

Recidiva da disfagia pós-miotomia: etiologias e manejo

Recurrence of dysphagia post-myotomy: etiologies and management

MARINA FELICIANO ORLANDINI¹ ; WANDERLEY MARQUES BERNARDO^{1,2}; FRANCISCO TUSTUMI, ACBC-SP^{1,2,3}.

Aos Editores

Com grande estima lemos o artigo original escrito por Costa *et al.*¹. Em seu estudo, os autores descrevem sua experiência com pacientes portadores de megaesôfago que, após cardiomiectomia prévia, apresentaram recidiva dos sintomas/sinais de acalasia, especialmente disfagia. Foi relatado que o tempo médio entre as duas intervenções cirúrgicas, correspondente à duração da disfagia, foi de nove anos, sendo que tais pacientes passaram por média de 7,36 dilatações endoscópicas durante esse período, em tentativas mal sucedidas de melhorar os sintomas/sinais.

Sabe-se que a miotomia a Heller é o tratamento de megaesôfago mais utilizado para a maior parte dos pacientes. Após a miotomia, a persistência ou recidiva de sintomas/sinais é de 10-20%, sendo os sintomas/sinais mais comuns disfagia, regurgitação, aspiração e pirose². No entanto, para o manejo mais adequado dos casos de recidiva dos sintomas/sinais após miotomia, é imprescindível a investigação das hipóteses. Para racionalizarmos o manejo diagnóstico e terapêutico, podemos classificar os sintomas/sinais em três categorias: “persistência”, “recidiva precoce” e “recidiva tardia”.

Na persistência dos sintomas/sinais, usualmente houve falha técnica da intervenção cirúrgica. Nessas condições, a pesquisa por falhas técnicas pode ser feita inicialmente pela avaliação do vídeo da cirurgia, se disponível. Uma falha técnica comum é a miotomia incompleta, quando feita de forma limitada, sem envolver toda a musculatura do esfíncter esofágico inferior. Ademais, a crurorrafia ou a funduplicatura excessivamente apertada, levando à constrição da transição esofagogástrica, pode inclusive piorar a disfagia³. Tais complicações podem ser investigadas pela realização de videoesofagograma, que demonstrará a falha de progressão do contraste na re-

gião da funduplicatura ou da hiato plastia. Uma vez diagnosticada miotomia incompleta, o paciente pode ser submetido a remiotomia laparoscópica. Quando o paciente foi submetido à miotomia com funduplicatura associada, a miotomia endoscópica perioral (POEM) é alternativa interessante, uma vez que permite evitar a lise de aderências necessária para nova miotomia a Heller, e o paciente não terá o risco de refluxo gastroesofágico, complicação mais comum do POEM, tão exacerbado^{3,4}. A dilatação endoscópica é alternativa interessante e pode, inclusive, servir de teste terapêutico. Caso o paciente não apresente qualquer melhora com dilatação nessas situações, é possível que a funduplicatura ou a hiato plastia estejam causando constrição na transição esofagogástrica, falha essa que não se resolve com terapia endoscópica, e a reoperação estará indicada. Se a disfagia for leve, deve-se considerar a possibilidade da disfagia transitória, comum quando há mobilização do esôfago distal⁵.

Em recidiva precoce, uma possível causa da recorrência de sintomas/sinais é a migração da válvula, ou seja, a herniação transdiafragmática da funduplicatura, seja essa completa ou parcial. Nesse caso, os sintomas/sinais mais comuns no pós-operatório recente são dor torácica, disfagia e episódios de vômito. Frequentemente tais sintomas/sinais são agudos e, há associação grande com aumento da pressão intrabdominal, o que aumenta o risco de migração da válvula⁶. A investigação do quadro deve ser feita por meio do esofagograma, visualizando-se o fundo do estômago acima da crura diafragmática com estreitamento à passagem do contraste⁷. Uma vez diagnosticada migração da válvula, deve ser realizado procedimento cirúrgico de correção, o mais precocemente possível para evitar necrose tecidual.

