

Opções cirúrgicas para o tratamento de megaesôfago chagásico: um relato de caso

Surgical options for the treatment of chagasic megaesophagus: a case report

Pedro Rossi Julio Pellegrino Gianotti¹, Guilherme Camargo Julio Valinoto¹, Vitor Serafim de Faria¹, Ruy França de Almeida², Celso de Castro Pocchini³, Danilo Gagliardi⁴

Resumo

O megaesôfago chagásico ocorre devido à destruição dos plexos nervosos da parede esofágica pelo *Trypanosoma cruzi*. Os principais sintomas são disfagia e regurgitação. O padrão-ouro para o diagnóstico é a manometria, a qual possibilita classificar os pacientes em avançados ou não. O tratamento de escolha é cirúrgico: nos casos não avançados, opta-se pela cardiomiectomia de Heller; já nos avançados, opta-se pela esofagectomia subtotal, mucosectomia ou cirurgia de Serra-Dória. As taxas de recidiva após a cardiomiectomia, com necessidade de reabordagem cirúrgica, são significativas. Relatamos caso de paciente com megaesôfago chagásico avançado recidivado. Realizada avaliação clínica, radiológica e manométrica, foi proposta esofagectomia subtotal. Contudo, no intra-operatório, optou-se pela conversão para a técnica de Serra-Dória com vagotomia, devido à ocorrência de lesão vascular. O paciente evoluiu bem, sem intercorrências. Assim, o tratamento cirúrgico para o megaesôfago chagásico, apesar de ser o mais indicado, não está isento de complicações e recidivas.

Descritores: Acalásia esofágica, Esophagectomia, Procedimentos cirúrgicos operatórios, Complicações intraoperatórias, Complicações pós-operatórias

Abstract

Chagasic megaesophagus occurs due to destruction of nervous plexus of the esophageal wall by *Trypanosoma cruzi*. The main symptoms are dysphagia and regurgitation. The gold standard for diagnosis is manometry, which allows the classification into advanced or non-advanced megaesophagus. The treatment of choice is surgery: Heller's cardiomyotomy for non-advanced cases and subtotal esophagectomy, mucosectomy or Serra-Dória procedure for advanced cases. The recurrence rates following cardiomyotomy are significant, requiring new surgical approach. We report a case of a patient with recurrent advanced chagasic megaesophagus. After clinical, radiological and manometric evaluation, a subtotal esophagectomy was proposed. However, during surgery, due to vascular lesion, the procedure had to be converted to a Serra-Dória with vagotomy. The patient had a good evolution, without complications. Therefore, the surgical treatment for chagasic megaesophagus, despite being the first therapeutic choice, isn't exempt of complications or recurrence.

Keywords: Esophageal achalasia; Esophagectomy; Surgical procedures, operative; Intraoperative complications; Postoperative complications

Introdução

A doença de Chagas faz parte do grupo de doenças tropicais negligenciadas e representa um importante problema de saúde pública. No Brasil estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas sejam acometidas^(1,2). Atualmente, estima-se que a doença de Chagas afete cerca de 12-14 milhões de indivíduos na América Latina, estando 60 milhões sob risco em 18 países endêmicos⁽³⁾.

O agente etiológico *Trypanosoma cruzi* causa destruição dos plexos nervosos da parede esofágica, resultando em diminuição do peristaltismo e hipertonia do esfíncter esofágico inferior (EEI), gerando um quadro de acalásia e megaesôfago⁽⁴⁾. Os sintomas principais são disfagia e regurgitação, podendo estar

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Acadêmico do 5º ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico 2º Assistente do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia São Paulo

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

4. 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: Pedro Rossi Julio Pellegrino Gianotti. Av. Sabiá, 57 – apto. 92 – Moema – 04515-000 – São Paulo – SP – Brasil. E-mail: pedro_gianotti@hotmail.com

presentes sintomas respiratórios noturnos, perda de peso, pirose e dor retrosternal⁽⁵⁾. O padrão-ouro para o diagnóstico é a manometria, que fornece dados quantitativos permitindo a classificação em doença avançada ou não (consideramos megaesôfago avançado aquele cuja pressão de corpo é inferior a 15mmHg)⁽⁶⁾. Outros exames mandatórios são a esôfago-estomago-duodenografia (EED), endoscopia digestiva alta (EDA – primeiro exame a ser solicitado em casos de disfagia, exclui obstruções mecânicas como neoplasias e estenoses) e raio X de tórax.^{4,5} A classificação radiológica de Ferreira-Santos é essencial para a escolha do tratamento, dividindo em 4 os graus de megaesôfago, a saber: ⁽⁷⁾

Grau I: dilatação esofágica até 4 cm;

Grau II: dilatação esofágica entre 4 e 7 cm;

Grau III: dilatação esofágica entre 7 e 10 cm;

Grau IV: dilatação esofágica maior que 10 cm ou dolico megaesôfago.

