

RESULTADOS TARDIOS DA DESCONEXÃO ÁZIGO-PORTAL E ESPLENECTOMIA ASSOCIADOS AO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES ESQUISTOSSOMÓTICOS

Late results of esophagogastric devascularization and splenectomy associated with endoscopic treatment in patients with schistosomiasis

Walter De Biase da SILVA-NETO, Claudemiro QUIREZE-JÚNIOR, Thiago Miranda TREDICCI

Trabalho realizado no Departamento de Clínica Cirúrgica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

DESCRITORES: Esquistossomose. Hipertensão portal. Cirurgia. Varizes Esofágicas e Gástricas.

Correspondência:
Walter De Biase da Silva Neto
E-mail: biase@terra.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 10/02/2015
Aceito para publicação: 11/06/2015

HEADINGS - Schistosomiasis. Portal hypertension. Surgery. Esophageal and Gastric Varices.

RESUMO - Racional: A esquistossomose acomete três a quatro milhões de pessoas no Brasil, sendo a hemorragia digestiva por ruptura das varizes esofágicas a principal complicação da doença. O tratamento cirúrgico é empregado como profilaxia secundária em pacientes com história de hemorragia prévia. A cirurgia mais utilizada é a desconexão ázigo-portal mais esplenectomia, técnica com bons resultados, porém com índice de recidiva hemorrágica considerável, fazendo necessário o seguimento endoscópico destes pacientes. **Objetivo:** Analisar a evolução tardia dos pacientes no que se refere à recidiva hemorrágica e ao comportamento das varizes esofágicas quando submetidos à desconexão ázigo-portal mais esplenectomia e tratamento endoscópico pós-operatório. **Método:** Foram avaliados retrospectivamente 12 pacientes submetidos à desconexão ázigo-portal mais esplenectomia com acompanhamento endoscópico pós-operatório maior de cinco anos. **Resultados:** Todos tiveram redução significativa do calibre das varizes e nenhum paciente apresentou sangramento pós-operatório. **Conclusão:** A desconexão ázigo-portal mais esplenectomia diminuiu significativamente o calibre das varizes esofágicas quando associada ao tratamento endoscópico pós-operatório. Este tratamento foi efetivo para a profilaxia da recidiva hemorrágica.

ABSTRACT - Background: Schistosomiasis is endemic problem in Brazil affecting about three to four million people, and digestive hemorrhage caused by esophageal varices rupture is the main complication of the disease. Surgical treatment has become a therapeutic option, especially for secondary prophylaxis after at least one episode of bleeding. The surgical technique used by the vast majority of surgeons for the prevention of rebleeding is esophagogastric devascularization and splenectomy. Although with good postoperative results, rebleeding rate is significant, showing the need to follow-up endoscopy in all patients. **Aim:** To evaluate long-term results of patients submitted to esophagogastric devascularization and splenectomy and postoperative endoscopic treatment regarding esophageal varices caliber and rebleeding rates. **Methods:** A retrospective study of 12 patients underwent esophagogastric devascularization and splenectomy followed for more than five years. **Results:** All patients showed varices size reduction, and no patient had postoperative bleeding recurrence. **Conclusion:** Esophagogastric devascularization and splenectomy decreased significantly the esophageal variceal size when associated with endoscopic follow-up, being effective for bleeding recurrence prophylaxis.

INTRODUÇÃO

A esquistossomose representa problema endêmico no Brasil, acometendo cerca de três a quatro milhões de pessoas²². De 2-10% dos indivíduos infectados desenvolverão a forma hepatoesplênica, caracterizada por fibrose hepática periportal, hipertensão portal pré-sinusoidal e esplenomegalia¹³

Uma vez instalada a lesão hepática, não há alternativa de tratamento clínico; porém, o fígado afetado preserva sua arquitetura e sua função⁹. Desta forma, o paciente esquistossomótico dificilmente apresentará síndrome de insuficiência hepática no curso natural de sua doença, sendo a hemorragia digestiva por ruptura das varizes esofágicas a principal complicação.

Estudos mostram 40% dos pacientes com a forma hepatoesplênica poderão desenvolver hemorragia digestiva por ruptura de varizes esofágicas¹, sendo este o maior risco de mortalidade²¹ e 11,7% morrerão no primeiro episódio de sangramento¹². A importância desta afecção fica demonstrada em estudo do Ministério da Saúde entre 1998 e 2009 que evidenciou taxa de mortalidade anual pela esquistossomose estimada entre 0,2 e 0,34 por 100.000 habitantes²³

Com o aprimoramento da terapia medicamentosa e endoscópica na contenção do sangramento por varizes esofágicas¹⁹, o tratamento cirúrgico passou a ser opção terapêutica principalmente como profilaxia secundária após pelo menos um episódio de sangramento. Como o paciente esquistossomótico apresenta função hepática preservada, a técnica cirúrgica utilizada na maioria dos serviços para prevenção da recidiva hemorrágica é a desconexão ázigo portal mais esplenectomia (DAPE), já que

leva a bons resultados e não apresenta o inconveniente da encefalopatia hepática no pós-operatório.

