

Reconstrução imediata do trânsito esofágiano no tratamento de pacientes portadores de neoplasia do esôfago através de esofagogastroplastia

WILMAR JOSÉ MANOEL¹, CARLOS INÁCIO DE PAULA², NILDES FERREIRA BORGES³, ROBERTO CEZAR DE CONTI²

Unitermos: Câncer — Esôfago. Esofagectomia trans-hiatal. Esofagogastroplastia. Reconstrução esofágica.

Key words: Esophageal — Neoplasms. Transhiatal esophagectomy. Esophagogastroplasty. Esophageal reconstruction.

RESUMO — Esofagogastroplastia com ou sem esofagectomia foi realizada em cinco pacientes com câncer de esôfago com o objetivo de proporcionar aos pacientes melhor qualidade de vida. O procedimento foi realizado em um único tempo operatório e permitiu aos pacientes deglutirem dieta normal, sem a ajuda de gastrostomia, num período de tempo que variou de dez a 15 dias após a cirurgia. Em três dos cinco pacientes, foi realizada esofagectomia por via trans-hiatal. Em um caso o esôfago ficou excluído no mediastino posterior e, em outro, foi realizada derivação esofagojejunal terminolateral. Todos os pacientes foram submetidos a terapia complementar com radioterapia e quimioterapia ou a quimioterapia exclusiva.

INTRODUÇÃO

Pacientes portadores de neoplasia do esôfago, na sua grande maioria, são fumantes e etilistas crônicos e, em virtude das próprias características da neoplasia, desnutridos. Portanto, além da desnutrição, apresentam também função respiratória comprometida^(1,7).

Procedimentos múltiplos nestes pacientes, tais como: gastrostomia como primeiro tempo do tratamento, quimioterapia e radioterapia como segundo tempo, esofagectomia através de toracotomia como terceiro tempo e, por último, a reconstrução do trânsito, levam estes pacientes a um extremo grau de desnutrição, com deiscências de anastomoses e, na maioria das vezes, fatal⁽⁴⁾.

Devido aos efeitos adversos da quimio e radioterapia, somados ao fator desnutrição e ao prolongado tempo entre o início do tratamento com gastrostomia e o final do mesmo com a reconstrução, muitos dos pacientes sequer chegam à última etapa do tratamento.

O objetivo do método descrito é o de inicialmente se fazer um tratamento para restaurar a função da deglutição, eliminando a disfagia, a tosse, a regurgitação, a pneumonia de repetição e melhorar o grau de nutrição destes pacientes^(2,3).

Quando possível, a esofagectomia trans-hiatal sem toracotomia é realizada^(1,4,5,6), seguida de quimioterapia, radioterapia e quimio e radioterapia em alguns casos.

MATERIAL E MÉTODOS

Nos últimos três anos, cinco pacientes foram submetidos à esofagogastroplastia, com ou sem esofagectomia trans-hiatal, para tratamento de neoplasia do esôfago.

Duas pacientes do sexo feminino e três do masculino foram incluídos neste estudo. Em dois pacientes a tumoração se localizava no terço superior do esôfago e em três, no terço médio. Todos tinham confirmação histoló-

Trabalho realizado no Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG). Aprovado para publicação em 15/3/88.

1. Chefe do Depto. de Tecido Conjuntivo do Hospital Araújo Jorge da ACCG.
2. Titular do Depto. de Tecido Conjuntivo do Hospital Araújo Jorge da ACCG.
3. Titular do Depto. de Pele e Tórax do Hospital Araújo Jorge da ACCG.

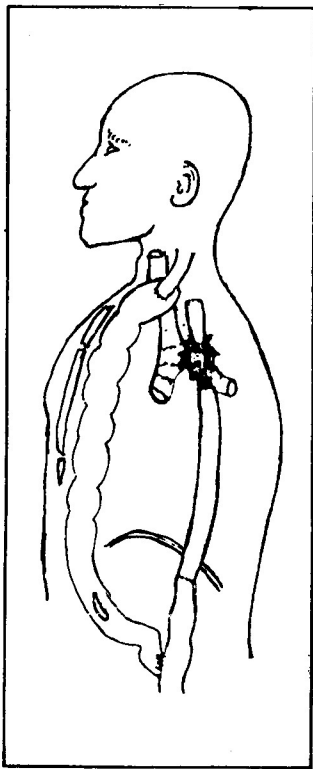


Fig. 1 — Fechamento do esôfago proximal e anastomoses esofagogástrica proximal e esofagojejuno distal

