

Diverticulotomia transoral grampeada

Transoral stapled diverticulotomy

RENATO ABRANTES LUNA, TCBC-RJ¹; JEAN-MARIE COLLARD²

INTRODUÇÃO

Desde sua descrição em 1796 por Ludlow¹, e o primeiro relato de tratamento cirúrgico com sucesso por Wheeler em 1886, inúmeras opções terapêuticas têm sido descritas para o tratamento do divertículo de Zenker. Schmid em 1912 descreveu a diverticulopexia com menores taxas de morbidade e mortalidade que a ressecção. Mosher em 1917 introduziu o tratamento por endoscopia rígida seccionando o septo do divertículo esofágiano. Em 1958, Harrison chamou a atenção para a miotomia como parte integrante do tratamento do divertículo de Zenker. Em 1960 Dohlman retoma a técnica por endoscopia rígida utilizando um espéculo esofágiano com fenda bi labiada na extremidade distal². Em 1993, foi publicada uma modificação técnica deste procedimento³, onde se utiliza de um espéculo com hastes independentes, associada secção por grampeador do septo. A técnica de secção do septo por endoscopia flexível é apresentada pelo grupo do Prof. Ishioka, através do Prof. Sakai, em 1982, e posteriormente têm sua experiência publicada internacionalmente em 1995⁴. Em 2004 Evrard *et al.*, publicam a modificação técnica onde se utilizam de um "overtube" bilabiado em sua extremidade, facilitando o tratamento por endoscopia flexível⁵. Desde então, cada vez menos casos chegam ao cirurgião geral para o tratamento.

Esta nota tem por objetivo apresentar o procedimento minimamente invasivo, idealizado por Collard², como alternativa para o tratamento do divertículo de Zenker, trazendo-o novamente para a ação do cirurgião geral. Este procedimento realizado desde a década de 90 no exterior, ainda não conseguiu divulgação adequada entre nós. Em pesquisa no Pubmed e Bireme, não foi obtida nenhuma referência em língua portuguesa desta técnica. Em 2006, a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva publica em seu livro texto, um capítulo de autoria do Dr. Colaiacovo, com uma casuística de 18 casos com esta técnica⁶. Após a realização do primeiro caso no HUGG-UNIRIO, encaminhamos esta nota para publicação, buscando maior divulgação da técnica em nosso meio.

Técnica cirúrgica

O paciente é colocado em posição supina, com hiperextensão do pescoço (Figura 1). O cirurgião se posiciona na cabeceira da mesa cirúrgica. O monitor de vídeo é colo-

cado à direita do paciente, a uma distância confortável do cirurgião.

Com o paciente sob anestesia geral, é inserido o diverticuloscópio na posição fechada e orientado para o esôfago, sob visão direta ou, preferencialmente, com o auxílio de uma câmera laparoscópica com ótica de 5 mm. A entubação pode ser realizada por via naso ou oro traqueal.

O diverticuloscópio é então retirado lentamente até a visualização do septo entre o esôfago e o divertículo, sendo então cuidadosamente aberto e avançado, de forma que as pás do diverticuloscópio se posicionem, uma no interior do divertículo e a outra na luz esofágiana. Deve-se tomar cuidado, pois, em divertículos maiores, o diverticuloscópio entra preferencialmente na luz diverticular, levando ao risco de perfuração. Em divertículos pequenos, o diverticuloscópio pode colabar a luz diverticular dificultando sua identificação.

Assim o septo do divertículo esofágiano fica exposto entre as pás (Figura 2). O diverticuloscópio é então fixado à parede torácica do paciente permitindo que o ci-



Figura 1 - Posição do paciente para a inserção do diverticuloscópio.



Figura 2 - a) visualização do septo do divertículo esofágiano; b) septo seccionado e grampeado.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Gafrée e Guinle - HUGG - UNIRIO - RJ - BR.

