

AVALIAÇÃO DA ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA PELA TÉCNICA MANUAL EM DOIS PLANOS DE SUTURA EM PACIENTES COM MEGAESÔFAGO AVANÇADO RECIDIVADO E DE ORIGEM IDIOPÁTICA SUBMETIDOS A ESOFAGOCARDIOPLASTIA

Fernanda G. Callegari^{1*}; José L. B. Aquino²

1. Estudante de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina da PUC-CAMPINAS
2. PUC-CAMPINAS – Professor Titular de Clínica Cirúrgica / Orientador

Resumo

A escolha da melhor opção cirúrgica no tratamento de pacientes com megaesôfago recidivado após tratamento prévio é muito controversa, variando desde procedimentos conservadores a operações mais complexas.

Este estudo visa observar de maneira mais seletiva, com a técnica da esofagocardioplastia com gastrectomia parcial, pela técnica manual em dois planos de sutura, os pacientes com megaesôfago idiopático de grau avançado e com recidiva de sintomas, após terem sido submetidos previamente a cardiomiectomia com funduplicatura.

Foram selecionados cinco pacientes com grau avançado de megaesôfago idiopático, não portadores da doença de Chagas e com condições clínicas de serem submetidos a esofagocardioplastia. No pós-operatório, um paciente apresentou infecção pulmonar com boa evolução. Em um paciente houve deiscência da anastomose esôfago gástrica, mas com boa evolução com tratamento clínico. Em quatro pacientes analisados, no período de 6 a 7 meses, houve melhora importante da deglutição.

Autorização legal: Protocolo 1.227.805 expedido pelo Comitê de Ética da PUC-CAMPINAS.

Palavras-chave: disfagia; acalásia idiopática; cirurgia da acalásia idiopática.

Apoio financeiro: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Trabalho selecionado para a JNIC pela instituição: PUC-CAMPINAS.

Introdução

A acalasia idiopática do esôfago (AIE) é uma doença inflamatória de origem desconhecida, caracterizada por aperistalse do corpo do esôfago e falha no relaxamento do esfíncter inferior em resposta às deglutições, com consequente disfagia. [1, 2, 3] Dentre as principais causas que podem predispor a esta afecção, é relatada lesão por agente tóxico devido à exposição prolongada com químicos potentes [1, 4, 5]; doença autoimune [6]; infecções virais prévias [1, 7]; histórico familiar com esta afecção [7, 8, 9]; uso prolongado de tabaco e etilismo. [6, 10]

No Brasil, a AIE é pouco conhecida, pois existe a esofagopatia secundária a doença de Chagas, sendo esta endêmica em vários estados, apresentando sinais e sintomas semelhantes aos da AIE, o que torna difícil de estimar a exata incidência desta patologia. Assim, no meio nacional, poucos autores referem experiência com o tratamento cirúrgico da AIE. As alternativas cirúrgicas variam desde procedimentos mais conservadores a operações mais complexas e mutiladoras. [3, 4, 5] Por outro lado, no megaesôfago de origem chagásica, sempre foi muito controverso quanto a melhor opção cirúrgica para o tratamento dos pacientes com esta afecção com recidiva de sintomas após tratamento prévio. [11, 12]

Destaca-se, recentemente, a experiência de AQUINO et al [13] que, ao analisar 32 pacientes com megaesôfago chagásico não avançado e recidivado após cardiomiectomia prévia, obteve bons resultados em 81,4% dos casos com a realização da esofagocardioplastia. Também é discutível se os procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes com megaesôfago avançado recidivado e de origem idiopática teriam a mesma evolução em casos com a mesma afecção de origem chagásica. [5, 14, 15]

Por essa razão, surgiu a ideia de realizar este estudo de maneira mais seletiva, com a técnica da esofagocardioplastia com gastrectomia parcial com anastomose esofagogástrica em dois planos de sutura em pacientes com megaesôfago apenas com grau avançado e com recidiva de sintomas após terem sido submetidos previamente a cardiomiectomia e de origem idiopática. Com isso, será possível demonstrar se haverá menor índice de complicações pós-operatórias, além de poder avaliar se os pacientes terão alívio da disfagia e assim, proporcionar um estado nutricional mais satisfatório.

Metodologia

1- Casuística

No período de agosto de 2016 a julho de 2017, foram estudados, no serviço de cirurgia torácica do Hospital da PUC-CAMPINAS, cinco pacientes com diagnóstico de megaesôfago avançado e recidivado e de origem idiopática e com condições clínicas de serem submetidos a esofagocardioplastia.

