

NOTA PRÉVIA

ACALASIA DO ESÔFAGO: MIOTOMIA COM TRANSILUMINAÇÃO ESOPHAGEAL ACHALASIA: MYOTOMY WITH TRANSILLUMINATION

Pablo Roberto Miguel, TCBC-RS¹
Marcus Reusch¹
André Luiz Moreira da Rosa¹

INTRODUÇÃO

A acalasia do esôfago tem sido tratada com sucesso por miotomia cirúrgica há várias décadas. A morbidade e mortalidade, bem como o alto custo, a necessidade de uma grande incisão, dor no período pós-operatório, necessidade de longa internação, faziam com que aos pacientes muitas vezes fosse oferecida a dilatação endoscópica como terapia inicial para esta afecção.

Com o advento da cirurgia laparoscópica, as vantagens da cirurgia minimamente invasiva foram também aplicadas ao tratamento das doenças do esôfago. Assim como para a colecistectomia laparoscópica, notou-se que a abordagem laparoscópica do megaesôfago não-avançado e avançado era possível e conveniente na maioria dos pacientes, pois podia reproduzir a técnica cirúrgica utilizada através de laparotomia. As vantagens adicionais compreendiam baixa morbidade, curto período de internação hospitalar, pouca dor pós-operatória, rápida recuperação e retorno precoce às atividades rotineiras.¹

O objetivo deste artigo é a descrição da técnica de esofagocardiomiectomia utilizada pelo nosso serviço bem como a utilização de um novo instrumento de transiluminação, que visa facilitar a miotomia, não permitir fibras musculares residuais (miotomia incompleta) e evitar a perfuração esofágica.

TÉCNICA

A técnica utilizada pelo serviço compreende uma esofagocardiomiectomia com funduplicatura parcial associada. A via de acesso consiste na mesma que utilizada para cirurgia de correção do refluxo gastroesofágico, que consiste de cinco punções.² Utiliza-se ótica de 0°, posicionamos punção da ótica entre a cicatriz umbilical e o apêndice xifóide. Duas punções subcostais nas linhas hemiclaviculares direita e esquerda

(10mm), uma punção junto ao apêndice xifóide e uma na linha hemiclavicular esquerda na altura da cicatriz umbilical, ambas com 5mm. O cirurgião posiciona-se entre as pernas do paciente. Inicia-se o procedimento pela abertura do pequeno omento, com cuidado de preservar o ramo hepático do nervo vago. Os pilares diafragmáticos direito e esquerdo são dissecados, bem como o nervo vago posterior. Um dreno de Penrose circunda o esôfago para mobilizar sua porção terminal. Após liberação do esôfago e da junção esofagogastrica, inicia-se a miotomia, que deve ter pelo menos 5 a 6 cm no esôfago e 2 a 3 cm no estômago. Neste tempo cirúrgico utiliza-se uma sonda, inserida por via oral, dotada de uma extremidade de cerca de 10 cm com iluminação (Figura 1).

Após posicionamento desta sonda na posição junto à cárdia, a fonte de luz conectada ao laparoscópio é colocada em *standby*, para permitir uma adequada transiluminação da área em que será realizada a miotomia (Figura 2). Estas manobras permitem uma excelente visualização do esôfago terminal, diminuindo os riscos de perfuração esofágica e, principal-

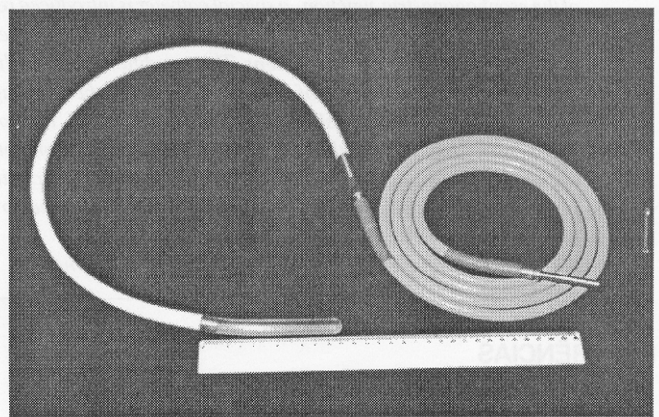


Figura 1 – Sonda utilizada para transiluminação esofágica

1. Cirurgião Videolaparoscopista do Hospital Mãe de Deus.

Recebido em 1/2/99

Aceito para publicação em 4/10/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Laparoscópica do Hospital Mãe de Deus.

