

Mucosectomia no tratamento de megaesôfago chagásico avançado: relato de caso

Mucosectomy as a treatment of Chagas disease's megaesophagus in advanced stage: a case report

Catharina Cardoso Januário de Souza¹, Laís Yumi Sakano¹, Melanie Mayumi Horita¹, Vitor Ramalho Bardauil¹, Paulo Henrique Fogaça de Barros², Ruy França de Almeida², Celso de Castro Pochini², Danilo Gagliardi³

Resumo

Introdução: O Megaesôfago avançado é tratado cirurgicamente, com a possibilidade da realização de diferentes técnicas; dentre elas, a mucosectomia. Ela é vantajosa em vista da eliminação de um tempo cirúrgico, a toracotomia, reduzindo complicações pulmonares. **Relato do caso:** Trata-se de paciente portadora de megaesôfago de etiologia chagásica, sendo optada pela realização da mucosectomia, reconstrução pelo tubo gástrico e jejunostomia. A paciente evoluiu com coleção mediastinal e invaginação jejunojejunal ao nível da jejunostomia. **Discussão:** Apesar de a mucosectomia ser uma técnica sem toracotomia, que reduz a morbimortalidade, ela não é isenta de outras complicações, como as descritas no caso. A coleção mediastinal entre a camada muscular do esôfago ressecado e o tubo gástrico é uma das complicações mais raras desta técnica cirúrgica, assim como a invaginação jejunojejunal, infrequente após a realização de jejunostomias. **Conclusão:** O relato deste caso demonstra que a mucosectomia apresenta complicações que, raras ou não, devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente para um resultado terapêutico satisfatório.

Descritores: Esôfago/cirurgia, Esofagectomia, Acalasia esofágica, Mucosa intestinal/ cirurgia, Mucosa gástrica/cirurgia, Doença de Chagas/complicações

Abstract

Introduction: The advanced stage of megaesophagus is treated surgically, through several different techniques, such as Mucosectomy. This one is advantageous, once there is no need of thoracotomy, avoiding pulmonary complications. **Case Report:** Patient presenting megaesophagus by Chagas' disease, treated with mucosectomy, gastric tube reconstruction and jejunostomy, evaluated to mediastinal collection and jejunojejunal invagination at jejunostomy site. **Discussion:** Despite the fact that mucosectomy is a technique without thoracotomy, which reduces morbidity and mortality, it is not free from other complications, such as those presented in the case report. The mediastinal collection between the resected esophagus' muscle fibers and the gastric tube is one of the most rare complications of this surgical technique, such as jejunojejunal invagination is infrequent after jejunostomy. **Conclusion:** This case report illustrates that the mucosectomy technique presents complications that, rare or not, must be diagnosed and treated precociously in order to obtain a satisfactory therapeutic result.

Keywords: Esophagus/surgery, Esophagectomy, Esophageal achalasia, Intestinal mucosa/surgery, Gastric mucosa/surgery, Chagas disease/complications

Introdução

Define-se Megaesôfago como uma dilatação e alongamento do tubo muscular esofágico, impedindo o correto trânsito alimentar. Apesar do megaesôfago existir na forma não chagásica, em enfermidades mais raras, o megaesôfago chagásico ainda é o de maior prevalência no Brasil, uma vez que o país apresenta sítios endêmicos da doença. Na doença de Chagas, ocorre a destruição dos plexos mioentéricos do esôfago pela ação parasitária direta ou indireta do *Trypanosoma Cruzi*, agente etiológico da doença.

A principal característica clínica dessa afecção é a disfagia progressiva que pode evoluir em anos,

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico 2º Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Cirurgia

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Cirurgia

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia

Endereço para correspondência: Danilo Gagliardi. Rua Dr. Cesário Mota Jr, 112 – Vila Buarque – 01221-020 – São Paulo, SP – Brasil. E-mail: nilogagliardi@hotmail.com

diferentemente das disfagias que evoluem em menor tempo, mais relacionadas a processos neoplásicos. Além da disfagia, o paciente pode relatar regurgitação, pirose e perda de peso, pela dificuldade para se alimentar adequadamente. A doença de Chagas pode se manifestar de outras formas, podendo afetar o sistema cardiovascular e o colón. Contudo, quando há suspeita de acometimento esofágico, é importante a investigação do megaesôfago, por meio da Endoscopia Digestiva Alta, manometria, e das Radiografias de esôfago, estômago e duodeno contrastadas⁽¹⁾.