Entre as principais complicações decorrentes da doença, podemos observar: desnutrição, retardo do crescimento e desidratação, devido à disfagia; infecções pulmonares de repetição, pela ocorrência de microaspirações; esofagite intensa, a qual, ao ocasionar úlceras hemorrágicas, pode provocar hematêmese e/ou melena; e o câncer de esôfago^(4,5).

O tratamento de escolha para megaesôfago é, via de regra, cirúrgico, sendo o tratamento não cirúrgico (i.e. antagonistas de canal de cálcio, injeção de toxina botulínica e dilatação endoscópica do EEI com balão) reservado para pacientes sem condições de serem submetidos à cirurgia⁽⁸⁾. Para casos não avançados, opta-se pela cardiomiectomia de Heller, enquanto em casos avançados opta-se pela esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal posterior, mucosectomia ou cirurgia de Serra Doria⁽⁸⁾.

A literatura tem mostrado que o índice de recidiva dos sintomas associados ao megaesôfago varia de 8 a 25%. As causas apontadas para tais recidivas são: miotomia incompleta, cicatrização na área da miotomia, refluxo gastroesofágico com esofagite e megaesôfago classificado como grupo IV, em que a miotomia, pela dilatação e alongamento do esôfago, não propiciou melhora da disfagia^(9,10).

Relato de Caso

Homem, 21 anos, natural de Manaus, residente em São Paulo há 12 anos. Procura o serviço da Santa Casa de São Paulo com queixa de disfagia baixa, progressiva para sólidos e líquidos há dois anos, emagrecimento de 4 kg em dois meses, náuseas e vômitos alimentares esporádicos, e dor retroesternal pós-prandial. Nega sintomas respiratórios, alterações do hábito intestinal, ou alterações cardíacas. Apresentava sorologia

positiva para doença de Chagas e há três anos fora submetido à cardiomiectomia de Heller. Após um ano de evolução pós-operatória observou-se o quadro supracitado, evidenciando a recidiva dos sintomas de megaesôfago. Ao exame, encontrava-se emagrecido e sem demais anormalidades.

O EED revelou um esôfago de calibre aumentado (8 cm) com resíduos alimentares e líquido de estase, apresentando afinamento distal com esvaziamento lento do contraste para o estômago, caracterizando megaesôfago grau III. A EDA evidenciou esôfago de calibre aumentado compatível com megaesôfago, com mucosa de aspecto nacarado em terço distal, estase alimentar esofágica, esofagite não-erosiva distal, pangastrite enantemática moderada e funduplicatura prévia. A manometria revelou complexos de deglutição sincrônicos e bifásicos, com amplitude média de 9 mmHg de pressão de corpo.



Figura 1. EED do paciente pré cardiomiectomia de Heller

Devido à classificação de megaesôfago avançado, foi proposta esofagectomia subtotal. Todavia, no intraoperatório, devido à difícil dissecação dos vasos gástricos por aderências provenientes da cirurgia anterior, houve o rompimento da artéria gástrica direita e optou-se pela conversão do procedimento para a técnica de Serra-Doria com vagotomia.

O paciente permaneceu com sonda nasoenteral e dreno abdominal tubulolaminar por nove dias para monitorar formação de fístulas na linha de sutura. Durante a internação evoluiu sem intercorrências. No décimo dia de internação foi realizado teste com

ingestão de azul de metileno, que não demonstrou extravasamento pelo dreno. Além disso, o paciente foi submetido a radiografia contrastada esôfagogástrica, a qual também afastou a existência de fístulas. O dreno e a sonda nasoenteral foram retirados, introduziu-se dieta oral leve com boa aceitação e recebeu alta hospitalar com retorno ambulatorial para acompanhamento.

Discussão

O paciente é procedente de zona endêmica da doença e apresentava quadro clínico compatível com a história natural do megaesôfago chagásico: disfagia funcional progressiva com anos de evolução. Inicialmente, quando o megaesôfago era não avançado (pressão de corpo esofágico de 17 mmHg à manometria), foi optado pela cardiomiectomia de Heller. Esta técnica, descrita pela primeira vez em 1913*, consiste em cortar as fibras musculares da cárdia em sua face anterior, associando-se uma funduplicatura (Toupet) para diminuição da incidência de refluxo gastroesofágico^(5,11). Fatores de bom prognóstico pós-cirúrgico são: idade inferior a 40 anos, pressão de repouso do EEI maior que 30mmHg e um esôfago sem tortuosidades ou dilatação importante. Com a progressão da doença, o esôfago continua a dilatar e perder motilidade, levando muitos pacientes a serem submetidos a outros tratamentos cirúrgicos após algum tempo da realização da cardiomiectomia de Heller, como no caso do paciente supracitado^(5,11).

