procurando proteger ao máximo o campo operatório; suturamos o mais estanque possível o sitio da biopsia, tanto com interesse hemostático como para evitar contaminação pleural do processo em causa, infeccioso ou blastomatoso.

c) *Tumores esofagianos*: igualmente seguimos, quase sem modificações substanciais a técnica clássica de Sweet e Pack.

Damos preferência e insistimos mesmo na utilização da toracotomia esquerda para as ressecções esofagianas, mesmo para altas. Apesar de concordamos em que o acesso ao esôfago alto é mais fácil pela direita, insistimos em que justamente nos tumores dessa localização é frequente a infiltração da crossa da aorta pelo processo neoplástico; tal fato é muito pouco reconhecível pelo toracotomia direita, enquanto que pela esquerda ela

é bem observada e evita-se assim disabores do meio para o fim da operação.

Na reconstituição do trânsito é geralmente utilizado o estômago, mas também, vez por outra, lançamos mão do ileon, no clássico "Y" de Roux.

A sutura esofagiana é feita com fio inabsorvível, por pontos separados e voltados para a luz esofagiana. Sempre procuramos ancorar firmemente o elemento utilizado para a reconstituição do trânsito.

Não temos tido mal resultado com a utilização da sonda jejunal, através a linha de sutura. Tem-nos proporcionado manter a taxa de proteínas no post-operatório, das condições mais imperiosas para a boa marcha da cicatrização da anastomose.

Como o piloro-espasmo não tem sido cogitação frequente nos nossos post-operatórios, como consequência da lesão dos pneumogástricos, não temos seguido a escola dos que aconselham sistematicamente a piloroplastia preventiva.

d) *Tumores do Mediastino*: localizado, procuramos fazer o diagnóstico etiológico, o que nem sempre é possível. A via de acesso fica determinada na dependência da localização. Temos utilizado frequentemente as vias de acesso laterais e algumas vezes a anterior, com êxito.

Sistematicamente, nos tumores do mediastino anterior, lançamos mão de um meio propedêutico a fim de afastar a hipótese de bocio mergulhante ou aberrante, o cintilograma.

No setor do *Diagnóstico*, é praxe na seção de tórax os seguintes preceitos:

a) Da suspeita até ao diagnóstico mais provável, deverá mediar o menor espaço de tempo possível, no máximo uma semana a 10 dias.

b) Ter sempre presente que: todo tempo perdido em esclarecer com meios propedêuticos complicados, o diagnóstico etiológico, é perder a oportunidade de tratamento.

c) Se o tempo é importante para os tumores em geral do tórax, para os tumores do esôfago ele é imperativo, porque enquanto se espera, aumenta o tumor, as possibilidades de invasão de órgãos vizinhos e à distância, decaem o estado geral rapidamente.

Via de regra, logo na 1.^a consulta, após a anamnese, faz-se o pedido da radiografia, da citologia do escarro (pulmão) e marca-se a endoscopia para dia e hora compatível com o tempo necessário a ter-se em mãos os primeiros resultados. A confirmação anatomo-patológica da biopsia endoscópica, implica em internação e preparo pré-operatório imediato (com Risco Cirúrgico após completo exame clínico). A não confirmação anatomo-patológica, implica em Mesa Redonda do caso, para deliberação da necessidade ou não de maiores e mais detalhados exames; caso contrário, evidenciada a impossibilidade de maiores esclarecimentos além dos já obtidos, é encaminhado à Toracotomia Exploradora, com indicação de biopsia per-operatória, conforme o caso.

No que concerne ao *Pré-operatório*, dividimos os pacientes em:

a) Estado geral conservado (tumores de parede torácica, pulmão e do mediastino): apenas os cuidados gerais de higiene, toilette, preparação psíquica, exercício respiratório para aumentar a capacidade ventilatória.

b) Estado geral precário (esôfago principalmente e alguns casos de pulmão e de mediastino): neste grupo, diferenciamos aqueles que não estão bem pela própria condição tumoral (compressão mediastinal; compressão pulmonar por volume de tumor, etc.) dos que se apresentam mal, pelo estado geral. Quando o mal estado geral é consequência do próprio tumor, procuramos pela cirurgia, aliviar-los o mais rapidamente possível. Quando ao contrário, o mau Risco é pelo estado geral do enfermo, quase sempre contra-indicamos a cirurgia, salvo nos casos de tumores esofágicos, quando procuramos: 1) corrigir as taxas hemáticas por líquido e sangue principalmente; 2) observar o aproveitamento do paciente, ao tratamento, com o concurso da balança; 3) lançar mão da gastrostomia como 1.^o tempo da cirurgia.

Mantemos atualmente uma completa aparelhagem para avaliação da capacidade respiratória (setor de pneumologia), bem como de cinesioterapia, no sentido de recuperar e melhorar, avaliando ao mesmo tempo as melhorias obtidas. Assim, temos conseguido recuperar para a cirurgia, muitos doentes, que, antes seriam considerados fora de possibilidades.