O megaesôfago é classificado de acordo com os resultados dos exames manométrico e radiográfico, sendo a manometria o padrão-ouro para diagnóstico e classificação. No megaesôfago desaparece o movimento peristáltico coordenado, prevalecendo ondas sincrônicas de pressão por todo o esôfago, que impossibilitam a condução do bolo alimentar da faringe ao estômago. Além da alteração da peristalse, há redução significativa da pressão do corpo do esôfago. Os padrões utilizados na literatura nacional para a classificação do megaesôfago (avançado e não avançado) são: o do HC-FMUSP, que considera avançado quando o corpo do esôfago apresenta pressão menor ou igual a 10 mmHg; e a do Professor Eduardo Crema (UFTM), quando a pressão é menor que 15 mmHg, classificação esta adotada pelo grupo do esôfago do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo da FCMSCSP, na maioria das vezes^(2,3).

O tratamento do megaesôfago é cirúrgico, a não ser nos casos onde a condição clínica do paciente não permita a intervenção. As alternativas cirúrgicas para o tratamento do megaesôfago são: a cardiomiectomia a Heller com valvuloplastia⁽⁴⁾ para a forma não avançada; e, para a forma avançada, a esofagectomia subtotal, a cirurgia de Serra Doria, a esofagoplastia redutora ou a mucosectomia⁽⁵⁻⁷⁾.

É importante considerar as características clínicas dos pacientes com megaesôfago antes da abordagem cirúrgica, uma vez que a doença de Chagas, como já citado, também afeta o aparelho cardiovascular, sendo importante balancear os riscos e benefícios do tratamento operatório de cada paciente.

Como em todos os procedimentos cirúrgicos, há chance de complicações e morbidade pós-operatória, além de recidivas^(8,9).

A esofagectomia subtotal sem toracotomia, embora não seja a terapêutica cirúrgica ideal para todos os casos de megaesôfago avançado, é uma opção naqueles doentes com condição clínica para sua realização, com a vantagem de evitar o comprometimento da dinâmica respiratória, reduzindo a frequência de complicações pulmonares. Quando comparada com a cirurgia transhiatal, a esofagectomia transtorácica resulta em um maior tempo de exposição do paciente à

ventilação mecânica no pós operatório e maior tempo de estadia hospitalar, incluindo permanência em UTI.

O procedimento transtorácico apresenta maior morbidade precoce, principalmente por causas pulmonares, e maior mortalidade. Dentre as complicações, são relatadas: mediastinite, quilotórax, fístula traqueal, paralisia do nervo laríngeo, sangramentos, infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar e causas gerais, como pneumonia e atelectasia⁽¹⁰⁾. Entretanto, durante o descolamento mediastinal do esôfago que, com intensa periesofagite acarreta aderências da víscera aos folhetos pleurais, pode ocorrer a abertura da pleura e, como consequência, o desenvolvimento de hemo ou hidropneumotórax, acarretando maior morbidade pós-operatória^(11,12).

Além disso, é notório que, no megaesôfago avançado, a esofagite de estase predisponha a instalação de lesões pré-neoplásicas ou neoplasias propriamente ditas (carcinoma espinocelular)⁽⁷⁾.

Tendo em vista tais considerações é que se cogitou a técnica da Mucosectomia, método que, do ponto de vista básico, consiste na retirada da mucosa e preservação do tubo muscular do esôfago, evitando a manipulação da camada muscular intimamente aderida às estruturas mediastinais. Desse modo, seria feita a profilaxia de lesões mucosas pré-neoplásicas, das lesões intraoperatórias de vias aéreas e das complicações pleuropulmonares.

Para a realização da mucosectomia, o paciente é colocado em decúbito dorsal horizontal com o pescoço para a direita, já que o tempo cervical da cirurgia é feito do lado esquerdo do pescoço. Um coxim é colocado sob os ombros para proporcionar maior extensão do pescoço.

Primeiramente realiza-se a laparotomia mediana desde o apêndice xifoide até aproximadamente cinco centímetros abaixo da cicatriz umbilical. A seguir, é feita a exploração criteriosa da cavidade abdominal, prosseguindo com a dissecação e o isolamento do esôfago abdominal, com secção dos ramos anterior e posterior do nervo vago, facilitando a mobilização esofágica.

Depois de isolado o esôfago abdominal, é realizada a secção longitudinal da musculatura em sua face anterior desde a cárdia até o hiato esofágico, expondo-se a mucosa em toda a sua circunferência, da camada muscular, em uma extensão de cinco a sete centímetros.

No tempo abdominal ainda, é feito o preparo do estômago para a gastroplastia (tubo gástrico) e a realização de jejunostomia para a alimentação a mais ou menos 20 cm do ângulo duodenojejunal.

É feita a cervicotomia lateral esquerda acompanhando a borda interna do músculo esternocleidomastoideo, desde a fúrcula esternal até uma extensão de

Thank you for using www.freepdfconvert.com service!

Only two pages are converted. Please Sign Up to convert all pages.

<https://www.freepdfconvert.com/membership>