Embora apresente bons resultados pós-operatórios sem ocorrência de encefalopatia hepática⁸, o índice de ressangramento após a DAPE é considerável, variando entre 6-29%^{9,10,13,17}. Porém, Sakai et al mostraram queda significativa nas recidivas hemorrágicas pós-operatórias quando associavam terapia endoscópica como complemento pós-operatório para estes pacientes¹⁷ mostrando a necessidade de se fazer seguimento endoscópico nos submetidos à DAPE. No entanto, existem poucos estudos que avaliam o resultado tardio dessa operação.

O objetivo deste estudo foi analisar a evolução da evolução no que se refere à recidiva hemorrágica e ao comportamento das varizes esofágicas quando submetidos à DAPE e ao tratamento endoscópico pós-operatório.

MÉTODOS

Foram avaliados retrospectivamente 12 pacientes submetidos a DAPE no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período entre 1989 e 2005.

Foram incluídos os com diagnóstico baseado em critérios epidemiológicos, exames laboratoriais e confirmados por exame histopatológico de biópsia hepática realizada de rotina durante o ato operatório, com pelo menos um episódio prévio de sangramento digestivo alto por rotura de varizes esofágicas. Todas as operações foram eletivas, com pelo menos 30 dias de intervalo desde o episódio hemorrágico.

Os pacientes foram rotulados quanto ao calibre das varizes esofágicas de acordo com a classificação de Palmer e Brick¹⁵ (Figura 1) por ser a empregada no serviço.

Foram excluídos os que apresentassem alterações nas provas de função hepática, caracterizando possível hepatopatia não esquistossomótica ou aqueles com sorologia positiva para hepatites B ou C.

Todos foram seguidos por mais de cinco anos pelo serviço de cirurgia geral em conjunto com o serviço de gastroenterologia e endoscopia, sendo submetidos à esclerose das varizes com maleato de monoetanolamina associado à glicose 50%, de acordo com a rotina deste serviço, sempre que o paciente apresentasse varizes. Os intervalos entre os exames endoscópicos de reavaliação eram feitos com um, três, seis meses e um ano. A partir de então, anualmente se não houvesse necessidade de nova intervenção endoscópica. Neste caso o intervalo era individualizado de acordo com a resposta terapêutica.

| Grau | Achados endoscópicos |
|------|---|
| 0 | Ausência de varizes esofágicas |
| I | Microvasos agrupados na transição esofagogástrica ou no esôfago distal |
| II | Uma ou duas varizes de fino calibre (menor que 3 mm de diâmetro) localizados no esôfago distal |
| III | Varizes de médio calibre (3 a 6 mm de diâmetro) ou mais de duas varizes acima de 3 mm alcançando o terço médio do esôfago |
| IV | Varizes de grosso calibre (maiores que 6 mm de diâmetro) em qualquer área do esôfago |

FIGURA 1 - Avaliação das varizes esofágicas de acordo com a classificação de Palmer e Brick¹⁵

RESULTADOS

A idade média dos pacientes foi de 36,6 anos (22-49) e nove (75%) eram do sexo masculino. Todos foram acompanhados e o tempo de acompanhamento pós-operatório médio foi de 11,9 anos (5-19). Não foram verificadas complicações pós-operatórias tardias, nem relacionadas à operação nem aos procedimentos endoscópicos. O número médio de exames

endoscópicos por paciente foi de 8 (3-17), sendo que alguns deixaram de comparecer a algumas das reavaliações anuais; no entanto, nenhum perdeu o seguimento.

Em seis pacientes (50%) as varizes foram erradicadas. A avaliação endoscópica do calibre das varizes esofágicas está demonstrada na Figura 2. Nenhum apresentou recidiva hemorrágica pós-operatória e não houve mortalidade no seguimento.

