



CASOS CLÍNICOS

Câncer do estômago — Gastrectomia total transtorácica

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

Cirurgião do Serv. Nac. de Câncer

O paciente ora estudado, representa o caso em que foi praticada a primeira gastrectomia transtorácica do Serviço Nacional de Câncer. Trata-se de um homem de cor parda, com 65 anos de idade, que foi admitido em 1/11/49. Nada digno de nota foi apurado em seus antecedentes hereditários e pessoais. A doença teve início em janeiro de 1949, quando começou a sentir dificuldade na ingestão de alimentos sólidos. Passou a alimentar-se quase só de líquidos, o que acarretou grande perda de peso (cerca de 20 quilos em 6 meses). Ultimamente, mesmo os líquidos passam com dificuldade, ficando muitas vezes afrontado quando bebe mais rapidamente; dessa situação só consegue obter alívio provocando o vômito. Esteve internado em Serviço de Cirurgia Geral, de onde nos foi enviado como inoperável.

Revisão dos sintomas:

Cabeça — nega cefaléia, vertigens, tonteiras.

Olhos — nega fotofobia, escotomas, prurido, lacrimejamento. Usa óculos há dois meses.

Ouvidos — nega dor, prurido, corrimento, ruídos adventícios. Não refere diminuição da acuidade auditiva.

Nariz — nega epistaxis, cácosmia e dificuldade em respirar.

Boca — nega salivação, aftas, etc.

Pulmão — tosse com expectoração. Nega dispnéia.

Coração — há dois meses sente pontada ao nível da mamila esquerda quando tosse; às vezes, a pontada aparece espontaneamente.

Digestivo — Eructações frequentes. Disfagia para os alimentos sólidos. Nega azia, vômitos, etc. Prisão de ventre há 10 dias. Ausência de fenômenos dolorosos. Flatulência.

Gênito-urinário — negativo.

Exame físico:

P. Arterial: 118/80 — Pulso lento, ritmado, 56 batimentos por minuto. Apresenta certo grau de apatia, e achase bastante emagrecido, em estado pré-caquético. Sinal do mio-edema positivo. Cabeça — ausência de alterações patológicas. Olhos — conjuntivas bem coradas. Pupilas isocóricas, reagindo bem à luz e à distância. Tensão ocular normal. Fundo: vasos retinianos tortuosos. Ausência de cruzamentos patológicos, exsudatos e hemorragias. Papilas normais. Ouvidos — negativo. Nariz — negativo. — Boca — ausência de dentes. Língua de aspeto e coloração normais. Ausência de lesões

mucosas. *Pescoço* — traquéia na linha mediana. Tireóide dentro dos limites normais. Ausência de adenopatias cervicais, supra e infra-claviculares. Mobilidade do pescoço normal.

Pulmão — normal à percussão e ausculta. *Coração* — apesar do emagrecimento, as bulhas cardíacas apresentam-se muito abafadas. Ausência de ruídos adventícios. A2 igual a P2. *Abdome* — no quadrante superior esquerdo palpa-se tumor bosselado, duro, móvel com os movimentos respiratórios. Fígado e baço impalpáveis. Ausência de outras massas tumorosas. *Toque retal* — hemorróidas externas pouco desenvolvidas. Tonus normal. Próstata de volume e consistência normais. Ausência de depósitos retais palpáveis. *Sistema nervoso e aparelho locomotor* — Sem alterações dignas de nota.

Impressão diagnóstica:

- 1) Tumor maligno do estômago com invasão do cardia.
- 2) Arteriosclerose generalizada, grau 2-3.
- 3) Anemia secundária, desidratação.

Risco operatório:

Grande — devido à natureza da intervenção cirúrgica que se faz mister e às condições gerais do doente.

Exames complementares:

O exame radiológico do estômago-duodeno mostra extenso tumor gástrico ocupando os 2/3 superiores do corpo do estômago nas suas porções anterior e mesial (pequena curvatura),

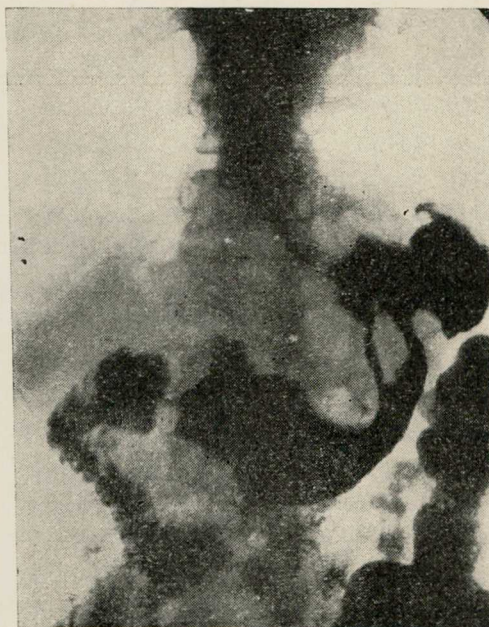


Fig. 1 — Radiografia antes da operação

alcançando a porção terminal do esôfago. Pulmões transparentes — Costelas de aspeto normal. *Exames de laboratório*: Hemoglobina 50%. Hematias 1.800.000 — Leucócitos 7.800 (Jovens 0; bastão 26; segmentados 52; eosinófilo 1, basófilo 0, linfócito 12, monócito 9) Ureia 75 mg%, cloréto totais 360 mg%, reação de Kahn negativa, proteínas totais 5,3%.

