

LINFADENECTOMIA D2 VIA LAPAROSCÓPICA DOS GRUPOS GANGLIONARES 8-12 POR CANCRO GÁSTRICO

GASTRIC CANCER D2 LAPAROSCOPIC LYMPHADENECTOMY OF 8-12TH STATIONS

 ANDRÉ BATISTA¹,  ISA SANTOS¹,  AURORA PINTO²,  LUÍS CORTEZ³

¹ Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Setúbal

² Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar de Setúbal

³ Assistente Hospitalar Sénior de Cirurgia Geral, Diretor de Serviço de Cirurgia Geral e Diretor do Departamento Cirúrgico, Centro Hospitalar de Setúbal. Portugal

 <https://youtu.be/xMa9swEz07A>

INTRODUÇÃO

O cancro gástrico é a 4^a neoplasia mais comum no mundo e geralmente manifesta-se num estadio avançado. A presença ou ausência de metástases ganglionares um dos fatores prognósticos mais importantes. A linfadenectomia tem assim um papel essencial: diminuição da recidiva loco-regional, estadiamento adequado e melhoria da sobrevida.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 67 anos, que iniciou quadro de perda ponderal (14kg), astenia e dor epigástrica com 2 meses de evolução. Realizou endoscopia digestiva alta que identificou lesão vegetante e ulcerada na grande curvatura gástrica, cujas biopsias revelaram adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Realizou análises, ecoendoscopia alta e TC toraco-abdomino-pélvico, sendo o seu estadiamento clínico T1bN0M0 – estadio IA (AJCC

INTRODUCTION

Gastric cancer is the 4th most common cancer in the world and it usually manifests at an advanced stage. The presence or absence of lymph node metastases is one of the most important prognostic factors. Lymphadenectomy thus plays an essential role: decreased locoregional recurrence, adequate staging and improved survival.

CLINICAL CASE

A 67-year-old male patient who started weight loss (14 kg), asthenia and epigastric pain with 2 months of evolution. He underwent upper digestive endoscopy that revealed a protruding and ulcerated lesion in the greater gastric curvature, whose biopsies revealed moderately differentiated adenocarcinoma. The patient underwent a complete study with laboratory analysis, upper endoscopic ultrasound and thoraco-abdomino-pelvic CT scan, with his clinical staging



8ª edição). Foi proposto em Reunião de Decisão Terapêutica Multidisciplinar para gastrectomia total com linfadenectomia D2.

CIRURGIA

Abordagem laparoscópica, confirmando-se ausência de lesões suspeitas de secundarização, pelo que se procedeu a gastrectomia total com linfadenectomia D2. Os grupos ganglionares 1-7 foram removidos em bloco com a peça cirúrgica de gastrectomia; os grupos ganglionares 8-12 foram removidos individualmente.

A reconstrução da continuidade digestiva foi realizada com montagem em Y-Roux (anastomoses esófago-jejunal e jejuno-jejunal latero-laterais mecânicas com EndoGIA 45mm e encerramento com sutura manual dos orifícios de introdução da EndoGIA). Foi realizada cirurgia curativa (R0).

RESULTADOS

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo tido alta hospitalar ao 7º dia pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou carcinoma misto (adenocarcinoma + carcinoma mucinoso + carcinoma de células pouco coesas) tipo inclassificável de Lauren, com excisão de 49 gânglios (17 removidos das estações 8-12), 4 com metástase (pT3N2aM0 – estadio IIIA). Realizou quimioterapia adjuvante (6 ciclos de Xelox). Mantém seguimento em consulta encontrando-se agora com 4 anos de sobrevida livre de doença.

CONCLUSÃO

No Cancro gástrico o tratamento definitivo depende do estadiamento da doença conjugando a ressecção cirúrgica R0 com terapêuticas neoadjuvantes/

being T1bN0M0 - stage IA (AJCC 8th edition). It was proposed in a Multidisciplinary Therapeutic Decision Meeting for total gastrectomy with D2 lymphadenectomy.

SURGERY

Laparoscopy approach confirmed the absence of metastatic disease and a laparoscopic total gastrectomy was performed with D2 lymphadenectomy. Lymph node groups 1-7 were removed *en bloc* with the stomach; lymph node groups 8-12 were removed individually.

The reconstruction of the digestive continuity was performed with Y-Roux (mechanical latero-lateral esophageal-jejunal and jejuno-jejunal anastomosis with 45mm EndoGIA and closure with manual suture of the EndoGIA introduction holes). Curative surgery was performed (R0).

The digestive continuity was performed with Y-en-Roux reconstruction (mechanical latero-lateral esophageal-jejunal and jejuno-jejunal anastomoses with 45mm EndoGIA and closure with manual suture of the EndoGIA introduction holes). Curative surgery was performed (R0).

RESULTS

The postoperative period was uneventful, and was discharged on the 7th postoperative day. The anatomopathological examination revealed mixed carcinoma (adenocarcinoma + mucinous carcinoma + goblet cells carcinoma) Lauren's unclassified type, with excision of 49 lymph nodes (17 removed from stations 8-12), 4 with metastasis (pT3N2aM0 – stage IIIA). Underwent adjuvant chemotherapy (6 cycles of Xelox). He continues to be followed up in consultation and is now with 4 years of disease-free survival.



adjuvantes. Apesar da controvérsia acerca das vantagens/desvantagens da linfadenectomia D1 vs D2 vs D3, a linfadenectomia D2 na doença localmente avançada é a mais aceita e a que demonstra melhores resultados na sobrevida livre de doença. A abordagem cirúrgica laparoscópica é segura e eficaz para o tratamento do cancro gástrico. Apresenta curva de aprendizagem longa, contudo com resultados oncológicos equivalentes, com menor dor pós-operatória e alta hospitalar precoce.

CONCLUSION

In gastric cancer, the definitive treatment depends on the stage of the disease, combining surgical resection R0 with neoadjuvant / adjuvant therapies. Despite the controversy about the advantages / disadvantages of lymphadenectomy D1 vs D2 vs D3, lymphadenectomy D2 in locally advanced disease is the most accepted and the one that shows the best results in disease-free survival. The laparoscopic surgical approach is a safe and effective for the treatment of gastric cancer. It has a long learning curve, however with equivalent cancer results, with less postoperative pain and early hospital discharge.

Correspondência:

ANDRÉ BATISTA

e-mail: asbatista86@gmail.com

Data de recepção do artigo:

25-11-2020

Data de aceitação do artigo:

13-12-2020