2- Avaliação Pré-operatória

O diagnóstico do megaesôfago de origem idiopática foi realizado por parâmetros clínicos (disfagia, regurgitação, emagrecimento, antecedentes pessoais e epidemiológicos), radiológicos (estudo contrastado do esôfago e enema opaco) e endoscópicos (endoscopia digestiva alta e colonoscopia).

3- Técnica Cirúrgica

Em todos os pacientes, a técnica utilizada foi a esofagocardioplastia com gastrectomia parcial (técnica de SERRA DÓRIA - Figura 1), que consiste basicamente em:

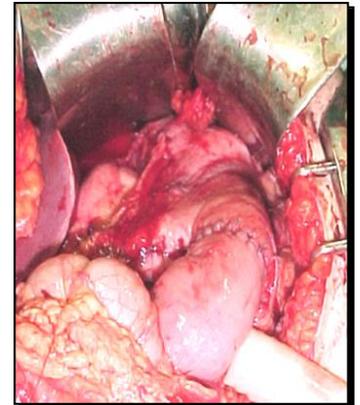
- Laparotomia mediana superior;
- Liberação das aderências da cirurgia prévia e isolamento do esôfago;
- Anastomose gastroesofágica látero-lateral pela técnica manual em dois planos, sendo o primeiro total contínuo e o segundo seromuscular em pontos separados, sendo em ambos os planos utilizado o fio de vicryl 3-0;
- Gastrectomia parcial com anastomose gastrojejunal término-lateral à Y de Roux em um plano de sutura manual seromuscular em pontos separados com fio de vicryl 3-0;
- Fechamento da parede abdominal por planos, com colocação de dreno por contra abertura lateral.

4- Avaliação Pós-operatória

Foram avaliadas as complicações clínicas sistêmicas (cardiovasculares, pulmonares e infecciosas) e complicações locais (deiscências das anastomoses esofagogástricas e gastrojejunal e estenose da anastomose esofagogástrica).

5- Qualidade de vida

Neste item, foram comparados os parâmetros pré e pós-operatório em relação à deglutição, disfagia (sendo esta classificada como leve, moderada e intensa) e regurgitação, demonstrando o impacto do procedimento cirúrgico na qualidade de vida do paciente.



Figuras 1. Gastrectomia parcial com anastomose gastrojejunal término-lateral à Y de Roux.

Resultados e Discussão

Mais recentemente, tem sido demonstrada na fisiopatologia da AIE uma inflamação prévia do plexo nervoso mioentérico do esôfago consequente a vários fatores de comportamento e ambientais, o que destruiria em sequência essa inervação esofágica. [1] Talvez isto explique o potencial diagnóstico da AIE nos 5 pacientes do nosso estudo, pois 4 pacientes foram tabagistas por tempo variável de 25 a 40 anos, tendo cessado entre 5 a 8 anos; 3 também eram etilistas, tendo em média ingestão de 1 a 2 doses de destilado/dia entre 25 a 38 anos. Além disso, 3 pacientes referiram contato com agrotóxicos por terem trabalhado em lavouras de café e algodão, por tempo variável de 7 a 15 anos, 1 paciente referiu ter tido varicela, além de fazer uso de medicamentos antidepressivos.

A semelhança da AIE com a esofagopatia de etiologia chagásica, do ponto de vista de sintomas, os achados radiológicos e estudos histopatológicos é muito grande. [4, 5] No estudo radiológico, exame contrastado do esôfago, foi evidenciado megaesôfago grau IV em todos os pacientes (Figura 2), segundo a classificação de RESENDE et al. [16]. Alguns antecedentes presentes na história pregressa dos pacientes do nosso estudo possibilitou excluir a esofagopatia de origem chagásica. Uma vez que, além de não apresentarem contato com o vetor da doença (triatomídeo), todas as sorologias foram negativas para doença de Chagas e, apenas um paciente referiu ser proveniente do nordeste do país, região endêmica de doença, sendo os demais provenientes da região de Campinas. Também foi constatada ausência de megacólon no enema opaco e de cardiopatia chagásica na totalidade dos casos analisados.

