

## TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS COMPLICAÇÕES DA ANASTOMOSE ESÔFAGO-VISCERAL CERVICAL

### SURGICAL TREATMENT OF THE COMPLICATIONS OF THE CERVICAL ESOPHAGO VISCERAL ANASTOMOSIS

Paulo Roberto Corsi, TCBC-SP<sup>1</sup>

Eduardo Kanashiro<sup>2</sup>

Alexandre Schiola<sup>3</sup>

Celina Maia Cretella, TCBC-SP<sup>3</sup>

Danilo Gagliardi, ACBC-SP<sup>4</sup>

---

**RESUMO:** A anastomose esôfago-visceral cervical apresenta como complicações a fístula e a estenose, que podem necessitar de reintervenção cirúrgica para sua correção. Com o objetivo de avaliar as táticas para abordagem operatória dessas complicações e seus resultados, os autores estudaram retrospectivamente nove pacientes, que demandaram esta conduta, num período de 17 anos. Foram operadas duas fístulas e sete estenoses da anastomose esôfago-visceral cervical, sendo a via de acesso inicial a cervicotomia em todos os pacientes. Em quatro casos, houve necessidade de ampliação para esternotomia mediana total, que facilitou significativamente a reconstrução, porém com mortalidade de 75%. As táticas adotadas foram a reanastomose em cinco casos, a sutura do orifício da fístula em um caso e a plastia em três casos. A resutura teve mau resultado. As plastias evoluíram satisfatoriamente, e os doentes submetidos a reanastomose sem esternotomia também evoluíram satisfatoriamente. A plastia da anastomose demonstrou ser uma boa tática para o tratamento da estenose cervical, enquanto a reanastomose parece ter a melhor indicação nas fístulas, devendo-se evitar a esternotomia total mediana.

**Descritores:** Esôfago; Esofagoplastia; Estenose; Fístula anastomótica.

---

## INTRODUÇÃO

A anastomose esôfago-visceral cervical para reconstrução do trânsito alimentar é procedimento cirúrgico utilizado no tratamento de diversas afecções que necessitem ressecção ou derivação do esôfago.

Nas últimas décadas, a anastomose cervical vem ganhando a preferência da maioria dos autores<sup>1-11</sup>, tendo como principal justificativa evitar o estresse cirúrgico da

toracotomia e a anastomose intratorácica, cuja deiscência pode ser catastrófica.

Mesmo com todos os avanços técnicos da cirurgia esofágica, a anastomose esôfago-visceral cervical ainda apresenta índices significativos de complicações, como a estenose e a fístula<sup>12</sup>.

A fístula aparece com incidência de 4 a 55%<sup>13-17</sup>, com etiologia atribuída a diversos fatores: isquemia e congestão venosa da anastomose<sup>18</sup>, ausência da serosa e vascu-

---

1. Professor Assistente.

2. Residente.

3. Pós-Graduando

4. Professor Assistente, Doutor.

Recebido em 11/11/99

Aceito para publicação em 20/7/2000

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

larização deficiente do esôfago<sup>19</sup>, distensão periódica devida aos movimentos de deglutição e respiração<sup>19</sup>, hipoalbuminemia<sup>20</sup>, presença de células neoplásicas na linha de sutura<sup>20</sup>, irradiação prévia<sup>21</sup>, musculatura delgada do esôfago<sup>22</sup>, obstrução distal à anastomose<sup>22</sup>, técnica de sutura empregada<sup>23</sup>, hipotensão intra e pós-operatória<sup>24</sup>, doenças concomitantes<sup>25</sup> e contaminação bacteriana<sup>25</sup>.

Vários autores<sup>19, 25</sup> preconizam para o tratamento das fístulas, além do diagnóstico precoce, a drenagem agressiva, a nutrição parenteral prolongada e a reoperação apenas em casos selecionados. Com medidas clínicas, na maioria dos casos ocorre o fechamento espontâneo, em geral após 10 a 20 dias<sup>19</sup>. As colas biológicas, que recentemente têm sido utilizadas em casos refratários<sup>26</sup>, talvez possam ser um avanço.

A estenose da anastomose esôfago-visceral cervical configura causa comum de disfagia pós-operatória, tendo incidência variando nas referências da literatura de 29 a 65%.<sup>27-30</sup>

## MÉTODOS

Num período de 17 anos, foi realizado um total de 115 anastomoses esofágicas cervicais (esôfago-gástricas ou esôfago-cólicas) indicadas em diversas afecções como forma de reconstrução do trânsito alimentar após esofagectomia subtotal ou para derivação esofágica em doentes com neoplasia irresssecável. Constituem a casuística deste estudo, nove doentes (7,8%) que necessitaram de reintervenção cirúrgica na anastomose cervical para correção de fístula ou estenose.