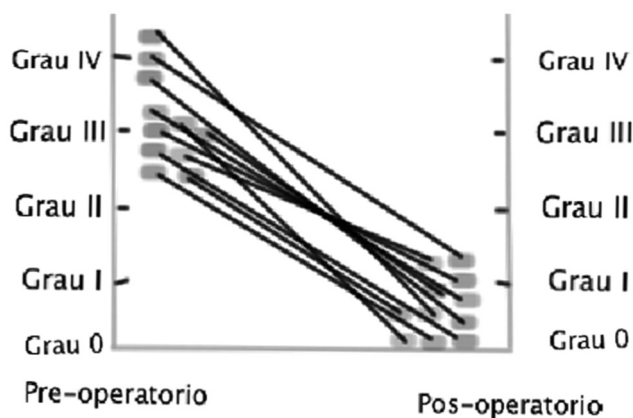


FIGURA 2 - Evolução do calibre das varizes desde a avaliação pré-operatória até a última endoscopia

DISCUSSÃO

A operação utilizada na maioria dos serviços que lidam com a hipertensão portal^{2,3,4,10} é a DAPE que tem a vantagem de não desencadear encefalopatia no paciente operado¹⁶, complicação significativa nas operações de derivação do sistema porta para o sistema cava. O grande óbice da DAPE é representado pela recidiva hemorrágica, mas foi diminuído de forma significativa a partir da indicação de acompanhamento endoscópico, com escleroterapia^{1,5,19,20}. No entanto há poucos estudos que analisam a evolução das varizes a longo prazo.

Neste estudo, que teve seguimento médio superior a 10 anos, ficou demonstrado que a totalidade dos pacientes apresentou diminuição significativa do calibre das varizes, validando resultados anteriores com seguimento curto²¹ e a longo prazo¹⁴.

Em todos o seguimento foi superior a cinco anos (em seis foi superior a 10 anos) com erradicação das varizes em 50% dos casos. Este resultado é semelhante ao de outros estudos como Ferraz et al com 52,7% e MaKdissi et al com 85,7% de erradicação e posterior recidiva das varizes em 56,6% dos casos em exames subsequentes; isto perfaz resultado final de 44% de erradicação, menor que o de Batista-Neto et al com 84,6, porém usando variação técnica e com seguimento menor (28 meses)^{1,9,13}.

A ausência de recidiva hemorrágica encontrada neste estudo não condiz com outros estudos que encontraram recidivas relacionadas ao sangramento das varizes variando entre 14,4-16,7%^{1,11,14,17}. Isto pode ter ocorrido em função do rígido acompanhamento endoscópico pós-operatório, o que concorreu para a erradicação das varizes esofágicas em muitos casos, ou em sua manutenção com calibre reduzido diminuindo o risco de recidiva hemorrágica nos casos restantes.

Conforme demonstrado por estudo de Cleva et al⁶ e Evangelista-Neto et al⁸ há queda na pressão ao nível das varizes após a esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda e isto favorece o resultado da esclerose, mantendo a diminuição do calibre em longo prazo¹⁹. Em função desta diminuição em conjunto com a diminuição de sua pressão há menor possibilidade da recidiva hemorrágica.

O seguimento em longo prazo de pacientes submetidos a DAPE mostrou incidência significativa de trombose da veia porta

em 55% dos pacientes de Cleva et al⁵, mostrando necessidade de estudos com seguimento mais longo para melhor avaliação dos submetidos a este procedimento.

Embora o resultado da diminuição do calibre das veias seja significativo a pequena amostragem do estudo dá margem a vieses; portanto, há necessidade de estudos posteriores com maior amostragem para resultados mais conclusivos na busca de um procedimento que consiga evitar a recidiva hemorrágica, mantendo a função hepática, sem induzir à encefalopatia e corrigindo o hiperesplenismo em indivíduos portadores esquistossomose forma hepatoesplênica com antecedentes hemorrágicos por varizes esofágicas.

CONCLUSÃO

A desconexão ázigo-portal mais esplenectomia diminui significativamente o calibre das varizes esofágicas quando no seguimento é associada com escleroterapia endoscópica, sendo efetiva na profilaxia da recidiva hemorrágica por varizes esofágicas.