A semelhança do megaesôfago recidivado de origem chagásica, também no de origem idiopática o tratamento cirúrgico ainda é bastante controverso, devido aos erros técnicos na execução da primeira operação realizada, a escolha inadequada da técnica cirúrgica para determinado grau do megaesôfago. [11, 14] Por ser a cardiomiectomia o procedimento mais utilizado para o tratamento do megaesôfago, a maioria das séries refere recorrência da disfagia após

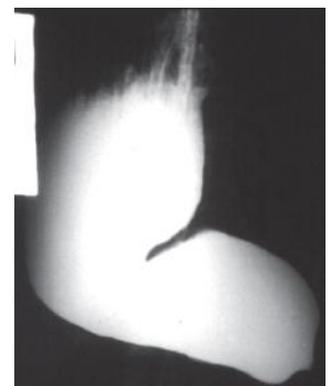


Figura 2. Radiografia contrastada demonstrando megaesôfago grau IV.

esta técnica, sendo a mesma consequência da miotomia incompleta. [11, 14] Por isso a importância de uma boa avaliação da história progressiva dos pacientes, fato este que foi bem adequado no nosso estudo, pois nos cinco pacientes da série, a cardiomiectomia foi a cirurgia de eleição previamente, sendo que a recidiva de sintomas em todos surgiu entre 8 a 26 anos deste procedimento. Isso infere que a recidiva deve ter sido ocasionada por fibrose cicatricial e/ou esofagite de refluxo. Os cinco pacientes do estudo apresentavam no pré-operatório disfagia moderada (alimentos pastosos) a intensa (alimentos líquidos) com tempo variável de 7 a 11 anos. A regurgitação intermitente também estava presente em 3 pacientes, além de que os mesmos referiram emagrecimento de 9 a 18 quilos em tempo variável de 32 a 46 meses. Houve predominância do sexo masculino (4 pacientes) e a idade variou entre 59 a 73 anos.

Por se atuar em pacientes submetidos a cirurgia prévia, se faz com que haja muitas aderências da transição esôfagogastrica com as estruturas vizinhas, predispondo durante a dissecação do esôfago a complicações, como perfuração do mesmo, lesão pleural com o consequente pneumotórax. Além disso, pela maior dissecação que se faz necessária da transição esofagogastrica, há a possibilidade de ocorrer maior comprometimento da vascularização, podendo evoluir para a deiscência da sutura esofagogastrica com a consequente fístula, como tem sido demonstrado em algumas séries. [11, 15] Esta complicação foi evidenciada em um paciente do nosso estudo que, embora tivesse evoluído bem com o tratamento conservador por se tratar de uma fístula anastomótica de pequena extensão e sem comprometimento hemodinâmico, fez com que retardasse a alta hospitalar, além do maior custo. Daí a vantagem se tivesse sido utilizado a sutura mecânica na anastomose esofagogastrica ou mesmo também se pudéssemos ter realizado um estudo comparativo com a sutura mecânica desta anastomose, pois nos últimos anos vários autores têm demonstrado que esta sutura, por ser invertida e em dois planos, torna-se mais segura e assim poderia minimizar as complicações da fístula anastomóticas no trato digestivo. [17, 18]

Na avaliação precoce, até com 30 dias de pós-operatório, um paciente apresentou infecção pulmonar, talvez devido a potencial desnutrição que se manifesta em pacientes com megaesôfago, o que predispõe a maior possibilidade de infecção. Além disso, o tabagismo, presente neste paciente, causa um maior comprometimento pulmonar. Esta complicação também é referida por outros autores. [11, 15] Um dos pacientes apresentou evidência clínica de fístula da anastomose esofagogastrica, pela saída de secreção digestiva pelo dreno abdominal a partir do 6º dia de pós-operatório. Como não havia sinais de peritonite difusa e, clinicamente o paciente se apresentava hemodinamicamente estável, optou-se por realizar tratamento conservador, com nutrição parenteral havendo fechamento da fístula no 15º dia de pós-operatório. Os outros 4 pacientes não apresentaram evidência clínica de fístula, seja da anastomose esofagogastrica e ou gastrojejunal até o 7º dia de pós-operatório, sendo introduzido dieta via oral inicialmente líquida e progressivamente pastosa e sólida, segundo a aceitação dos mesmos.

A avaliação em médio prazo, entre 2 e 10 meses, com média de 6 a 7 meses, foi realizada em 4 pacientes do estudo. O paciente restante não pode ser avaliado em médio prazo por se encontrar em pós-operatório recente, com apenas 23 dias do procedimento cirúrgico. Na nossa experiência, com os 4 pacientes avaliados, demonstrou-se a validade do procedimento cirúrgico proposto, pois eles conseguiram resgatar a sua deglutição normal, sendo que na avaliação pré-operatória, todos apresentavam disfagia moderada a intensa. Além disso, foi proporcionada a eles uma melhor qualidade de vida com retorno as atividades habituais sendo que 2 deles referiram aumento de peso, mesmo com pouco tempo de acompanhamento. Nenhum paciente referiu regurgitação neste tempo de estudo e nenhum óbito foi evidenciado nesta série estudada.