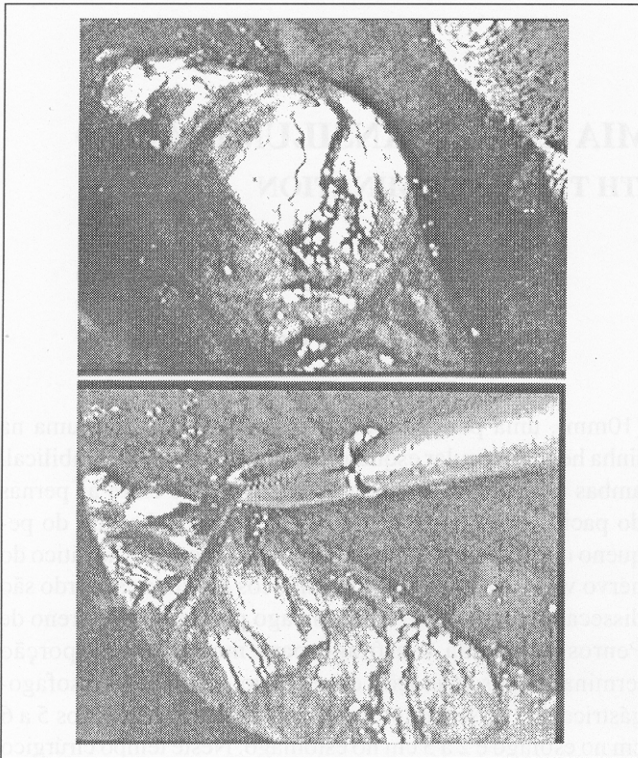


Figura 2 – Visão laparoscópica da sonda esofágica para transluminação

mente, evitando a miotomia incompleta, pois as fibras musculares são melhor visualizadas. Terminada a miotomia, realiza-se a funduplicatura parcial posterior com sutura do fundo gástrico às bordas da miotomia.

DISCUSSÃO

A mais importante alteração fisiopatológica do megaesôfago é a acalasia do esfíncter esofágico inferior (EEI), a causa principal da disfagia. Praticamente todos os tratamentos cirúrgicos do megaesôfago consistem em eliminar a barreira proporcionada pela alteração funcional do esfíncter esofágico inferior.³ A utilização da transluminação no momento da miotomia tem facilitado a identificação das camadas musculares e sua separação da mucosa e submucosa do esôfago, principalmente na região do EEI e próximo a ele, onde normalmente ocorrem as perfurações. Tem demonstrado também com maior clareza algumas fibras musculares residuais na região da miotomia, que poderiam passar despercebidas, podendo ocasionar resultados insatisfatórios no período pós-operatório em relação ao alívio da disfagia.

Os pacientes submetidos a esofagogastrofunduplicatura parcial por via videolaparoscópica apresentam evolução clínica semelhante aos pacientes submetidos ao procedimento por laparotomia, com as vantagens inerentes à cirurgia minimamente invasiva.

ABSTRACT

Laparoscopic techniques have provided a new dimension to correct functional disorders of the esophagus, which has stimulated some investigators to recently report the use of laparoscopic cardiomyotomy in the treatment of esophageal achalasia. Now, a new instrument has been added to the current laparoscopic technique to offer a safer and easier method to proceed complete myotomy. After the dissection of the esophagogastric junction, a special catheter is introduced reaching the stomach. It has an illuminated 10 cm extremity connected to a light source. Its withdrawal allows to visualize every muscle circular fiber by transillumination with an improved view provided by the laparoscopic optic system lens. This condition modifies the operative surgeon's attitude offering a better controlled situation over the procedure. The use of transillumination of the esophagogastric junction provides a good identification of the mucosa and submucosa avoiding the risk of esophageal perforation. It also helps to perform a complete myotomy preventing the occurrence of persistent dysphagia in the postoperative period. Cardiomyotomy with partial fundoplication is possible by videolaparoscopic approach, now made easier with transillumination. This technique is safe and the functional results are similar to those observed in the literature for conventional open procedures, with the obvious advantages of the minimally invasive approach.

Key Words: Achalasia; Cardiomyotomy; Megaesophagus.

REFERÊNCIAS

1. Domene CE, Santo MA, Onari P, et al – Laparoscopic treatment of megaesophagus. Results of cardiomyectomy with fundoplication. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1997;12(3/4):34-38.
2. Miguel PR, Reusch M, Rosa ALM – Laparoscopic fundoplication: analysis of 115 patients. In Topozlu C, Tekant Y (eds) *Euro Asian Congress of Endoscopic Surgery*. Monduzzi Editore SpA.- Bologna (Italy), 1997, pp 141-144.
3. Vogt D, Pitcher D, Zucher K, et al – Successful treatment of esophageal achalasia with laparoscopic Heller myotomy and Toupet fundoplication. *Am J Surg* 1997;177:709-714.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Pablo Roberto Miguel
Hospital Mãe de Deus
Serviço e Cirurgia Laparoscópica
Rua Costa, 30 cj. 502
90110-270 – Porto Alegre – RS