

PAULO JOSÉ DE CAVALCANTI SIEBRA³, TERENCE PIRES DE FARIAS¹, FERNANDO LUIZ DIAS¹, JULIANA FERNANDES DE OLIVEIRA³, JULIANA MARIA DE ALMEIDA VITAL³, ARLI REGINA LOPES MORAES³, JOSÉ GABRIEL MIRANDA DA PAIXÃO³

¹Pesquisador do Instituto Nacional de Câncer – INCA, Rio de Janeiro/ RJ. Doutor em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA, Rio de Janeiro/ RJ. Professor assistente do curso de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC/RJ. ² Chefe do Departamento de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer – INCA, Rio de Janeiro/ RJ. Doutor pela Universidade de São Paulo – USP/ SP, Brasil. Professor Titular do curso de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC/RJ. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. ³Residência Médica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer – INCA, Rio de Janeiro/ RJ. ¹

INTRODUÇÃO

A traqueostomia mediastinal (TM) consiste na confecção de um estoma na região anterior do tórax, utilizando a traquéia intra-torácica, quando há extensão insuficiente para a confecção de uma traqueostomia supra-esternal tradicional.

As principais indicações para a TM são: neoplasias malignas da região subglótica com extensão para traquéia proximal, recorrência em estoma após laringectomia e carcinoma bem diferenciado de tireóide com invasão de traquéia. Apesar de apresentar grande morbidade e mortalidade, não é proscrito e deve ser indicado para casos bem selecionados.

Manobras como a transposição da traquéia por baixo da artéria inominada e a rotação de retalho de peitoral maior para isolamento dos grandes vasos foram desenvolvidas para diminuir os riscos de complicações.

MÉTODOS

Descrever um relato de caso de traqueostomia mediastinal em um adulto, discussão do procedimento e seus resultados.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 52 anos, com carcinoma epidermóide de hipofaringe avançado, acometendo as aritenóides, espaço interaritenóideo, região pós cricóide, prega ariepiglótica esquerda e seio piriforme esquerdo, com extensão para esfíncter esofágico superior e esôfago cervical, associado a paralisia de hemilaringe esquerda. Foi tratado inicialmente com protocolo de indução seguido por radioterapia concomitante com cetuximabe. Evoluiu com resposta completa, porém apresentou recidiva após 14 meses. Foi submetido a faringolaringoesofagectomia com transposição de cólon, evoluiu com fístula cólon-faríngea e deiscência de traqueostomia com retração da traquéia para o mediastino. Em reoperação, foi realizada correção da fístula e confeccionada traqueostomia mediastinal devido a pouca extensão de traquéia remanescente. Foram utilizados retalhos de Peitoral Maior e Delto-peitoral para isolamento dos grandes vasos e diminuição da tensão da anastomose cutânea. Recebeu alta hospitalar, apresentou apenas 01 episódio de pneumonia, tratada ambulatorialmente, e encontrava-se sem evidência de doença após 10 meses do procedimento cirúrgico.