REFERÊNCIAS

- Batista-Neto, João et al. Perfil evolutivo das varizes esofágicas pós esplenectomia associada à ligadura da veia gástrica esquerda e escleroterapia na hipertensão portal esquistossomótica. ABCD, arq. bras. cir. dig., Mar 2013, vol.26, no.1, p.49-53. ISSN 0102-6720
- Cápua Jr A, Szutan LA, Saad Jr R, Stelmach D, Assef JC. Alterações da pressão porta de doentes esquistossomóticos submetidos a operação de esplenectomia e desconexão ázimo-portal. GED. Gastroenterol Endosc. 1992;Dig 11:1.
- Carneiro JLA. A circulação colateral gastroesofágico após desconexão ázigo-portal. Ortografia trana-operatória na esquistossomose mansinha [tese livre-docência]. Vitória 1979: Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo.
- de Cleva R; Pugliese V; Zilberstein B; Saad WA; Pinotti HW; Laudanna AA. Systemic hemodynamic changes in mansonic schistosomiasis with portal hypertension treated by azygoportal disconnection and splenectomy. Am J Gastroenterol. 1999. Jun. 94(6):1632-7.
- de Cleva R, Herman P, Saad WA, Pugliese V, Zilberstein B, Rodrigues JJ, Laudanna AA. Postoperative portal vein thrombosis in patients with hepatosplenic mansonic schistosomiasis: relationship with intraoperative portal pressure and flow. A prospective study. Hepatogastroenterology. 2005. Sep-Oct;52(65):1529-33
- de Cleva R, Herman P, D'Albuquerque LA et al. Pre and postoperative systemic hemodynamic evaluation in patients subjected to esophagogastric devascularization plus splenectomy and distal splenorenal shunt: a comparative study in schistosomal portal hypertension. World j Gastroenterol. 2007. 13:5471-5475
- Coelho FF, Perini MV, Kruger JA, Fonseca GM, Araújo RL, Makdissi FF, Lupinacci RM, Herman P. Management of variceal hemorrhage: current concepts. Arq Bras Cir Dig. 2014. Apr-Jun;27(2):138-44.
- Evangelista-Neto, João et al. Esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda na esquistossomose mansônica: efeitos sobre pressão das varizes do esôfago e indicadores endoscópicos de risco de sangramento por varizes esofagogástricas. ABCD, arq. bras. cir. dig., Mar 2012, vol.25, no.1, p.41-48. ISSN 0102-6720
- Ferraz A. A. B. et al. Tratamento cirúrgico da hipertensão portal esquistossomótica no hc/ufpe - análise de 131 casos. Rev. Col. Bras. Cir. 2000. vol.27 no.5 Rio de Janeiro Set./Oct.
- Ferraz AABm, Bacelar TSm, Silveira MJ et al. Surgical treatment of schistosomal portal hypertension. Int Surg. 2001. 86:1-8
- Gawish Y, El-Hammadi HA, Kotb M et al. Devascularization procedure and DSRS: a controlled randomized trial on selected haemodynamic portal flow pattern in schistosomal portal hypertension with variceal bleeding. Int Surg. 2000. 85:325-330
- Kelner S, Ferraz EM, Wanderley F. Hematêmese: inquérito sobre desencadeamento por drogas contendo ácido acetilsalicílico na hipertensão porta esquistossomótica. Fac Med Univ Recife. 1964, 24:153-165.
- Kelner S. Critical evaluation of schistosomiasis portal hypertension surgery. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1992 87(Suppl 4):357-368
- Makdissi FF, Herman P, Pugliese V, de Clever R, Saad WA, Ceccanello I, D'Albuquerque LAC. Long-term results of esophagogastric devascularization and splenectomy associated with endoscopic treatment in schistosomal portal hypertension World J Surg. 2010. 34:2682-2688
- Palmer ED, Brick IB. Correlation between the severity of esophageal varices in portal cirroses and their propellente toward hemorrhage. Gastroenrology. 1956. 30:85-90
- Pereira, Fernanda Maria Fernández et al. Alterações angiográficas e pressóricas determinadas pela esplenectomia e ligadura da veia gástrica esquerda em portadores de esquistossomose mansônica. ABCD, arq. bras. cir. dig., Dez 2013, vol.26, no.4, p.302-308. ISSN 0102-6720
- Raia S, da Silva LC, Gayotto LC et al. Portal hypertension in schistosomiasis: a long-term follow-up of a randomized trial comparing three types of surgery. Hepatology. 1994. 20:398-403
- Sakai P, Boaventura S, Ishioka S, Mies S, Sette H, Pinotti HW. Sclerotherapy of bleeding esophageal varices in schistosomiasis - comparative study in patients with and without previous surgery for portal hypertension. Endoscopy. 1990. 22:5-7.
- Sakai P. Esclerose endoscópica das varizes esofágicas após tratamento cirúrgico da hipertensão portal em pacientes com esquistossomose hepatoesplênica. Arq Gastroenterol. 2001. 38:81-83.
- Silva-Neto WDB, Cavarzan A, Herman P. Avaliação intra-operatória da pressão portal e resultados imediatos do tratamento cirúrgico da hipertensão portal em pacientes esquistossomóticos submetidos a descompressão ázigo-portal e esplenectomia. Arq Gastroenterol. 2004. 41, 3 s150-4
- Widman A, Oliveira IRS, Speranzini MB, Cerri GG, Saad WA, Gama-Rodrigues J. Hipertensão portal por esquistossomose mansônica hepatoesplênica: efeito da desconexão ázigo-portal com esplenectomia no diâmetro e na velocidade média de fluxo do sistema portal (estudo ultra-sonográfico com Doppler)
- World Health Organization (WHO). The control of schistosomiasis. WHO Technical Report Series 1993. no. 830. WHO, Geneva
- DATASUS. PCE - Programa de Controle da Esquistossomose. [acesso em 15/07/2015] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinan/pce/cnv/pce.def>