Do *Post-operatório*: vamos aqui referir-nos a vários assuntos a ele atinente como sejam:

1) *Drenagem torácica*: Tôda vez que praticamos uma pneumectomia total, fechamos o tórax sem drenagem. Cuidamos e redobramos a vigilância para os fenômenos de hiperpressão, tanto clínico (que a punção torácica e a medida da pressão em centímetros de água, confirma ou infirma) como radiológicos repetidos, nos primeiros dias de operado.

Quando, há ressecção parcial do pulmão, cirurgia do esôfago ou do mediastino, drenar é a regra, mesmo quando a hemostasia é perfeita. Drenar nêstes casos é prevenir e garantir a total e perfeita expansão pulmonar.

A aspiração torácica é feita com o aspirador elétrico, intermitentemente automático, pela drenagem sub-aquática ou pelo processo dos vasos comunicantes em série.

A retirada do dreno é variável. Geralmente, não tendo mais drenagem e verificando-se a boa expansão pulmonar, retiramo-lo.

No local do dreno, aplicamos um ponto ou apenas um agrafe. A retirada do dreno é feita, por volta do 2.º ao 4.º dia de post-operatório.

O dreno por nós usado é indiferentemente a sonda de Pezzer ou a de Mallecot, sempre em sitio fóra da linha de sutura. Raramente usamos mais de um dreno na mesma cavidade torácica.

2) *Exercício Respiratório*: Tão logo o paciente responda e obedeça ordens, é instado a fazer exercício no leito, mudar de posição freqüentemente, tossir e fazer exercício respiratório, sob a supervisão de um dos assistentes especializados nesse setor. Êstes exercícios se prolongarão até mesmo depois da alta do enfêrmo. se assim fôr necessário, na seção de cinesioterapia. Combatemos assim, a insuficiência respiratória post-operatória.

3) *Levantar*: Geralmente, procuramos levantar o mais precocemente nossos enfêrmos, salvo contra-indicação pelo tipo de cirurgia ou quando o estado geral não o permitir. Por volta do 1.º ou 2.º dia é a praxe. O efeito psicológico de tal proceder, é espetacular.

4) *Alimentação*: Logo que as condições o permitam, procuramos paulatinamente voltar a alimentação natural. Nos operados de pulmão e mediastino, alimentamos no dia imediato.

Os operados de esôfago, em que deixamos a sonda jejunal, a partir das 48, 72 horas iniciamos a alimentação através a sonda, com dieta hiperprotéica. Quando não deixamos sonda jejunal, sómente os alimentamos a partir do 3.º ou 5.º dia, sempre com dietas protéicas, porém pouco consistentes.

Tratamento Complementar dos Operados do Tórax: — Quando a cirurgia foi completa, radical no sentido anatómico, não fazemos qualquer tratamento complementar. Mas, quando não foi possível ser completa, duas são as indicações:

1) *Radioterapia post-eporatória*. Costumamos deixar marcas com fragmentos de vitálum, circundando e delimitando a zona a ser irradiada oportunamente.

2) De acôrdo com o tipo anátomo-patológico do tumor, encaminhamos o paciente ao setor de *Quimioterapia*. Não usamos a quimioterapia intra-operatória e nem encontramos ainda justificativa para

a quimioterapia extra-corpórea nos tumores do tórax.

A maioria das vêzes que lançamos mão dessa arma moderna, cheia de esperanças e que dela ainda muito esperamos é para os casos de recidiva ou quando, inoperáveis, para prolongarmos com conforto, a vida dos enfermos.

Temos tido casos de sobrevida até de 3 anos com o concurso da radioterapia e quimioterapia associadas.

RESUMO

O A. traça as linhas de conduta seguida na Clínica de Tórax do Instituto Nacional de Câncer, sob sua chefia, focalizando a técnica cirúrgica, diagnóstico, pré e post-operatório.

Mostra em cada setôr, sua experiência pessoal, como variante apenas da técnica de Sweet e Pack.

Defende a via esquerda nas Toracotomias para cirurgia do esôfago.

Insiste em não perder tempo, procurando-se o diagnóstico etiológico, quando se tem na toracotomia explorada o melhor e mais eficaz meio, através a biópsia pré-operatória.

Só usa a Radioterapia e a Quimioterapia para os casos inoperáveis, em que não foi possível a exérese completa ou ainda, nas recídicas.

SUMMARY

The author delineate the clinical orientation followed in thoracic surgery at the National Institute of Cancer; shows surgical technics and orientation in pre and post operative procedures are variations from Swett and Pach technics.

Defend the left toracotomie for the esophagus surgery.

Insists in the lose time attempting the etiologic diagnosis when by explorated thoracotomie is the best method by intra-operatorie biopsis.

Radiotherapy and Chemotherapy are used only for inoperable cases incomplet surgery or recurrent cases.