A disfagia tardia pode representar algum fator mecânico obstrutivo ou a progressão do megaesôfago. Nessas condições, a endoscopia é feita para identificar a

1 - Centro Universitário Lusiada, Departamento de Medicina Baseada em Evidências - Santos - SP - Brasil 2 - Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Baseada em Evidências - São Paulo - SP - Brasil 3 - Hospital Israelita Albert Einstein, Departamento de Cirurgia - São Paulo - SP - Brasil

presença de obstruções mecânicas, como por exemplo alimento mal digerido impactado. Ademais, a endoscopia com biópsia é útil para investigar a neoplasia de esôfago, uma vez que acalasia é fator de risco conhecido para o desenvolvimento, principalmente, de carcinoma escamoso⁸. A neoplasia pode desencadear a recidiva da disfagia mesmo anos ou décadas após a miotomia⁸. Refluxo gastroesofágico induzindo à estenose péptica é complicação infrequente, mas que pode ocorrer, principalmente em operações de miotomia sem funduplicatura associada². Caso a endoscopia não visualize obstruções mecânicas, deve-se realizar o esofagograma para investigar se há a progressão da dilatação do megaesôfago. O esôfago, após anos, pode aumentar o calibre e perder o eixo, assumindo o aspecto “sigmoide” ou

dolicomegaesôfago. Nessas circunstâncias, deve-se considerar a esofagectomia⁹. Uma nova miotomia associada à retificação do esôfago distal pode ser considerada em pacientes pouco sintomáticos e com número expressivo de comorbidades. Essas tornam a esofagectomia arriscada, e desta forma, evitam-se assim os riscos associados à esofagectomia, como fístula anastomótica, lesão do nervo laríngeo, sangramento e quilotórax¹⁰.

A recidiva dos sintomas/sinais de acalasia após miotomia a Heller não é rara. O momento de instauração dos sintomas/sinais, os sintomas associados e os dados fornecidos pelos exames disponíveis auxiliam na investigação e determinação da etiologia, e orientam o manejo adequado dos pacientes com recidiva dos sintomas após miotomia a Heller.

REFERÊNCIAS

- Costa LC, Braga JG, Junior VT, Neto JS, Ferrer JA, Lopes LR, Andreollo NA. Surgical treatment of relapsed megaesophagus. *Rev Col Bras Cir.* 2020;47:e20202444.
- Smith KE, Saad AR, Hanna JP, Tran T, Jacobs J, Richter JE, et al. Revisional surgery in patients with recurrent dysphagia after heller myotomy. *J Gastrointest Surg.* 2019;24(5):991-9.
- Weche M, Saad AR, Richter JE, Jacobs JJ, Velanovich V. Revisional Procedures for recurrent symptoms after heller myotomy and per-oral endoscopic myotomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2020;30(2):110-6.
- Felix VN, Murayama KM, Bonavina L, Park MI. Achalasia: what to do in the face of failures of Heller myotomy. *Ann NY Acad Sci.* 2020;1481(1):236-46.
- DeMeester TR, Bonavina L, Albertucci MA. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg.* 1986;204(1):9-20.
- Nassif PA, Pedri LE, Martins PR, Foani MM, Varaschim M, Bopp DS, Malafaia O. Incidence and predisponent factors for the migration of the fundoplication by Nissen-Rossetti technique in the surgical treatment of GERD. *Arq Bras Cir Dig.* 2012;25(2):75-80.
- Banki F, Weaver M. Failed fundoplication and complications of antireflux surgery: radiographic, endoscopic and laparoscopic views. *JSM Gen Surg Cases Images.* 2017;2(1):1021.
- Tustumi F, Bernardo WM, da Rocha JR, Szachnowicz S, Seguro FC, Bianchi ET, Sallum RA, Ceconello I. Esophageal achalasia: a risk factor for carcinoma. A systematic review and meta-analysis. *Dis Esophagus.* 2017;30(10):1-8.
- Pochini CD, Gagliardi D, Saad Júnior R, Almeida RF, Corsi PR. Esophagectomy with gastroplasty in advanced megaesophagus: late results of omeprazole use. *Rev Col Bras Cir.* 2015;42(5):299-304.
- Loviscek MF, Wright AS, Hinojosa MW, Petersen R, Pajitnov D, Oelschlager BK, et al. Recurrent dysphagia after heller myotomy: is esophagectomy always the answer? *J Am Coll Surg.* 2013;216(4):736-43.

Recebido em: 07/02/2021

Aceito para publicação em: 14/02/2021

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Marina Feliciano Orlandini

E-mail: marinaorlandini@outlook.com