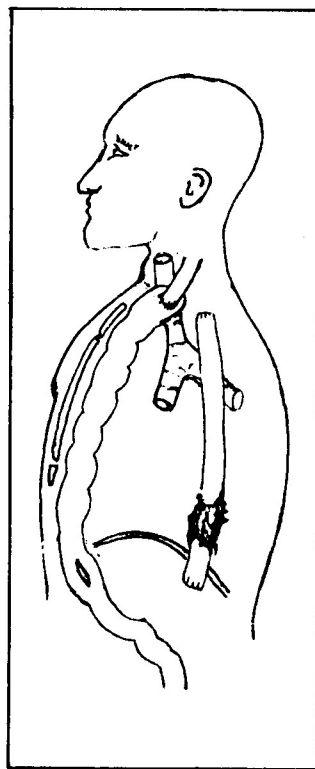


Fig. 2 — Anastomose esofagogástrica com fechamento das extremidades do esôfago, mantendo-o excluído

gica de carcinoma epidermóide, um dos quais carcinoma *in situ*. Todos os pacientes eram fumantes e quatro deles etilistas moderados. A queixa principal de disfagia teve início entre dois e seis meses do diagnóstico e a idade dos pacientes variou de 48 a 61 anos.

Em dois dos cinco casos não houve possibilidade de ressecção do tumor. Além da esofagogastroplastia, foi realizada, em um dos casos, esofagojejunostomia (fig. 1) e, no outro, fechamento do esôfago proximal e distal, deixando o esôfago excluído (fig. 2). Em ambos os casos foi realizada radioterapia no leito da lesão primária e quimioterapia sistêmica.

Nos casos restantes foi possível a esofagectomia por via trans-hiatal. Em um destes casos o levantamento do estômago foi realizado no mediastino posterior, através do leito do esôfago; este paciente submeteu-se somente à quimioterapia. Nos dois outros pacientes o trânsito foi estabelecido por via retroesternal e em um deles (portador de carcinoma *in situ*) nenhum outro tipo de tratamento foi realizado e, no último, fez-se radio e quimioterapia pós-operatórias como tratamento complementar.

RESULTADO

Todos os pacientes tiveram alta, ingerindo dieta normal, logo após a retirada da sonda nasogástrica, por volta do 10.º ao 15.º dia de pós-operatório. A média de internação foi de 15 dias. Não houve mortalidade operatória. A perda sanguínea no ato operatório foi, em média, de 800ml. Não tivemos complicações operatórias, como pneumotórax, mediastinite, hemorragia importante ou trauma de traquéia.

Em um dos pacientes ocorreu paralisia do nervo recorrente laríngeo esquerdo. Esplenectomia foi realizada em dois casos por traumatismo do baço, durante o ato operatório. Síndrome de esvaziamento rápido ocorreu em dois casos, com melhora dos sintomas através de orientação dietética.

Uma paciente desenvolveu fistula na região cervical (anastomose esofagogástrica) no 10.º dia de pós-operatório, que fechou espontaneamente no 15.º dia.

A sobrevida dos pacientes nos quais a esofagectomia não foi possível foi de oito meses, no que o esôfago ficou excluído (fig. 2), e de 13 meses, no que só foi fechado o coto proximal (fig. 1), sendo que a ingestão de qualquer tipo de alimento não foi interrompida. O paciente que sobreviveu oito meses, por ocasião do óbito apresentava doença em atividade no mediastino, fossa supraclavicular direita e esquerda e broncopneumonia. O paciente que sobreviveu 13 meses foi a óbito por hemorragia digestiva e apresentava doença em atividade no mediastino, fígado e fossa supraclavicular esquerda.

Dos três pacientes restantes, nos quais a esofagectomia foi realizada, um foi a óbito um ano e três meses após a cirurgia, com doença disseminada para o fígado, mediastino, fossa supraclavicular direita e esquerda, apresentando, inclusive, insuficiência respiratória importante por compressão da traquéia; neste caso houve recidiva da disfagia e paralisia recorrente. Os outros pacientes estão vivos, uma (portadora de carcinoma *in situ*) com dez meses de seguimento e outro com dois meses, ambos sem evidência de doença em atividade.

DISCUSSÃO

Existem basicamente quatro métodos para se tratar curativa ou paliativamente a neoplasia de esôfago: radioterapia, quimioterapia, intubação do esôfago e *by pass* cirúrgico⁽³⁾.