Apesar da eficácia da cardiomiectomia de Heller, 2-5% dos pacientes desenvolverão a fase final da doença, caracterizada pela dilatação maciça do esôfago com retenção de alimentos, doença do refluxo refratária a tratamentos ou a presença de lesões pré-neoplásicas⁽¹²⁾. Nas operações de cardiomiectomia para tratamento do megaesôfago ocorre recidiva dos sintomas em até 15% dos pacientes, sendo que alguns necessitam reoperação⁽¹²⁾. Assim, a ressecção esofágica pode ser necessária para a melhora da qualidade de vida do paciente e a redução do risco de carcinoma invasivo⁽¹⁾.

Para o tratamento do megaesôfago avançado, as técnicas mais aceitas são a mucosectomia, a esofagectomia subtotal e, em casos reservados, a cirurgia de Serra-Dória⁽⁷⁾. No caso do paciente em questão, optou-se pela esofagectomia subtotal, devido à sua grande vantagem de resgatar a capacidade de deglutição e apresentar baixo índice de recidiva. Na esofagectomia subtotal é realizada a excisão do esôfago, exceto por sua porção proximal, a qual é anastomosada ao

estômago. Câmara-Lopes e Ferreira-Santos foram os primeiros a praticar a cirurgia visando o tratamento do megaesôfago⁽¹³⁾. A operação tornou-se conhecida pelo nome de seu autor e era realizada pela via transpleural direita, sendo a reconstrução do trânsito realizada por esofagogastroplastia retrosternal em segundo tempo cirúrgico⁽¹³⁾.

Em 1973, Ferreira passou a realizar a esofagectomia subtotal e esofagogastroplastia transmediastinal posterior sem toracotomia pela via cervicoabdominal, tornando possível reduzir o tempo e trauma cirúrgicos⁽¹⁴⁾. A técnica passou a ser indicada em casos de megaesôfago grau IV e em recidivas de disfagia após miotomia de Heller com válvula anti-refluxo^(14,15). Suas complicações mais frequentes são as pleuropulmonares (30-60%), como pneumotórax, hemotórax, empiema pleural e broncopneumonia; seguidas das fístulas da anastomose esofagogástrica cervical (6-8%). A mediastinite, embora menos frequente (0,4-5%) é a complicação mais grave da esofagectomia, tendo alta letalidade. As demais complicações, menos frequentes, são: quilotórax, endocardite bacteriana e lesão de via aérea e de grandes vasos⁽¹⁶⁾.

Outro método proposto no tratamento do megaesôfago avançado é a mucosectomia, na qual mucosa e submucosa esofágica, via cervicoabdominal combinada sem toracotomia, são retiradas por invaginação completa, mantendo íntegra a túnica muscular. Dessa maneira, as complicações da dissecação e descolamento do esôfago no mediastino podem ser evitadas. Contudo, durante a manobra de extração das camadas mucosa e submucosa, pode haver a ressecção parcial destas, o que culminaria na persistência dos sintomas originais⁽¹⁷⁾.

Complicações da mucosectomia incluem sangramento excessivo durante retirada da mucosa e submucosa e complicações pleuropulmonares (e.g. hemotórax, hidropneumotórax e infecções). No entanto, a incidência de tais complicações é significativamente menor do que na esofagectomia, sendo a principal vantagem deste procedimento a dificuldade técnica⁽¹⁷⁾.

No intra-operatório do paciente em questão, houve rompimento da artéria gástrica direita, cuja integridade é de extrema importância no procedimento, pois, juntamente com artéria gastroepiplóica direita, será responsável pela irrigação do estômago transposto. Assim, optou-se pela conversão para a técnica de Serra-Dória combinada à vagotomia.

Em 1970, Serra-Dória et al, publicaram conduta cirúrgica para o tratamento do megaesôfago con-

* APUD Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. *Lancet*. 2014; 383:83-93(5).

*APUD Torres-Villalobos G, Martin-Del-Campo LA. Surgical treatment for achalasia of the esophagus: laparoscopic heller myotomy. *Gastroenterol Res Pract*. 2013; 2013:708327(11).

sistindo em uma anastomose látero-lateral entre o esôfago terminal e o fundo gástrico, visando facilitar o esvaziamento gástrico, associada a uma gastrectomia parcial em Y-de-Roux, prevenindo refluxo biliar⁽¹⁸⁾. A operação de Serra Dória permite diminuir os sintomas e o calibre esofágico, com baixa morbimortalidade⁽¹²⁾.