O grupo era formado por sete homens e duas mulheres, com média de idade de 38,7 anos (16-50). A doença esofágica prévia foi a neoplasia em três casos e a estenose cáustica em seis. A anastomose esôfago-cólica havia sido realizada em sete casos, e a anastomose esofagogástrica em dois casos. As complicações que motivaram as reoperações foram sete estenoses e duas fístulas esôfago-cutâneas (Tabela 1).

**Tabela 1**

Distribuição do sexo, idade, doença esofágica prévia, tipo de anastomose e complicação da anastomose cervical de nove doentes

<i>Caso</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Doença</i>	<i>Anastomose</i>	<i>Complicação</i>
1	M	16	Estenose cáustica	Esofagocólica	Fístula
2	F	43	Estenose cáustica	Esofagocólica	Estenose
3	M	51	Neoplasia	Esofagogástrica	Estenose
4	M	30	Neoplasia	Esofagogástrica	Estenose
5	M	33	Estenose cáustica	Esofagocólica	Estenose
6	M	33	Estenose cáustica	Esofagocólica	Estenose
7	F	39	Estenose cáustica	Esofagocólica	Estenose
8	F	44	Estenose cáustica	Esofagocólica	Estenose
9	M	50	Neoplasia	Esofagocólica	Fístula

As principais causas envolvidas na sua fisiopatologia seriam o traumatismo das estruturas pela manipulação cirúrgica,<sup>18</sup> a deficiência da irrigação sangüínea dos órgãos utilizados<sup>18</sup> e a cicatrização de uma fístula.<sup>31</sup> O tratamento clássico da estenose, baseado nas dilatações endoscópicas, apresenta bons resultados na maioria dos casos.<sup>30</sup>

Quando o tratamento clínico não cicatriza a fístula ou quando a dilatação da estenose não alivia a disfagia dos pacientes, a reintervenção cirúrgica pode ser necessária.

A escolha da melhor tática leva à reflexão, pois se trata de paciente previamente manipulado que, na maioria das vezes, tem estado geral comprometido pela doença de base, cirurgia prévia e complicação da anastomose cervical.

Com base na literatura e na experiência do Grupo de Afecções do Esôfago do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, avaliamos as táticas para reintervenção da fístula ou estenose da anastomose esôfago-visceral cervical, seus resultados e complicações.

Analisamos a tática cirúrgica adotada na reintervenção, as dificuldades técnicas, as complicações e a evolução dos pacientes.

## RESULTADOS

A complicação da anastomose foi corrigida por três diferentes táticas:

1. Reanastomose: ressecção da anastomose, desbridamento e reanastomose, realizada em cinco casos;
2. Ressutura: sutura do orifício da fístula, em um paciente;
3. Plastia: secção longitudinal da anastomose com sutura transversal, em três casos (Tabela 2).

Em relação à via de acesso, a cervicotomia foi a incisão inicialmente adotada em todos os doentes. A incisão foi ampliada inferiormente em quatro pacientes, através de esternotomia mediana total, para possibilitar o acesso às vísceras e à anastomose, as quais não estavam adequadamente expostas apenas por cervicotomia.

**Tabela 2**

Acesso cirúrgico, tática e resultados do tratamento da complicação da anastomose cervical de nove doentes

<i>Caso</i>	<i>Acesso</i>	<i>Tática</i>	<i>Evolução</i>
1	Esternal	Reanastomose	Boa
2	Esternal	Reanastomose	Fístula + Óbito
3	Cervical	Reanastomose	Fístula + Boa
4	Esternal	Reanastomose	Fístula + Óbito
5	Cervical	Plastia	Estenose + Boa
6	Cervical	Plastia	Fístula + Boa
7	Cervical	Plastia	Estenose + Boa
8	Esternal	Reanastomose	Lesão de cólon transposto + Óbito
9	Cervical	Ressutura	Fístula + Estenose Reoperação

Os cinco pacientes tratados apenas por cervicotomia foram submetidos a: ressutura em um caso, que evoluiu com nova fistulização; reanastomose em um caso, que evoluiu bem e plastia em três casos, dois dos quais evoluíram com nova estenose e um com fístula, porém essas complicações foram resolvidas sem nova intervenção.

Entre os quatro pacientes que foram submetidos a esternotomia, três faleceram no pós-operatório de mediastinite e sepse. Em dois deles, a mediastinite ocorreu por deiscência da anastomose e, no outro, devido à lesão do cólon transposto no momento da abertura do esterno.