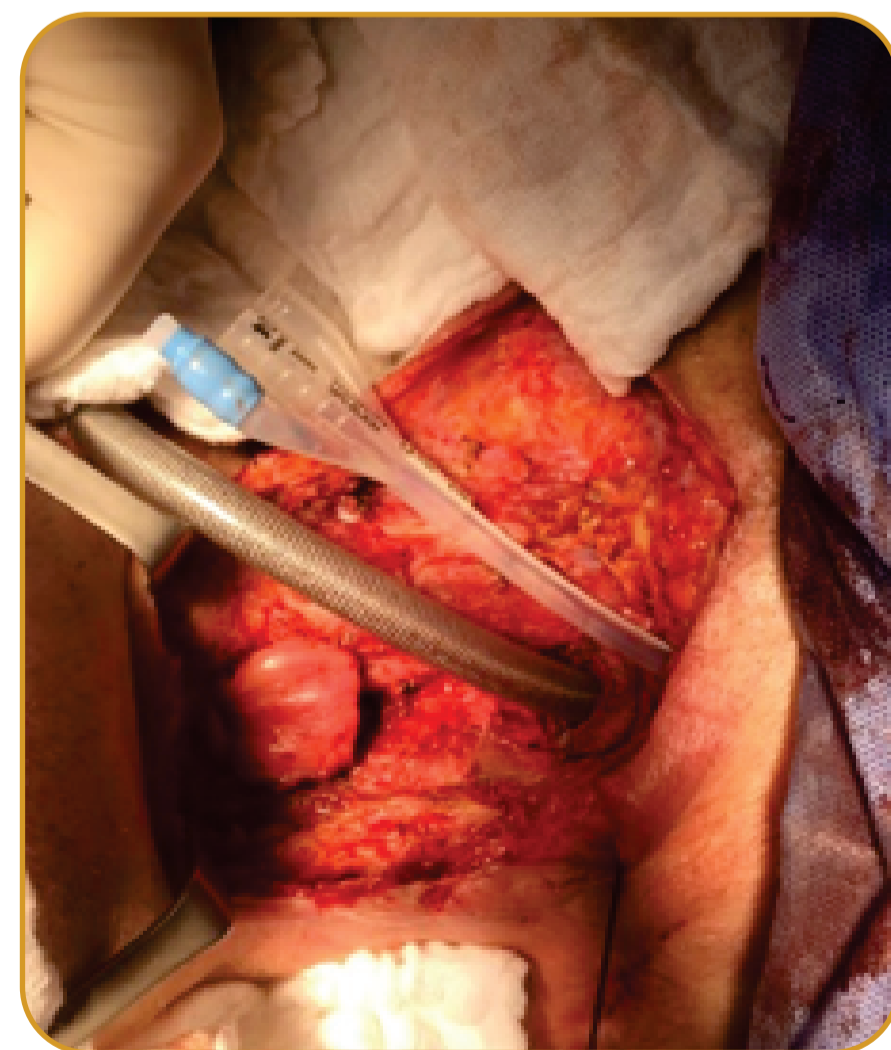


Figura 1. Após ressecção da lesão observa-se porção distal da traquéia contendo tubo endotraqueal, e sonda de Foley inserida no cólon



Figura 2. Transposição do cólon para o pescoço via retro-esternal com boa extensão