As principais complicações da cirurgia de Serra-Dória incluem: persistência da disfagia, pirose, regurgitação e variação no peso. Além destas, pode ocorrer esofagite de refluxo e manutenção, ou aumento do calibre esofágico. A fístula gastroesofágica a partir da anastomose realizada no procedimento é a mais frequente das fístulas encontradas no pós-operatório desta técnica. A perfuração da parede esofágica e pneumotórax são complicações intra-operatórias possíveis na técnica em questão⁽¹²⁾.

Conclusão

O megaesôfago chagásico é uma doença progressiva e incapacitante que possui diferentes opções de tratamento cirúrgico dependendo de sua evolução.

A cardiomiectomia de Heller é uma boa opção terapêutica para casos não-avançados da doença. Reabordagens operatórias após aplicação desta técnica podem ser necessárias devido à persistência de sintomas ou evolução do quadro.

Para pacientes com megaesôfago avançado, opta-se pelo uso de mucosectomia, esofagectomia subtotal ou, em casos reservados, cirurgia de Serra-Dória. Contudo, nenhum desses procedimentos é livre de riscos e morbimortalidade.

Referências Bibliográficas

1. Malafaia, G; Rodrigues, ASL. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. Rev Soc Bras Med Trop. 2010; 43:483-5.
2. Kropf SP. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2009; 16(Suppl 1):205-27.
3. Martins-Melo, FR. Epidemiologia e distribuição espacial da mortalidade relacionada à doença de Chagas no Brasil, 1999 a 2007. Cad Saude Colet. 2013; 21:105-6..
4. O'Neill OM, Johnston BT, Coleman HG. Achalasia: a review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World J Gastroenterol. 2013; 19:5806-12.
5. Boeckstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. Lancet. 2014; 383:83-93.
6. Crema E, Cruvinel LAF, Werneck AM, Oliveira RM, Silva AA. Correlação manométrico-radiológica e sua importância no tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36:665-9.
7. Montagnini CCB, Chiaramelli P, Ribeiro EFA, Rodrigues MT, Almeida RF, Pochini CC, et al. Perfuração esofágica na cardiomiectomia de Heller: relato de caso. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2011; 56:141-4.
8. Chuah SK, Chiu CH, Tai WC, Lee JH, Lu HI, Changchien CS, et al. Current status in the treatment options for esophageal achalasia. World J Gastroenterol. 2013;19:5421-9.
9. Aquino JLB Said M, Pereira EVA, Vernaschi B, Oliveira MB. Tratamento cirúrgico do megaesôfago recidivado. Rev Col Bras Cir. 2007; 34:310-3.
10. Trevenzol HP. Operação de Serra Doria no tratamento do megaesôfago operado com recidiva dos sintomas. Tese (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
11. Torres-Villalobos G, Martin-Del-Campo LA. Surgical treatment for achalasia of the esophagus: laparoscopic heller myotomy. Gastroenterol Res Pract. 2013; 2013:708327.
12. Ponciano H, Ceconello I, Alves L, Ferreira BD, Gama-Rodrigues JJ. Cardioplasty and Roux-en-Y partial gastrectomy (Serra-Doria procedure) for reoperation of achalasia. Arq Gastroenterol. 2004; 4:155-61.
13. Câmara-Lopes H, Ferreira-Santos R. Indicação seletiva do processo de Heller, da ressecção parcial e da ressecção subtotal do esôfago no tratamento cirúrgico do megaesôfago: análise crítica da experiência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Rev Paul Med. 1958; 52:269-75.
14. Ferreira EAB. Esofagectomia subtotal e esofagogastroplastia transmediastinal posterior sem toracotomia no tratamento do megaesôfago. Tese (Livro Docência). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1976.
15. Rezende JM. Cirurgia da acalasia do esôfago e do megaesôfago chagásico. Estudos. 2006; 213-50.
16. Dias MA, Vieira EPG, Oliveira FA, Freitas MFCV, Almeida RF, Pochini CC, et al. Mediastinite pós-esofagectomia por megaesôfago chagásico: relato de caso. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2013; 58:42-5.
17. Aquino JLB, Reis Neto JA, Muraro CLPM, Camargo JGT. Mucosectomia esofágica no tratamento do megaesôfago avançado: análise de 60 casos. Rev Col Bras Cir. 2000; 27:108-13.
18. Serra-Doria OB, Silva-Doria OM, Silva-Doria OR. Nova conduta cirúrgica para o tratamento do megaesôfago. An Paul Med Cir. 1970; 97:115-21.

Trabalho recebido: 19/11/2014

Trabalho aprovado: 29/01/2015