1. Cirurgião da Clínica Cirúrgica B - Hospital Universitário Gafrée e Guinle - UNIRIO - HUGG - UNIRIO - RJ - BR; 2. Upper G-I Surgery Unit, HospitalUniversitário Saint Luc's, da Escola de Medicina de Louvain, Bruxelas, Bélgica.

rurgião trabalhe com as mãos livres (Figura 1). Um grampeador linear endoscópico é então inserido por via transoral e fechado com o septo divertículo-esofageano em seu interior. O seu disparo resulta na secção do septo e simultâneo grampeamento da parede do divertículo à parede esofagiana. Abre-se então uma fenda em forma de V entre o esôfago e o divertículo (Figura 2). São realizados quantos disparos forem necessários para a secção total do septo. Vale lembrar que o grampeador termina sua linha de corte antes da linha de grampeamento, sendo necessária atenção para não deixar um septo residual significativo. Este fato é especialmente relevante em divertículos menores. Alguns autores aconselham serrar a ponta da pá fixa do grampeador para diminuir o septo residual (Figura 3). Outro aspecto fundamental é que pequenos divertículos possuem septos menores, não permitindo a secção completa do músculo cricofaríngeo e da musculatura proximal do esôfago, limitando o emprego desta técnica nestes pacientes. Atualmente esta técnica é oferecida para pacientes com divertículos a partir de 3 cm^{7,8,9}.

A hemostasia é revisada, e o procedimento é encerrado.

No dia seguinte é realizada uma esofagografia para avaliação de fístulas ou de septo residual (Figura 4). Caso o exame não mostre extravasamentos, é iniciada dieta líquida completa e o paciente recebe alta hospitalar. Esta dieta é mantida por sete dias, sendo depois evoluída para dieta normal.

A diverticulotomia transoral grampeada tem como principais vantagens: menor tempo cirúrgico, menor trauma cirúrgico, menor índice de morbidade (menos lesão de laríngeo recorrente, fístulas, perfurações esofagianas), menor tempo de internação. As lesões à arcada dentária, porém, são mais frequentes que na técnica aberta⁷⁻⁹. A diverticulotomia transoral é especialmente útil em pacientes previamente submetidos à cervicotomias.

Apesar de não haver estudo randomizado comparando as diversas técnicas, a diverticulotomia grampeada é potencialmente mais segura que técnicas endoscópicas que apenas oferecem a secção do septo, sem qualquer tipo de sutura ou fixação entre o divertículo e o esôfago cervical.

É importante salientar que os bons resultados deste procedimento estão relacionados à adequada seleção de pacientes, no que diz respeito ao tamanho do divertículo, abertura da boca e mobilidade cervical.



Figura 3 - Grampeador com a pá fixa íntegra à esquerda e, à direita, sem a pá.



Figura 4 - Aspecto da esofagografia realizada antes (a) e após a diverticulotomia (b).

REFERÊNCIAS

1. Ludlow A. A case of obstructed deglutition from a preter natural bag formed in the pharynx. In: Johnson W, Caldwell T, editors. Medical observations and inquiries. 2nd ed. London: Society of Physicians; 1769. p. 85-101.
2. Collard JM, Otte JB, Kenstons PJ. Endoscopic stapling technique of esophagodiverticulostomy for Zenker's diverticulum. Ann Thorac Surg. 1993; 56(3):573-6.
3. Dohlman G, Mattsson O. The endoscopic operation for hypopharyngeal diverticula: a roentgencinematographic study. AMA Arch Otolaryngol. 1960; 71:744-52.
4. Ishioka S, Sakai P, Maluf Filho F, Melo JM. Endoscopic incision of Zenker's diverticula. Endoscopy. 1995; 27(6):433-7.
5. Evrard S, Le Moine O, Hassid S, Devière J. Zenker's diverticulum: a new endoscopic treatment with a soft diverticuloscope. Gastrointest Endosc. 2003; 58(1):116-20.

6. Colaiacono W. Divertículos faringoesofágicos de Zenker – Stapler endoluminal. In: Endoscopia gastrointestinal terapêutica. 1ª ed. SOBED; 2006. p. 324-6.
7. Gutshow CA, Hamoir M, Rombaux P, Otte JB, Goncette L, Collard JM. Management of pharyngoesophageal (Zenker's) diverticulum: which technique? *Ann Thorac Surg.* 2002; 74(5):1677-82; discussion 1682-3.
8. Lerut TE, Luketich JD, Bizakis C. Esophageal diverticula. In: Patterson GA, Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J, Rice TW, Luketich JD et al, editors. *Pearson's thoracic and esophageal surgery.* 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2008. p. 702-13.
9. Bonavina L, Bona D, Abraham M, Saino G, Abate E. Long term results of endosurgical and open surgical approach for Zenker diverticulum. *World J Gastroenterol.* 2007; 13(18):2586-9.

Recebido em 15/11/2008

Aceito para publicação em 17/01/2009

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Renato Abrantes Luna RA, Collard JM. Diverticulotomia transoral grampeada - nota técnica. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2009; 36(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Renato Abrantes Luna

E-mail: luna_renato@hotmail.com