Pré-operatório:

- 1) Transfusões repetidas de 500 ml. de sangue conservado.
- 2) Soro glicosado a 5% — 3.000 ml. intravenoso lento (40 gotas por minuto).
- 3) Líquidos ad libitum por via oral.
- 4) Proteinóides — 4 colheres de sopa por dia.
- 5) Complemento vitamínico (complexo B e vitamina C).

Em 23/11/49 foram os seguintes os resultados dos exames do laboratório: Hemátias — 3.400.000; Hemoglobina — 86%; Hematócrito — 37%; Ureia — 30 mg%; Proteínas totais — 6,2%.

Nesta data iniciou Penicilina na dose de 100.000 unidades de 3/3 horas.

Operação no dia 25/11/49: Laparotóractomia e gastrectomia total.

Operador: Luiz Carlos de Oliveira Junior.

1.º Auxiliar: Turibio Bráz.

2.º Auxiliar: Amadôr Campos.

Tempo operatório — 4 hs. 15'.

Descrição do ato operatório: Laparotomia para-mediana esquerda trans-retal alta. Aberto o ventre, o operador procedeu ao exame das víceras abdominais, não tendo encontrado metástases hepáticas, peritoniais ou ganglionares aparentes. Nessas condições, praticou a abertura do tórax no 8.º espaço intercostal esquerdo, em continuação à incisão abdominal, ressecando pequeno fragmento da 8.ª costela, ao nível de seu ângulo. Abertura do diafragma em

direção ao cardia com as devidas precauções hemostáticas.

Verificada a existência de invasão do centro tendineo do diafragma e pleura parietal anterior, o que entretanto não constituiu, na opinião do operador, contraindicação à gastrectomia total. Incisada a pleura mediastínica ao longo do esôfago, procedeu-se ao isolamento digital do mesmo e à secção dos vagos. Em seguida, procedeu o operador à secção dos vasa brévia, descolamento cólo-epiploico e secção entre ligaduras dos vasos gastroepiploicos direitos. Descolamento duodeno-pancreático e secção dos vasos pilóricos. Secção duodenal e fechamento do côto por xuleio de catgut total sepultado em xuleio séro-muscular de sêda, por sua vez recoberto de pontos separados sero-musculares de sêda.

Levantado o estômago para cima e para a esquerda, foram seccionados os vasos coronários estomáquicos, procedendo-se então à secção do esôfago a 5 cms. acima do cárdia, e à anastomose esôfago-jejunal, pela técnica de Roscoe-

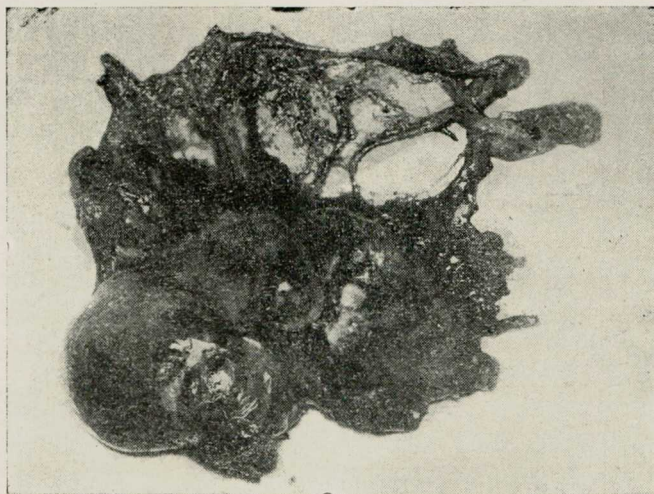


Fig. 2 — Fotografia da peça operatória.

Graham, com jejuno-jeunostomia complementar de Braun. O jejuno foi fixado à pleura mediastínica e ao diafragma na ocasião do fechamento. Através do 10.^o intercôsto, ao nível da linha axilar posterior, foi introduzida sonda de Pezzer na cavidade pleural. No decorrer da intervenção procedeu-se à expansão periódica do pulmão de 15' em 15'. A parede abdominal foi fechada em três planos de sutura. O tórax foi fechado por 2 pontos pericostais de catgut e 2 pontos separados pleuro-musculo-aponevróticos — Agrafes na pele.

