Reconstrução do trato digestivo após gastrectomia total pela técnica de esôfago-duodeno-anastomose

Recontruction of the digestive tract after total gastrectomy by oesophago-duodenal-anastomosis

SILVIO M. P. BALZAN – Mestrando do Curso de Cirurgia da FFFCMPA.
CHARLES E. RIEDNER – Médico Residente de Cirurgia Geral da FFFCMPA.
FERNANDO A. B. PITREZ – Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da FFFCMPA/ISCMPA.
CARLOS CLEBER A. NUNES – Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da FFFCMPA/ISCMPA.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

✉ Endereço para correspondência:
Dr Silvio M. P. Balzan
Travessa Borneo, 95/303
Porto Alegre – RS – 91050-150
Fone (51)3225-9061 – (51)3344-7914
balzan@portoweb.com.br

SINOPSE

A esofagoduodenoanastomose (EDA), como técnica de reconstrução do trânsito digestivo após a realização de gastrectomia total, foi realizada inicialmente por Brigham, em 1898. Atualmente, encontra-se em desuso devido ao surgimento de novas técnicas que eliminam as principais desvantagens da EDA. Entretanto, em situações especiais, representa uma opção técnica de grande utilidade, especialmente por consistir em um procedimento de rápida realização.

São relatados quatro casos de gastrectomia total realizadas por neoplasia gástrica, em que se optou pela reconstrução do trânsito através de EDA, e realizada revisão da literatura pertinente.

Os autores sugerem que o uso da EDA deva ser considerado após gastrectomias paliativas realizadas por neoplasias gástricas avançadas em pacientes apresentando condições clínicas desfavoráveis.

UNITERMOS: Anastomose Esôfagoduodenal, Gastrectomia Total, Reconstrução do Trato Alimentar, Adenocarcinoma Gástrico.

ABSTRACT

Oesophago-duodenal anastomosis (ODA) is a technique of reconstruction for the digestive tract after the realization of total gastrectomy. It was described initially by Brigham in 1898. Now it is in disuse due to the development of new techniques that eliminate the main disadvantages of ODA. However in special situations it represents a technical option of great usefulness, especially for consisting in a procedure of fast realization.

We report four cases of total gastrectomy realizated for gastric advanced neoplasm in that we opted for the reconstruction of the digestive tract through ODA. Brief revision of the literature is accomplished.

The authors suggest that the use of ODA nowadays should be considered after palliative gastrectomy realizated by gastric advanced neoplasms in patients presenting unfavorable clinical conditions.

KEY WORDS: *Oesophagoduodenal Anastomosis, Total Gastrectomy, Alimentary Tract Reconstrution, Gastric Adenocarcinoma.*

INTRODUÇÃO

A esofagoduodenoanastomose (EDA) é uma técnica de reconstrução do trânsito alimentar após gastrectomia total por câncer avançado, tendo sido realizada pela primeira vez por Brigham, em 1898 (1). Sua utilização tem sido de exceção, devido à grande variedade de outras técnicas atualmente disponíveis (2). Entretanto, ainda hoje, há controvérsias quanto à reconstrução ideal após gastrectomia total (3). Neste aspecto, ressaltamos a possibilidade do emprego desta técnica em casos selecionados, tendo em vista sua execução ser mais rápida e fácil em comparação às outras alternativas, apesar de suas potenciais complicações pós-operatórias.

Tratando-se de uma técnica potencialmente utilizável, porém com escassa literatura disponível, torna-se oportuno o relato dos presentes casos.

São apresentados quatro casos de gastrectomia total por câncer com reconstrução do trânsito por EDA e realizada uma breve discussão sobre a técnica, a fim de ressaltar sua viabilidade.

RELATO DOS CASOS

Caso 1: V.A.M.B., 57 anos, masculino, branco, vigilante. Há dois anos com dor epigástrica de leve intensidade, sem irradiação, acompanhada de sensação de plenitude gástrica progressiva, coloração escura das fezes e emagrecimento. O exame físico era normal. À endoscopia digestiva alta, detectou-se grande ulceração que, biopsiada, revelou-se um adenocarcinoma. À ecografia, evidenciou-se espessamento das paredes do corpo gástrico. Classificação pelos critérios da *American Society of Anestesiology* (ASA) foi classe 3. Foi então submetido à cirurgia, detectando-se extensa neoplasia de corpo e antro gástrico, envolvendo toda extensão da pequena curvatura e com inva-