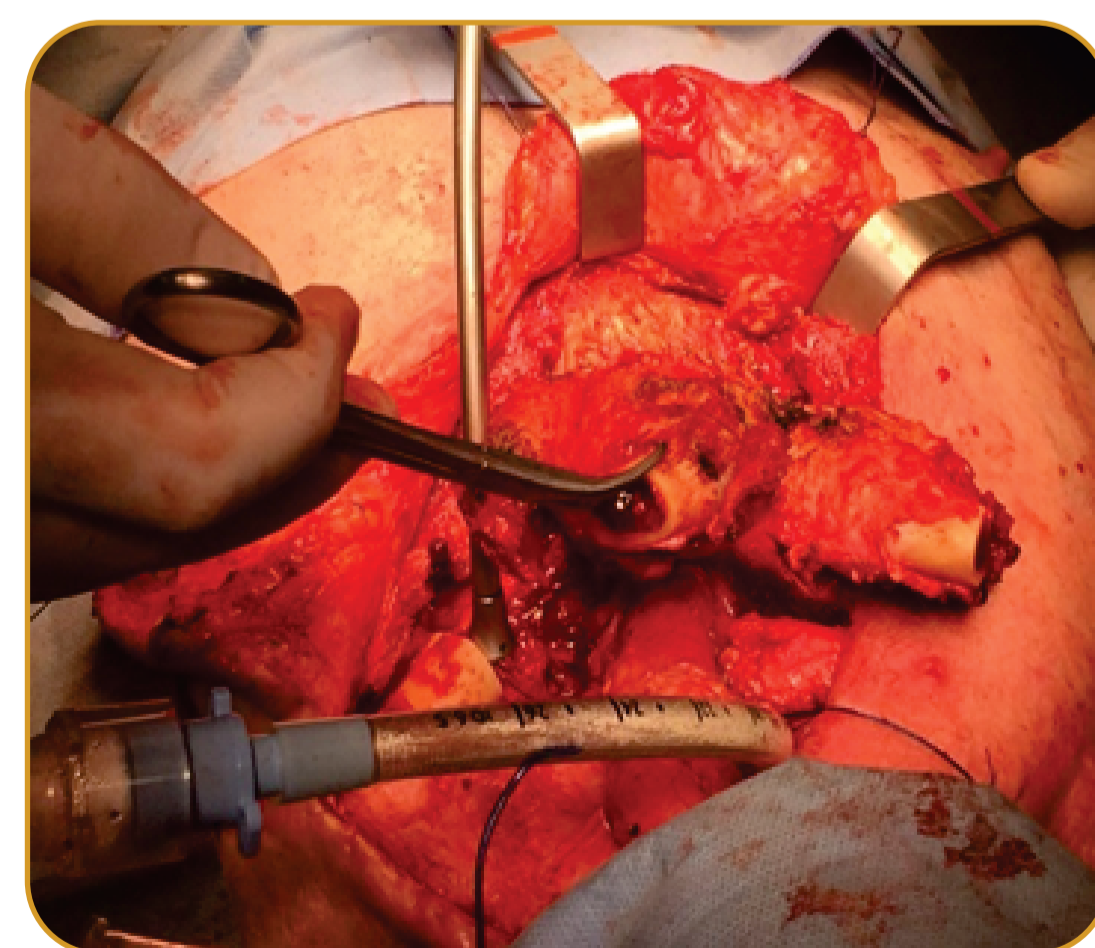


Figura 3. Ressecção do Manúbrio e porção medial de clavículas

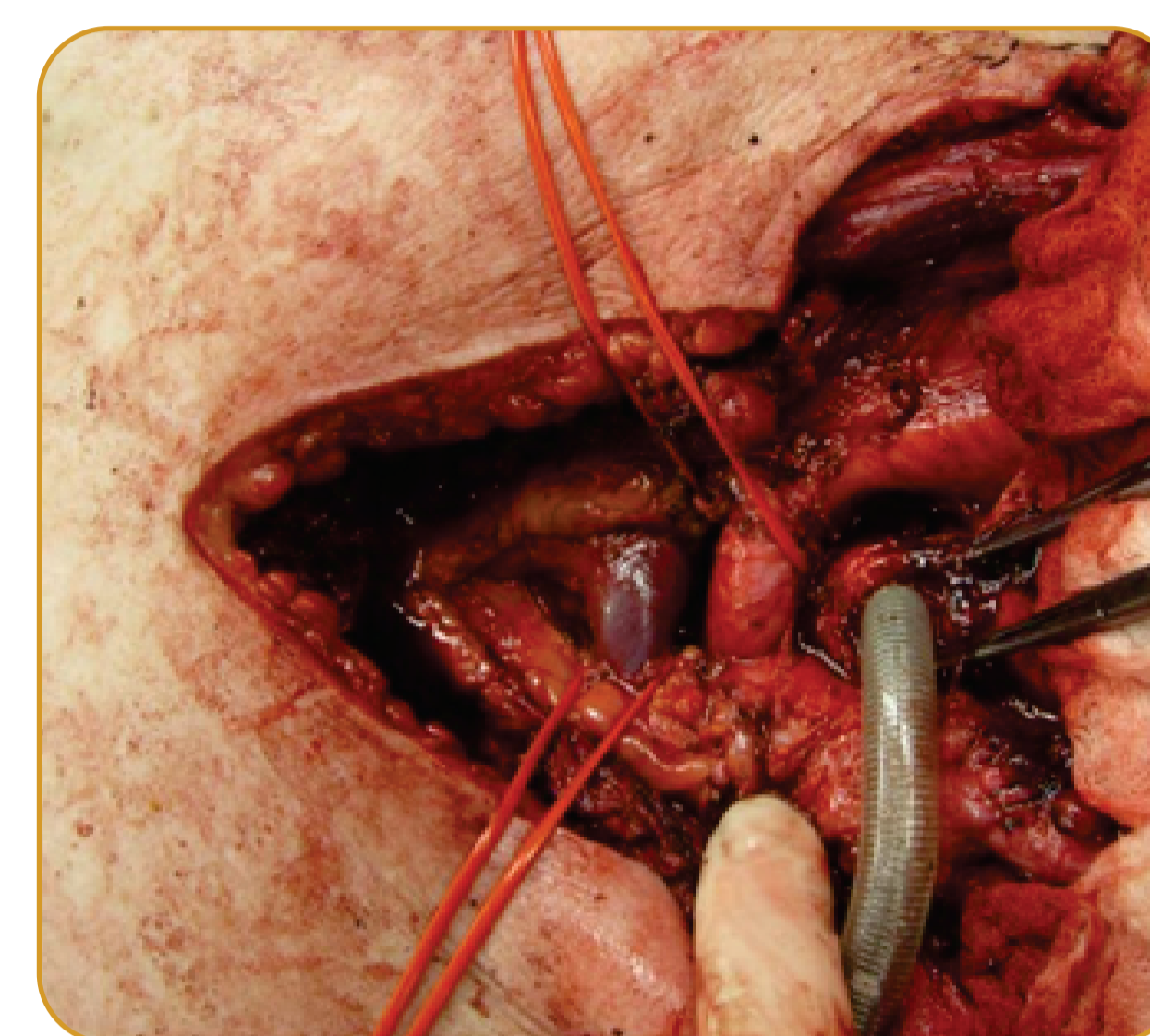


Figura 4. Reparo da Artéria e Veia Inominadas previamente a translocação da traquéia



Figura 5. Anastomose à pele e fechamento com retalho de Peitoral Maior a esquerda e Delto-peitoral a direita

DISCUSSÃO

Alguns trabalhos mostram sobrevida em 05 anos entre 43-55% após a TM, a depender do tipo de tumor primário.

As principais contra-indicações seriam a invasão ou envolvimento dos grandes vasos, invasão distal da traquéia 3,0 cm a 4,0 cm acima da carina, invasão da fáscia pré-vertebral ou coluna, e presença de doença em lúmen de brônquios.

Berthet e col. (2014) observaram mortalidade pós-operatória de 8,3%. Apesar da morbidade cirúrgica, a longo prazo houve boa tolerância dos pacientes ao procedimento.

A complicação mais temida é a ruptura de artéria inominada, devido a alta letalidade. Porém houve redução de incidência após o uso de retalhos para cobertura da artéria e confecção de anastomoses tráqueo-cutâneas livres de tensão.

CONCLUSÃO

A traqueostomia mediastinal constitui importante opção para reconstrução da via aérea nos casos em que não há uma extensão suficiente de traquéia para a realização do procedimento na região cervical.

