

DUODENOPANCREATECTOMIA ONCOLÓGICA COM TRANSPOSIÇÃO DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR COM VEIA BASÍLICA REVERSA – RELATO DE CASO.

DANIEL CORRADI CARREGAL, VICTOR FALEIRO BARROSO LOURENÇO, SARA SILVIA ISBRECHT FERREIRA, FRANCISCO DE PAULA ALVES DE SOUZA JÚNIOR, RODRIGO MELO MOREIRA CESAR.
Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco (HRPB), Betim – MG

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma pancreático é um dos tumores sólidos de pior prognóstico, sendo o tratamento cirúrgico o único potencialmente curativo. Seu diagnóstico habitualmente tardio, restringe as taxas de ressecabilidade tumoral a 10-15%. Em 85-90% dos carcinomas de pâncreas, verificam-se critérios de irressecabilidade cirúrgica que limitam a terapêutica às opções paliativas. Dentre os poucos pacientes com tumores pequenos, submetidos à ressecção com margens negativas e com gânglios livres de tumor; a taxa de sobrevida em cinco anos alcança apenas 41%. Será apresentado um relato de caso de um paciente atendido pelo Serviço de Cirurgia Oncológica e Cirurgia Vascular do Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco.

RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, 41 anos, compareceu ao Pronto Atendimento do HPRB sob livre demanda, com queixa de epigastralgia progressiva, êmese pós-prandial, saciedade precoce e perda ponderal de 10 kg em 2 meses. Negava comorbidades ou cirurgias prévias. Apresentava propedêutica: Endoscopia digestiva alta com biópsia sem evidências de atipias. Solicitada tomografia computadorizada helicoidal de abdômen e tórax com propedêutica laboratorial a admissão. A TC evidenciou formação de aspecto infiltrativo inferiormente à cabeça pancreática, envolvendo processo uncinado, de contornos mal definidos, hipovascular, medindo 3.7 x 4.5 x 4.2 cm sem plano de clivagem com 3ª e 4ª porções duodenais e segmento distal da veia mesentérica superior, distando 1.5 cm da junção esplenomesentérica. Não se identificaram quaisquer lesões de aspecto metastático. Exames séricos demonstraram amilase (2003u/l), bilirrubina total de 0.67mg/dl (BI0.34, BT0.33). Paciente submetida a Duodenopancreatectomia com linfadenectomia estendida e ressecção de veia mesentérica superior com interposição da veia basílica esquerda reversa.

REFERÊNCIAS:

- 1- AMICO, Enio Campos et al . Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico do adenocarcinoma de pâncreas. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo , v. 21, n. 4, p. 192-200, Dec. 2008 .
- 2- ROCHA, Luiz Carlos Gomes et al . Duodenopancreatectomia: avaliação dos resultados em 41 pacientes. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 33, n. 6, p. 387-392, Dec. 2006 .
- 3- OLIVEIRA, P. Horta et al . Trombose Venosa Mesentérica: uma causa rara de oclusão intestinal. Rev. Port. Cir., Lisboa , n. 22, p. 61-66, set. 2012 .

Houve necessidade de ressecção de artéria e veia cólica médias à ressecção tumoral, sendo realizada em seguida colectomia de colón transverso com anastomose em plano único. Ocorreu normalização dos valores de bilirrubina e marcadores de função hepática ao 10º dia de pós-operatório. Suporte nutricional foi iniciado 10 dias antes da cirurgia, sendo a dieta parenteral mantida até o 15º DPO, concomitante a dieta oral reintroduzida ao 3º DPO. Recebeu alta da UTI no 4º DPO e alta hospitalar no 18º DPO. Exame anatomopatológico identificou 18 linfonodos, sem acometimento neoplásico, bem como de margens de peça principal livres de neoplasia. Paciente foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia oncológica do HPRB em acompanhamento.

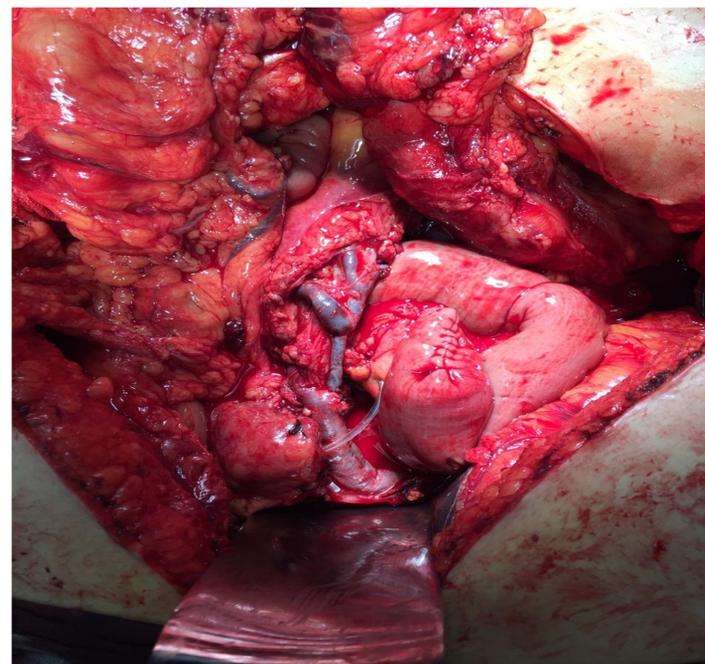


Figura 1. transposição de veia mesentérica superior com veia basílica reversa.

DISCUSSÃO

Pancreatectomias apresentam dificuldades técnicas e anatômicas consideráveis, além de serem indicadas para neoplasia de alta agressividade. Os desfechos cirúrgicos apresentam altos índices de complicações. Invasão vascular venosa ou mesmo o estigma terapêutico de uma doença agressiva e mórbida não devem ser barreiras para a decisão pela cirurgia.