Dos cinco pacientes submetidos à reanastomose, um (20%) teve seu defeito corrigido sem intercorrências e quatro (80%) apresentaram deiscência, sendo que um evoluiu com fístula de fechamento espontâneo e três faleceram por mediastinite.

O caso em que a fístula foi ressuturada, evoluiu com estenose cervical importante sendo novamente operado e realizada reanastomose por esternotomia com resultado final satisfatório.

Das três plastias, as quais foram realizadas apenas por cervicotomia, uma (33,3%) apresentou fístula com fechamento espontâneo e duas (66,6%) evoluíram com estenose controlada por tratamento endoscópico.

## DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico das fístulas persistentes e das estenoses refratárias da anastomose esôfago-visceral cervical é assunto muito pouco discutido na literatura. A maioria das séries se preocupa com o enfoque profilático e etiológico dessas complicações<sup>18,19,22,32</sup> ou com o tratamento não operatório<sup>1,19,27</sup>.

Talvez este fato seja o reflexo da sua raridade e do receio que a reintervenção nestes casos traz ao cirurgião. Quase sempre esses pacientes têm o estado geral comprometido pela própria doença esofágica de base e pelo estresse causado pelo grande porte da operação prévia. A complicação da anastomose ainda contribui para a piora clínica, daí as tentativas insistentes na conduta conservadora.

Contudo, há casos em que se esgotam as possibilidades de conduzir apenas clinicamente o paciente e a situação passa a requerer resolução cirúrgica.

Das cinco fístulas da série de Deshmane e Shindle,<sup>32</sup> apenas uma necessitou de reintervenção cirúrgica, não sendo citada a via de acesso nem a tática adotada.

Iannettoni, Whyte e Orringer<sup>31</sup> preconizam a exploração cervical de todos os pacientes com fístula que, mesmo após a drenagem, mantenham-se febris. Quando o achado da exploração é uma grande deiscência, uma isquemia ou uma necrose do órgão transposto, esses autores indicam que se deve desfazer a anastomose e trazer a víscera para o abdome por laparotomia, esofagostomia cervical e drenagem mediastinal, além instituírem procedimento para a alimentação (gastrostomia ou jejunostomia).

A indicação cirúrgica nas fístulas da nossa amostra foi a persistência do débito salivar, mesmo após o tratamento clínico baseado no jejum oral e suporte nutricional através de nutrição parenteral prolongada, por mais de 30 dias. Esses pacientes não apresentavam complicações locais associadas ou sinais de toxemia, tratando-se, portanto de operações eletivas.

A via de acesso inicial foi a cervicotomia e o achado intra-operatório ditou a seqüência cirúrgica. Por dificuldade técnica, houve necessidade de ampliação da incisão inferiormente por esternotomia para melhor exposição, facilitando significativamente a identificação e a liberação das estruturas, bem como a correção do defeito. A necessidade de realização da esternotomia contribuiu para a evolução desfavorável dos doentes.

Por outro lado, num paciente portador de fístula, a cervicotomia foi considerada suficiente e a tática escolhida foi a ressutura. Houve recidiva da fístula que fechou espontaneamente, porém com estenose importante que será comentada adiante.

A doença esofágica prévia e a víscera utilizada para transposição não influenciaram na tática adotada, uma vez que se valorizou o aspecto intra-operatório da anastomose e a facilidade de acesso.

As condições clínicas dos pacientes não foram aqui estudadas, porém podem ter influenciado na evolução, já

que, no caso bem-sucedido, tratava-se de um doente jovem portador de doença benigna. Vários estudos demonstram a correlação do estado geral do paciente com os resultados da anastomose do esôfago<sup>19,20,32</sup>.

Em sete casos da amostra, a reintervenção foi devida à estenose anastomótica. Todos os doentes foram submetidos previamente a um número variável de dilatações endoscópicas. A indicação operatória foi baseada na persistência da sintomatologia e no aspecto endoscópico.

Orringer<sup>7</sup>, descrevendo a incidência de estenose em 1/3 dos pacientes que tiveram fístula, chegou a sugerir a dilatação precoce, dois a três dias após o diagnóstico<sup>33</sup>.

Não existe consenso sobre o momento exato de se abandonarem as dilatações e partir para uma nova operação. Por isso, a opinião do endoscopista pode ser muito valiosa, já que é ele quem literalmente vê a progressão do tratamento. Por outro lado, a sintomatologia do paciente e sua tolerância aos procedimentos não operatórios também devem ser levadas em conta.