Embora apresente alto índice de complicações, a TM continua plausível em pacientes bem selecionados conforme observado no relato de caso acima.

REFERÊNCIAS

- Berthet JP, Garrel R, Gimferrer JM, Parabela M, Marty-Ané CH, Molins L, Gómez-Caro A (2014). Anterior mediastinal tracheostomy as salvage operation. *Ann Thorac Surg*; 98(3):1026-33.
- Chan, Y. W., Yu Chow, V. L., Lun Liu, L. H. and Ignace Wei, W. (2011), Manubrial resection and anterior mediastinal tracheostomy: Friend or Foe?. *The Laryngoscope*; 121: 1441-1445.
- Conti M, Benhamed L, Mortuaire G, Chevalier D, Pinçon C, Wurtz A (2010). Indications and results of anterior mediastinal tracheostomy for malignancies. *Ann Thorac Surg*; 89(5):1588-95.
- Grillo HC (1966). Terminal or mural tracheostomy in the anterior mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg*; 51: 422-7
- Maipang T, Singha S, Panjapiyakul C, Totemchokchyakam P (1996). Mediastinal tracheostomy. *Am J Surg*; 171:581-6
- Orringer MB (1992). Anterior mediastinal tracheostomy with and without cervical exenteration. *Ann Thorac Surg*; 54:628-37.
- Sisson GA, Strachley CJ Jr, Johnson NE (1962). Mediastinal dissection for recurrent cancer after laryngectomy. *Laryngoscope*; 72: 1064-77.