Conclusões

Do ponto de vista terapêutico, embora não seja possível apresentar conclusões definitivas, devido à pequena casuística e tempo de seguimento médio de apenas 6-7 meses. Porém, podemos inferir que a esofagocardioplastia a SERRA DÓRIA parece ser um procedimento adequado para o tratamento cirúrgico da AIE de forma avançada e com recidiva após tratamento prévio, por apresentar complicações com boa resolutividade, por ter oferecido qualidade de vida satisfatória e pelo resgate da deglutição em todos os pacientes que foram analisados em médio prazo. Dessa forma, existe a necessidade de maior tempo de acompanhamento e maior número de pacientes, para confirmar a validade deste procedimento.

Referências bibliográficas

[1] PARK W, VAEZI MF. Etiology and pathogenesis of achalasia: the current understanding. Am J Gastroenter 2005; 100:1404-14.

[2] VILLANACI V, ANNESE V, CUTTLITA A, FISOGNI S, SCARAMUZZ GS. An immunohistochemical study of the mesenteric plexus in idiopathic achalasia. J Clin Gastroenter 2010;44- 407-10.

- [3] DANTAS RO, APRILE LR. Esophageal contractions in Chagas' disease and in idiopathic achalasia. *J Clinical Gastroenterol* 2005;39(10):863-8.
- [4] HERBELLA FAM, OLIVEIRA DRCF, DEL GRANDE JC. Are idiopathic and chagasic achalasia two different diseases?. *Dig Dis Sciences* 2004;49:353-360.
- [5] ANDREOLLO NA, LOPES LR, BRANDALISE NA, LEONARDI LS. Achalasia idiopática do esôfago. Análise de 25 casos. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 1996;15(5):151-55.
- [6] DANTAS RO. Comparação entre achalasia idiopática e achalasia consequente a Doença de Chagas: revisão. *Arq Gastroenterol* 2003;409(2): 34-39.
- [7] KAART K, WALDRON R, ASRAF MS. Familiar infantile esophageal achalasia. *Arch Dis Child* 1991;66:1353-54.
- [8] ANNES EV, NAPOLITANO G, MINERVINI MM. Family occurrence of achalasia. *J Clinical Gastroenterol* 1995;20:329-330.
- [9] ZILBERSTEIN B, DECLEVA R, GABRIEL AG, GAMA RODRIGUES JJ. Congenital achalasia: facts and fantasies. *Diseases of the Esophagus* 2005;18(5):355-57.
- [10] SAVOJARDO D, MANGANO M, CANTU P. Multiple rapid swallowing in idiopathic achalasia: evidence for patients' heterogeneity. *Neuro Gastroenterol Mot* 2007;19(4):263-69.
- [11] AQUINO JLB, SAID MM, PEREIRA EVA, VERNACHI B, OLIVEIRA MB. Terapêutica cirúrgica do megaesôfago recidivado. *Rev Col Bras Cir* 2007;34(5):310-13.
- [12] AQUINO JLB, REIS NETO JÁ, MURARO CLPM, CAMARGO JG. Mucosectomia esofágica no tratamento do megaesôfago avançado: análise de 60 casos. *RevColBrasCir* 2000;27;109-16.
- [13] AQUINO JLB, SAID MM, LEANDRO-MERHI VA, RAMOS JP, ICHINOHE LH, MACHADO DGG. Avaliação da esofagocar-dioplastia no tratamento do megaesôfago não avançado recidivado. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2012;25(1):20-24.
- [14] GROTHENIUS BA, WIJNHOFEN BPL, MYERS JC, JAMIESON GG, DEVITT PG, WATSON DI. Reoperation for dysphagia after cardiomyotomy for achalasia. *Am J Surg* 2007;194:678-82.
- [15] ALVES L, ZILBERSTEIN B, TREVENZOL HP, PENHAVEL FAZ NEDER J. Operação de SERRA DORIA no tratamento do megaesôfago chagásico avançado: resultados imediatos *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2003;16(3):120-23.
- [16] RESENDE JM, LAUAR KM, OLIVEIRA AR. Aspectos clínicos e radiológicos da aperistalse do esôfago. *Rev Bras Gastroenterologia* 1960;12:247-49.
- [17] YENDAMURI S, GUTIERREZ L, ONI A, MASHATARE T, KHUSHALANI N, YANG G. Does circular stapled esophagogastric anastomotic sizes affect the incidence of post operative strictures? *J Surg Research* 2011;165(1):1-4.
- [18] AQUINO JLB, CHAGAS JFS, SAID MM, PASCOAL MBN, PEREIRA DAR, LEANDRO –MERHI VA. Early and late assessment of the surgical treatment of the pharyngoesophageal diverticulum by mechanical and manual suture. *Otorhinolaryngology Head & Neck* 2017;2:1-4.