Assim como nas fístulas, a cervicotomia foi a via de acesso inicial. Em três casos de estenose, houve necessidade da ampliação da incisão por esternotomia. Essa decisão foi tomada por dificuldade técnica na realização da reanastomose ou no isolamento dos órgãos devido à grande quantidade de aderências.

O paciente que fora submetido à ressutura da fístula e que evoluiu com recidiva da mesma e posterior estenose, como citado anteriormente, necessitou de nova intervenção precoce por se tratar de estenose que não permitia a dilatação. Contando com esta última operação foram, portanto, 10 procedimentos, sendo cinco por cervicotomia e cinco por esternotomia.

A cervicotomia isolada apresentou mortalidade nula e resultados satisfatórios em quatro pacientes (80%). Em apenas um (20%), a reintervenção foi necessária.

Quando houve necessidade da esternotomia, esta facilitou o acesso às estruturas e a correção do defeito anastomótico, porém com mortalidade de 75% (3 casos).

Quanto às táticas adotadas, a ressutura da fístula realizada em um paciente apresentou resultado ruim. A explicação para isto talvez seja a utilização de tecidos já comprometidos de alguma forma por má perfusão ou traumatismo, os quais já seriam as causas da persistência da fístula.

A plastia da estenose apresentou 100% de bons resultados finais, pois mesmo aparecendo fístula (33,3%) ou estenose residual (66,6%), houve resolução posterior sem necessidade de novas cirurgias e sem mortalidade, fato que pode ser atribuído também à não realização da esternotomia. A plastia por cervicotomia pode, portanto, constituir uma boa opção para o tratamento das estenoses refratárias às dilatações endoscópicas.

A reanastomose só foi possível por via cervical em um caso (16,6%), tendo boa evolução, apesar da fístula com fechamento espontâneo. Nos outros cinco casos, houve necessidade da abertura do esterno, havendo, como citado, mortalidade de 60%. Seccionar a anastomose, desbridar as bordas e refazê-la parece ser uma boa opção tática, principalmente nas fístulas, pois, deste modo, retiram-se os tecidos desvitalizados, deixando as bordas mais viáveis. Contudo, a dificuldade de acesso pela via cervical exclusiva torna o procedimento de maior porte e, portanto, com maiores riscos.

Orringer<sup>34</sup>, em 1984, propôs a esternotomia mediana parcial para acessar o terço superior do esôfago em uma série de 11 pacientes, que tiveram bons resultados. Talvez esta seja uma boa alternativa à esternotomia total naqueles pacientes de difícil acesso pela cervicotomia. Quando necessária, essa via pode permitir a realização de tática mais agressiva, como a reanastomose, com menores índices de mortalidade.

---

## ABSTRACT

*The esophago-visceral cervical anastomosis presents complications such as fistula and stenosis that may need surgical reintervention for its correction. The authors, with the objective of evaluating procedures for surgical approach and the results of these complications, have studied retrospectively 9 patients whom demanded this conduct in a 17-year period. Two fistulas and seven esophago-visceral cervical anastomosis stenosis were performed, being cervicotomy the initial access in all patients. In four cases there was a need to enlarge the access, achieved with a total median sternotomy, which made the reconstruction significantly easier, therefore there was 75% mortality. The tactics adopted were reanastomosis in 5 cases, suture of the fistula's orifice in one case, and plasty in three. Ressuturing obtained bad results. The patients submitted to plasties evolved satisfactorily and patients submitted to reanastomosis without total median sternotomy also evolved satisfactorily. Anastomosis plasty proved to be a good tactic for the treatment of cervical stenosis, while reanastomosis seems to be a better indication for treatment of fistulas, being that total median sternotomy is avoided.*