Nos casos de neoplasia do esôfago no seu terço superior com invasão da via aérea em que se aplica quimio ou radioterapia efetiva há o risco de necrose tumoral, levando à formação de fistula traqueoesofagiana ou bronquiesofagiana. Na neoplasia do terço inferior do esôfago com invasão da aorta, este método pode levar à ruptura da mesma com hemorragia fatal⁽³⁾.

A intubação transtumoral do esôfago não permite ao paciente ingerir uma dieta normal, pois a ingestão de sólidos pode ocluir o tubo. O crescimento tumoral acima do tubo pode levar a recidiva da disfagia⁽²⁾. Esofagite de refluxo, devido à presença do tubo, perfuração do esôfago com mediastinite e migração do tubo são outras desvantagens que o método apresenta. A dor e o desconforto após a colocação do tubo não podem ser aliviados pela radioterapia^(2,3).

A substituição do esôfago pelo estômago é uma cirurgia tecnicamente simples e realizada em um só tempo operatório, permitindo assim ao paciente, em período de poucos dias, ingerir uma dieta normal⁽³⁾. Preferimos a substituição pelo estômago, tendo em vista tratar-se de órgão bastante vascularizado e de comprimento suficiente para alcançar a região cervical, sem tensão⁽⁸⁾. A anastomose é realizada na região fúndica do estômago, após a fixação do mesmo na fáscia pré-vertebral. O número de anastomoses se resume à anastomose esofagogástrica fora do mediastino, que, no caso de fistulização, não traz maiores complicações para o paciente^(4,8). As fistulas que eventualmente ocorrem na maioria das vezes fecham-se espontaneamente.

A reconstrução utilizando o cólon ou jejuno, além de mais trabalhosa, apresenta o inconveniente de estes órgãos serem menos vascularizados que o estômago, propiciando a formação de fistulas; além disso, são necessárias três anastomoses, duas das quais na cavidade abdominal, em pacientes que apresentam alto risco de deiscência⁽⁷⁾.

Nos casos em que utilizamos a via retroesternal, não tivemos recidiva da disfagia, mas naquele caso em que o estômago foi colocado no leito do esôfago, houve recidiva tumoral com compressão do estômago e posterior disfagia.

CONCLUSÃO

A reconstrução do trânsito esofágico com estômago é um método que pode ser utilizado para tumores ressecáveis e irressecáveis.

No caso dos tumores ressecáveis do esôfago, permite-se um tratamento complementar com o paciente ingerindo dieta normal, sem os inconvenientes da gastrostomia, permitindo melhora psicológica, nutricional e respiratória desses pacientes.

No caso de tumores irressecáveis com invasão de brônquios, traquéia e aorta, com ou sem fistula brônquio ou traqueoesofagiana, oferece melhor qualidade de vida a esses pacientes.

SUMMARY

Esophagogastroplasty with or without esophagectomy was performed on five patients with esophageal cancer to give them a better quality of life.

The procedure was performed in one single surgical step and allowed the patients swallow a normal diet without a feeding tube help within a period that ranged from ten to fifteen days after the surgery.

Three out of five patients the esophagectomy was accomplished by the transhiatal way.

In one case the esophagus was excluded in the posterior mediastinum and in the other an end-to-side esophagojejunum anastomosis was carried out.

All patients underwent to complementar therapy with radiotherapy and chemotherapy or chemotherapy alone.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FRANKLIN, R et al Combined modality therapy for esophageal squamous cell carcinoma. *Cancer*, 51: 1.062, 1983.
2. KELSEN, D Treatment of advanced esophageal cancer. *Cancer*, 50: 2.576, 1982.
3. MANNELL, A Presternal gastric bypass for unresectable carcinoma of the thoracic esophagus: a preliminar report. *Br. J. Surg.* 67: 522, 1980.
4. ORRINGER, MB & SLOAN, H Esophagectomy without thoracotomy. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 76: 643, 1978.
5. ORRINGER, MB & ORRINGER, JS Esophagectomy without thoracotomy: a dangerous operation? *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 85: 72, 1983.
6. POSTLETHWAIT, RW Technique for isoperistaltic gastric tube for esophageal bypass. *Ann Surg.* 189: 674, 1979.
7. POSTLETHWAIT, RW Colonic interposition for esophageal substitution. *Surg. Gynecol. Obstet.* 156: 377, 1983.
8. SUGIMACHI, K et al A safer and more reliable operative techniques for esophageal reconstruction using a gastric tube. *Am. J. Surg.* 140: 471, 1980.