

48 ESTENOSE BENIGNA REFRACTÁRIA DO ESÓFAGO - QUANDO AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS SE ESGOTAM

Giestas S.1, Ferreira M.1, Gomes D.1, Gregório C.1, Amaro P.1, Almeida J.2, Agostinho C.1, Portela F.1, Sofia C.1

Introdução: a maioria das estenoses esofágicas benignas responde ao tratamento de primeira linha com dilatação endoscópica, porém 40% recidiva. Apesar das opções endoscópicas atualmente existentes (injeção intralésional de corticoides, terapêutica incisional, próteses esofágicas) no tratamento das estenoses refratárias a sua abordagem terapêutica mantém-se um desafio não se conseguindo obter melhoria clínica significativa em alguns doentes. Caso clínico: sexo masculino, 48 anos. Antecedentes de esofagectomia quase total e esofagogastrostomia cervical por carcinoma epidermoide do 1/3 distal do esófago. Seguido em consulta de pneumologia por silicose. Ex-fumador. Sem outros antecedentes de relevo. Dois meses após o procedimento cirúrgico efetuou EDA por disfagia de agravamento progressivo (grau 3) observando-se lúmen do coto esofágico tortuoso e estenose infranqueável da anastomose esofago-gástrica. Procedeu-se a realização de sessões periódicas de dilatação com balão TTS (inicialmente semanais, depois mensais) mantendo-se a estenose infranqueável. No intervalo de cada procedimento verificou-se recidiva precoce da disfagia (grau 2). Perante o cenário de estenose refratária procedeu-se a 3 sessões de injeção de corticoide mas sem se verificar melhoria sintomática sustentada. Efetuadas então 2 sessões de terapêutica incisional com Hook knife com necessidade de coagulação com árgon-plasma para controlo de hemorragia, não se conseguindo transpor a estenose. Decidido colocar prótese biodegradável com 8cm. Doente manteve-se assintomático 4 semanas após procedimento mas posteriormente apresentou recidiva da disfagia (grau 2) constatando-se endoscopicamente abundante tecido de granulação e lúmen estenosado não transponível mesmo após dilatação até 13,5mm. Face à incapacidade de resposta aos diferentes procedimentos endoscópicos disponíveis foi decidido realização de reconstituição esofágica com interposição de cólon. Porém intraoperatoriamente verificou-se processo aderencial intenso com paqui-pleurite exuberante inviabilizando o ato cirúrgico. Doente encontra-se atualmente a realizar sessões de dilatação consoante necessidade sintomática enquanto aguarda nova tentativa de abordagem cirúrgica. Conclusão: os autores descrevem o caso pela dificuldade da abordagem terapêutica. Apresenta-se iconografia.

(1) Serviço de Gastrenterologia, (2) Serviço Cirurgia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra