

Anastomose mecânica esofagogástrica cervical látero-lateral após esofagectomias

Mechanical cervical esophagogastric laterolateral anastomosis after esophagectomies

JOÃO BATISTA NETO, TCBC-AL¹; PAULA GABRIELA MELO MORAIS²; MARCOS DA COSTA NEPOMUCENO, ACBC-AL³; JOSÉ CARDOSO CAVALCANTE JR, TCBC-AL⁴; TADEU MURITIBA, TCBC-AL³; ALBERTO JORGE FONTAN, TCBC-AL⁵

R E S U M O

Dentre os desafios das esofagectomias, a fístula da anastomose cervical persiste desafiadora por suas consequências, sendo a principal, a estenose da anastomose. Os autores apresentam uma técnica de anastomose esofagogástrica cervical látero-lateral mecânica à Orringer, que reduz o índice de fístulas e de estenose.

Descritores: Esôfago. Esofagectomia. Fístula anastomótica. Anastomose cirúrgica. Técnica de fechamento de ferimentos abdominais.

INTRODUÇÃO

Dentre os desafios das esofagectomias, a fístula da anastomose cervical continua um dos problemas principais, por sua morbimortalidade, dentre os quais se destaca a estenose, pelas restrições ou sofrimento que impõe ao doente.

A fístula cervical incide em 10 a 50% das anastomoses e a metade resulta em estenose com consequente necessidade de sessões de dilatação¹.

Em 1998, Collard *et al.*², compararam uma nova técnica de anastomose esofagogástrica cervical (AEGC) látero-lateral *meccânica*, utilizando a parte mais superior do fundo gástrico e a parede posterior do esôfago, com a clássica esofagogastrostomia término-lateral, através de sutura manual. Seu intuito era reduzir o alto risco de fístula e estenose que acarretavam. Seus resultados com uso do grampeador na modalidade de sutura látero-lateral foram satisfatórios ao reduzir o índice de estenose com a nova técnica.

Orringer *et al.*¹, em 2000, modificaram esta técnica e demonstraram sua eficiência, realizando uma anastomose mecânica látero-lateral, porém utilizando a parede anterior do estômago e a posterior do esôfago. Dessa forma minimizaria o refluxo gastroesofágico ao criar uma bolsa gástrica retroesofágica que se distende com ar à deglutição. Esta técnica reduziu seu índice de fístula de 10

a 15%, quando utilizava sutura manual, para 2,7% de fístulas clinicamente expressivas ao realizar essa nova anastomose com grampeador.

O objetivo deste estudo é divulgar a técnica de Orringer *et al.*¹, em pacientes submetidos à esofagectomia trans-hiatal, aplicando-a no estômago transposto ou tubulizado, com resultados satisfatórios, devido à ausência de publicações sobre a mesma entre os cirurgiões brasileiros.

TÉCNICA

A esofagectomia transhiatal³ é realizada através dos acessos abdominal e cervical esquerdo. É indicada no megaeosôfago avançado, nos tumores do terço inferior do esôfago, do cárdia ou estenoses de doenças benignas. Todas as figuras foram adaptadas de Orringer *et al.*¹.

Realizado o acesso cervical, com o esôfago dissecado e estômago (completo ou tubulizado) pronto para ser transposto, prosseguimos realizando: 1- tração delicada da peça cirúrgica até que o estômago se exteriorize 5cm acima da clavícula esquerda (Figura 1). Nesta passagem transmediastinal, o estômago, deve ser monitorado, para que não fique rodado em torno de seu eixo; 2- a secção da transição esofagogástrica com grampeador linear cortante TLC75. Realiza-se a sutura manual de re-

Trabalho realizado no Grupo de Cirurgia do Esôfago, Estômago e Cirurgia Bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral e Especialidades do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes(HUPAA), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas(FAMED/UFAL), Maceió.

1. Prof. Adjunto-Mestre do Módulo Digestório da Disciplina Saúde do Adulto e do Idoso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas; 2. Residente de Cirurgia Geral do Serviço de Cirurgia Geral e Especialidades do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes; 3. Assistente do Serviço do Serviço de Cirurgia Geral e Especialidades do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes; 4. Diretor Técnico do Centro de Alta Complexidade em Oncologia Prof. Úlpio Miranda; 5. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e Especialidades do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes.

forço, contínua, ancorada, com poliglecaprone 3-0; 3- liberando o coto esofágico remanescente, até que, deite sua face posterior sobre a parede anterior do estômago, pouco redundante, para que ao tracionar a estrutura reconstituída, a anastomose não fique tensa; 4- reparo das bordas esofágicas, das bordas do fundo gástrico, do estômago no corpo, para que fique estendido (Figura 2). Realiza-se gastrostomia na parede anterior do estômago com bisturi elétrico, em extensão de 1cm, o suficiente para caber a pá inferior do grampeador numa extensão de, pelo menos, 3cm, para ficar uma boa boca anastomótica. Aposição da pá anterior do grampeador. Ajuste das duas pás e disparo da sutura mecânica com leve inclinação do grampeador para a direita. Sutura de três pontos entre a seromuscular do estômago e muscular esofágica em ambos os lados (Figura 3). Passagem de sonda enteral ou nasogástrica 16F, para alimentar 24 horas após, deixando-a no duodeno; 5- sutura manual contínua, ancorada, da face anterior da anastomose esofagogastrica com poliglecaprone 3-0, iniciando-se com fio em cada lado e os dois se encontrando no meio da sutura. Faz-se um segundo plano de sutura com pontos separados para inversão da sutura (Figura 4); 6- uma tração suave do estômago na cavidade abdominal, para aposição adequada da anastomose na região cervical e fixam-se dois pontos na transição hiatal e na fáscia pré-vertebral. Drenagem da região cervical com Penrose nº 1. Fechamento por planos.

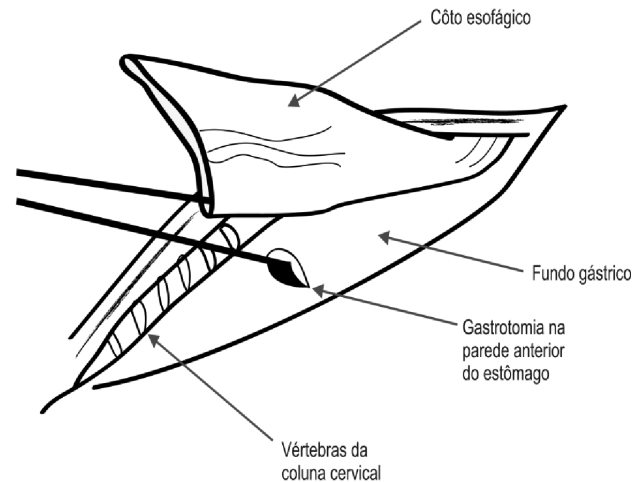


Figura 2 - Gastrotomia transversa de 1cm na parede anterior do estômago.

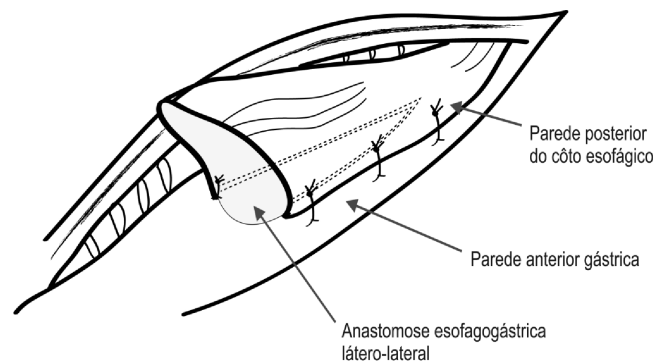


Figura 3 - Grampeamento com TLC75 entre a parede posterior do esôfago e a parede anterior do estômago.

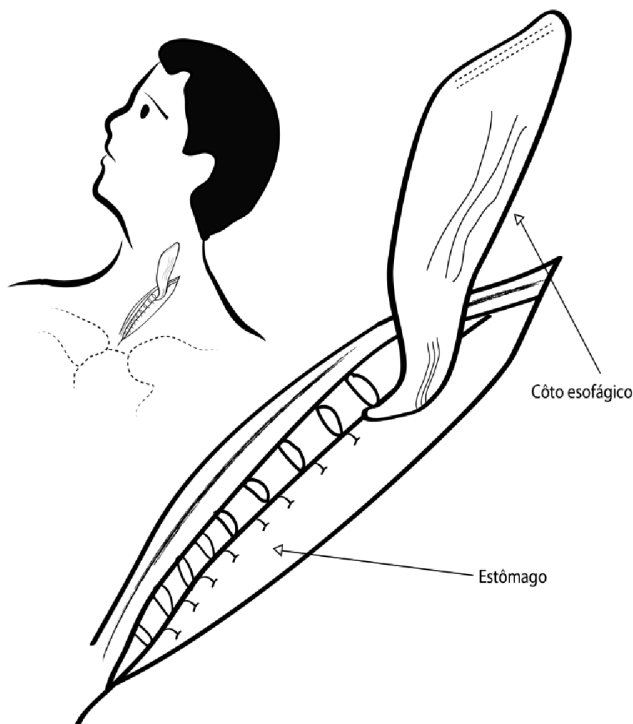


Figura 1 - Coto esofágico dissecado. Estômago completo ou tubulizado transposto.

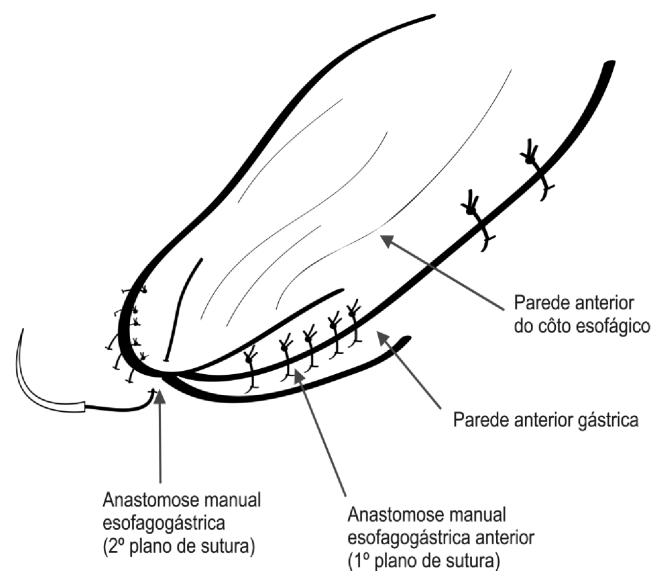


Figura 4 - Anastomose manual esofagogastrica látero-lateral, em dois planos, sendo o primeiro em sutura contínua com poliglecaprone 3-0 e a segunda invaginante em pontos separados.

DISCUSSÃO

A experiência do Serviço com esofagectomia trans-hiatal foi iniciada em 1982 e gira em torno de uma centena, para doenças benignas e malignas através de acesso aberto ou laparoscópico. A incidência de fístulas foi 32% no início e reduziu-se para 13,3%, tendo 25% dos casos de fístula necessitado de uma a três sessões de dilatação⁴.

Múltiplas tentativas de técnicas são relacionadas na literatura nacional e estrangeira, sem solução da questão, visto que, quando reduzem o índice de fístulas não o fazem quanto à estenose ou vice-versa^{1,2,5-8}. O acesso laparoscópico não alterou o índice de fístulas quando comparado ao acesso aberto⁹.

Em 2012, Saluja *et al.*¹⁰, em estudo prospectivo randomizado, encontraram índice similar de fístulas quando comparadas as suturas manual versus mecânica. No entanto, o índice de estenose se reduziu significativamente na técnica com grampeador.

Vivendo a mesma angústia dos cirurgiões que praticam a cirurgia esofágica, adotamos a inovação de Orringer *et al.*¹, adaptando-a à realidade brasileira, utilizando o TL75, substituindo o endoGIA original e obtendo resultados satisfatórios com a anastomose mecânica sobre a manual, desde 2008. Até o momento, não houve nenhuma fístula. Apenas uma subestenose à imagem radiológica, sem expressão clínica. O acompanhamento dos doentes se fez por período que vai até 48 meses e no seguimento endoscópico o achado foi de boca ampla da anastomose e sem refluxo para o coto esofágico.

Concluimos que a técnica, adotada no nosso Serviço, é promissora, porém sua validação depende de estudos longitudinais prospectivos com casuística comparada adequada.

Agradecimento

Ao designer gráfico Jorge Luiz Ferreira Carlos, pela adaptação das ilustrações.

A B S T R A C T

Among the challenges of esophagectomies, the cervical anastomosis remains challenging for its consequences, the main being the anastomotic stricture. The authors present a technique for an Orringer-fashion mechanical cervical laterolateral esophagogastric anastomosis, which reduces the rate of fistula and stenosis.

Key words: Esophagus. Esophagectomy. Anastomotic leak. Anastomosis, surgical. Abdominal wound closure techniques.

REFERÊNCIAS

- Orringer MB, Marshall B, Iannettoni MD. Eliminating the cervical esophagogastric anastomotic leak with a side-to-side stapled anastomosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2000;119(2):277-88.
- Collard JM, Romagnoli R, Goncette L, Otte JB, Kestens PJ. Terminalized semimechanical side-to-side suture technique for cervical esophagogastric anastomosis. *Ann Thorac Surg.* 1998;65(3):814-7.
- Ferreira EAB. Esophagectomia subtotal e esofagogastricoplastia transmediastinal posterior sem toracotomia no tratamento do megaesôfago [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1975.
- Batista Neto J, Fontan AJ, Nepomuceno MC, Lourenço LG, Ribeiro LT, Ramos CP. Esophagectomia trans-hiatal no tratamento do megaesôfago chagásico avançado. *Rev Col Bras Cir.* 2003;30(3):230-7.
- Kunzle JE, Ziliotto Júnior A. Estudo das anastomoses esofágicas cervicais após esofagectomia. *Rev Col Bras Cir.* 1985;12(2):42-6.
- Pinotti HW, Ceconelo I, da Rocha JM, Zilberstein B. Resection for achalasia of the esophagus. *Hepatogastroenterology.* 1991;38(6):470-3.
- Aquino JLB, Camargo JGT, Said MM, Merhi VAL, Maclellan KCP, Palu BF. Avaliação da anastomose esofagogastrica cervical com sutura mecânica e manual em pacientes com megaesôfago avançado. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(1):19-23.
- Henriques AC, Zanon AB, Godinho CA, Martins LC, Saad Júnior R, Speranzini MB, et al. Estudo comparativo entre as anastomoses cervicais esofagogastrica término-terminal com e sem invaginação após esofagectomia para câncer. *Rev Col Bras Cir.* 2009;36(5):398-405.
- Crema E, Ribeiro LB, Terra JA Jr, Silva AA. Laparoscopic transhiatal subtotal esophagectomy for the treatment of advanced megaesophagus. *Ann Thorac Surg.* 2005;80(4):1196-201.
- Saluja SS, Ray S, Pal S, Sanyal S, Agrawal N, Dash NR, et al. Randomized trial comparing side-to-side stapled and hand-sewn esophagogastric anastomosis in neck. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(7):1287-95.

Recebido em 20/08/2012

Aceito para publicação em 15/10/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

Batista Neto J, Moraes PGM, Nepomuceno MC, Cavalcante Júnior JC, Muritiba T, Fontan AJ. Anastomose mecânica esofagogastrica cervical látero-lateral após esofagectomias. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2013;40(5). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

João Batista Neto

E-mail: www.jbatista19.jb@gmail.com