**Key Words:** *Esophagus; Esophagoplasty; Stenosis; Anastomotic leak.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Bolton JS, Ochsner JL, Abdoh AA. Surgical management of esophageal cancer: a decade of change. *Ann Thorac Surg* 1994; 219:475-80.
2. Fok M, Law S, Stipa F et al. A comparison of transhiatal and transthoracic resection for oesophageal carcinoma. *Endoscopy* 1992; 127:1164-7.
3. Gelfand JL, Finley RJ, Nelems B et al. Transhiatal esophagectomy for carcinoma of the esophagus and cardia: experience with 160 cases. *Arch Surg* 1992; 127:1164-7.
4. Griffith JL, Davis JT - A 20-year experience in the surgical treatment of the esophagus and gastric carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79:447-52.
5. Lam TC, Fok M, Cheng SW et al. Anastomotic complications after esophagectomy for cancer: a comparison of neck and chest anastomosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 104:395-400.
6. Lee Y, Fugita H, Yamada H, et al. Factors affecting leakage following esophageal anastomosis. *Surg Today* 1994; 24:24-9.
7. Orringer MB, Marshall B, Stirling MC. Transhiatal esophagectomy for benign and malignant disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105:265-76.
8. Pac M, Basoglu A, Kocak H, et al. Transhiatal versus transthoracic esophagectomy for esophageal cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 106:205-9.
9. Postlethwait RW. Complications and death after operations for esophageal carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 85:827-31.
10. Putman Jr JB, Suel DM, McMurtrey MJ et al. Comparison of three techniques of esophagectomy within a residency training program. *Ann Thorac Surg* 1994; 57:319-25.
11. Tilanus HW, Hop WC, Langenhorst BL et al. Esophagectomy with or without thoracotomy: is there any difference? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 105:898-903.
12. Brewer LA. History of surgery of the esophagus. *Am J Surg* 1980; 139:730-43.
13. Bremmer RM, De Meester TR. Surgical treatment of esophageal carcinoma. *Gastroenterol Clin North Amer* 1991; 20:743-63.
14. De Meester TR, Johanson E, Franze I et al. Indications of surgical technique and long-term functional results of colon interposition or bypass. *Ann Surg*, 1988 208:460-74.
15. Lorentz T, Fok M, Wong J. Anastomotic leakage after resection and bypass for esophageal cancers: lessons learned from the past. *World J Surg* 1989; 13:472-9.
16. Postlethwait RW. Colonic interposition for esophageal substitution. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156:377-83.
17. Shahiam D, Neptune WB, Ellis M et al. Transthoracic versus extrathoracic esophagectomy: mortality, morbidity and long-term survival. *Ann Thorac Surg* 1986; 41:237-41.
18. Hans G, Borst MD, Dragojevic MD et al. Anastomotic leakage, stenosis, and reflux after esophageal replacement. *World J Surg* 1978; 2:861-6.
19. Del Grande JC, Haddad CM, Monteiro MS et al. Fístula da anastomose esôfago-visceral cervical em doente com câncer do esôfago. *Rev Col Bras Cir* 1993; 20:310-4.
20. Akiyama H. *Surgery for cancer of the esophagus*. 1<sup>st</sup> ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990.
21. Ginsberg RJ, Cooper JD. Esophageal fistula. *World J Surg* 1983; 7:455-9.
22. Hermereck AS, Crawford DG. The esophageal anastomotic leak. *Am J Surg*, 1976 132:794-8.
23. Hunzle JE, Zilliotto AJ. Estudo das anastomoses esofágicas após esofagectomia. *Rev Col Bras Cir* 1985; 12:42-6.
24. Paterson IM, Wong J. Anastomotic leakage: an avoidable complication of Lewis-Tanner oesophagectomy. *Br J Surg* 1989; 76:127-9.
25. Wilson SE, Stone R, Scully M et al. Modern management of anastomotic leak after esophagogastrectomy. *Am J Surg* 1982; 144:95-101.
26. Groitil H, Horbach T. Endoscopic treatment of anastomosis insufficiency and perforation in the esophagus with fibrin glue. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1996; 113:753-4.
27. Bruns C, Gawenda M, Wolgarten B et al. Cervical anastomotic stenosis after gastric tube reconstruction in esophageal carcinoma. Evaluation of a patient sample 1989-1995. *Langenbecks Arch Chir* 1997; 382:145-148.
28. Orringer MB, Orringer JS. Esophagectomy without thoracotomy: a danger operation? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 85:72-80.
29. Pierie JP, De Graaf PW, Poen H et al. End-to-side and end-to-end anastomosis give similar results in cervical oesophagogastrectomy. *Eur J Surg* 1995; 161:893-6.
30. Pierie JP, De Graaf PW, Poen H et al. Incidence and management of benign anastomotic stricture after cervical oesophagogastrectomy. *Br J Surg* 1993; 80:471-4.
31. Iannettoni MD, Whyte RI, Orringer MB. Catastrophic complications of the cervical esophagogastric anastomosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 110:1493-501.
32. Deshmeh VH, Shindle SR. The cervical esophagogastric anastomotic leak. *Dis esophagus* 1994; 7:42-46.
33. Orringer MB, Leemmer JH. Early dilatation in the treatment of esophageal disruption. *Ann Thorac Surg* 1986; 42:536-9.
34. Orringer MB. Partial median sternotomy: Anterior approach to the upper thoracic esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 87:124-9.

Endereço para correspondência:  
 Dr. Paulo Roberto Corsi  
 Rua Joaquim Antunes, 577/132  
 05415-011 – São Paulo-SP