Post operatório imediato:

Medicação:

- 1) Sangue total — 1.000 ml.
- 2) Soro glicosado — 1.000 ml.
- 3) Penicilina — 200.000 un. de 4/4 horas.
- 4) Dihidroestreptomicina — 0,5 gr. de 12/12 horas.
- 5) Cl. morfina — 0,005 de 6/6 horas.
- 6) Coramina — 1.7 cc de 8/8 horas.
- 7) Vi Cê — 500 mg + Bejectal — 2 cc.
- 8) Movimentar as pernas de hora em hora.
- 9) Medir líquidos eliminados (urina, líquido de drenagem pleural, vômitos).
- 10) Tenda de oxigênio.

As 21 horas o doente estava confortável com pulso a 64, ritmado e P.A. 140/75.

Em 26/11/49 — Começou a ingerir 30 cc de água de hora em hora. Saiu da tenda às 16 horas.

Exame radiológico do tórax.

Continuou com a mesma medicação à exceção do sangue, tendo sido aumentada a quantidade de soro.

Em 29/11/49 — O paciente levantou e andou.

Em 3/12/49 — Retirados os pontos. Cicatrização primária. Desde o dia 29 vem se alimentando regularmente. Inicialmente sem apetite porém atualmente come com prazer os alimentos que lhe são oferecidos.

Alta sob vigilância em 12/12/49 — Após exame radiológico de controle do esfago-jejuno.

Em 5/1/50 — Paciente desnutrido, apresentando edema maleolar. Nega sintomas relacionados ao aparelho digestivo. O exame clínico não evidenciou metástases. Por falta de recursos não está cumprindo a dieta que lhe foi

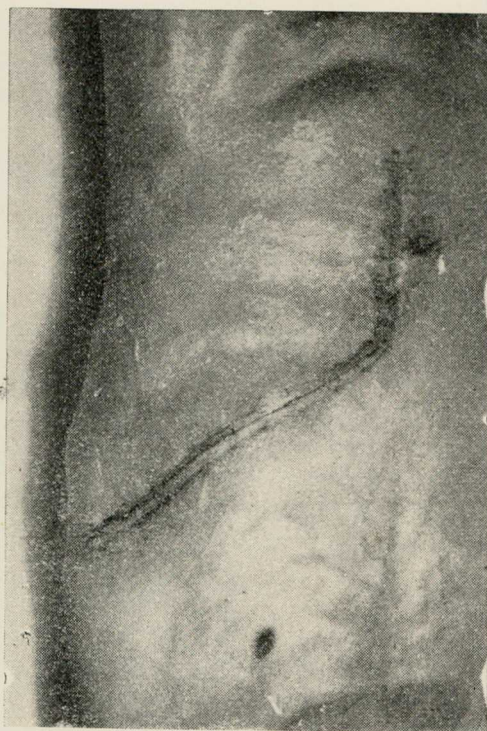


Fig. 3 — Foto da cicatriz operatória logo após a retirada dos pontos

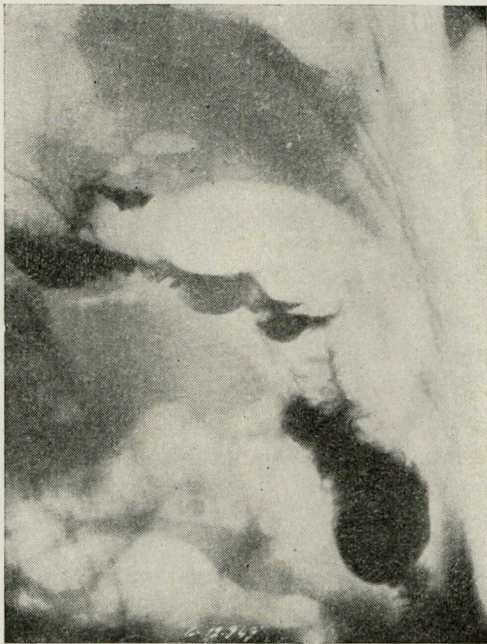


Fig. 4 — Radiografia 1 mês após a operação

prescrita, motivo por que o paciente foi internado no Asilo da Penha, tendo sido instituída dieta rica em proteínas.

Em 7/3/50 — Bom aspecto da cicatriz operatória. Ausência de massas tumorosas palpáveis no abdome. Ausên-

cia de adenopatias. Cedeu o edema das regiões moleolares.

Em princípios de abril, tivemos notícia de que o paciente havia falecido súbitamente em 23 de março. Por este motivo não nos foi possível solicitar autópsia que viria completar a observação do caso.

A evolução do caso cuja observação relatamos, justificou plenamente a gastrectomia total, apesar de terem sido constadadas metástases ao nível da pleura e do diafragma.

Acreditamos mesmo, que além de melhorar consideravelmente as condições de sobrevivência do doente, prolongou a mesma, pois achamos pouco provável que o paciente, não sendo operado, sobrevivesse 4 meses nas condições precárias em que se encontrava.

George T. Pack de New York define claramente seu modo de agir nesses casos quando diz que a cirurgia do câncer gástrico não constitui uma técnica e sim uma filosofia.