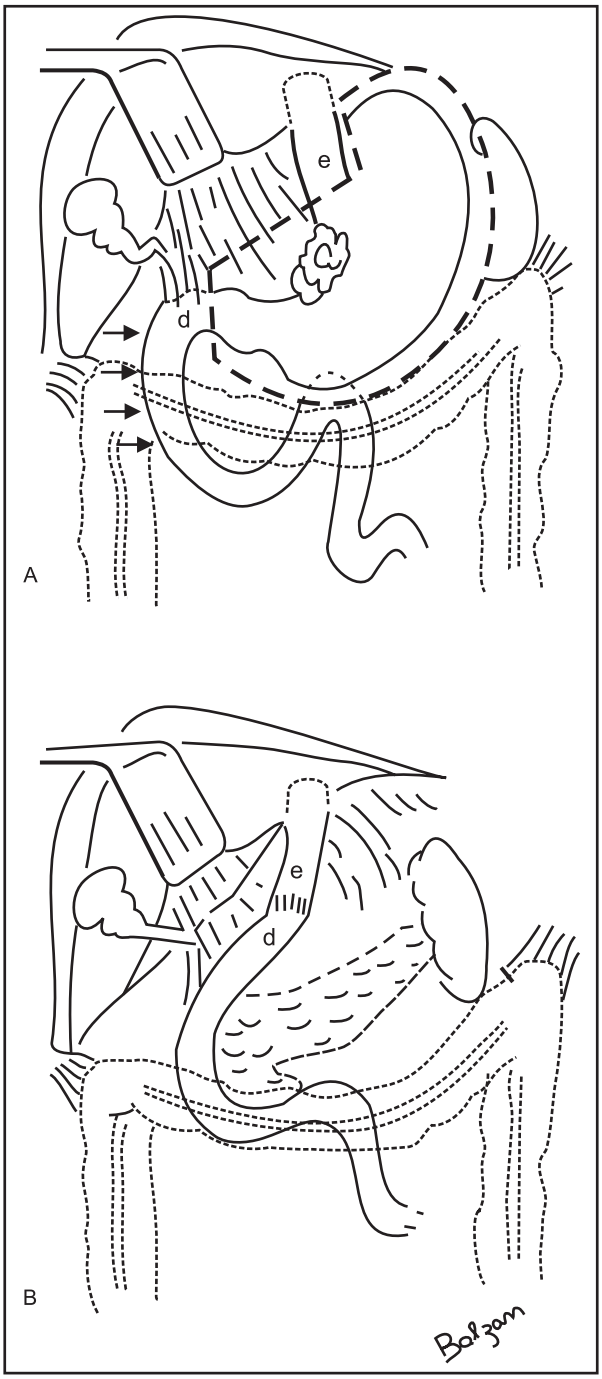


Figura 1 – Técnica de esofagoduodenoanastomose. Após a realização de gastrectomia total(A) é realizada a mobilização do duodeno (setas) e confecção de anastomose terminoterminal (B) do esôfago (e) com o duodeno (d).

são de tecidos adjacentes. Realizou-se gastrectomia total com reconstrução do trânsito por EDA (Figura 1). No pós-operatório, apresentou síndrome de *dumping*, tratada satisfatoriamente através de medidas clínicas.

Caso 2: M.E., 66 anos, feminina, branca, casada, do lar. Há dois anos iniciou com dor em hipocôndrio direito e epigástrio de forte intensidade, em queimação, acompanhada de pirose, regurgitação, vômitos e perda de peso (aproximadamente 9 kg em dois meses). Ao exame físico, apresentava-se emagrecida em regular estado geral. Apresentava dor à palpação profunda em epigástrio. À endoscopia, observou-se ulceração ao nível da incisura angular, cuja biópsia revelou adenocarcinoma. Classificada como ASA classe 3. À cirurgia, detectou-se a lesão gástrica e carcinomatose peritoneal. Foi então submetida à gastrectomia total seguida de EDA. Apresentou seguimento pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta no 15º dia pós-operatório. Um ano e seis meses após a cirurgia apresentou quadro de esofagite. Nova endoscopia revelou erosões longitudinais na metade inferior do esôfago e grande quantidade de bile na luz do órgão. Houve controle completo dos sintomas com uso continuado de bloqueador H_2.

Caso 3: A.B.S., 62 anos, masculino, branco, aposentado. Há três meses com dor em queimação no hipocôndrio direito, sensação de plenitude gástrica, vômitos, anorexia e perda de 10 kg de peso. Ao exame físico, apresentava dor à palpação profunda do epigástrio e presença de massa endurecida nessa região. À endoscopia, observou-se lesão ulcerada de antro e corpo gástrico, cuja biópsia revelou adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. Classificada como ASA classe 3. À cirurgia, detectou-se lesão volumosa de corpo e antro e múltiplas metástases ganglionares. Foi então realizada gastrectomia total com EDA. Radiograma de esôfago-estômago-duodeno (REED) de controle, realizado dois meses após, demonstrou livre passagem do contraste pela anastomose. No 7º mês de pós-operatório, apresentou recidiva da neoplasia na extremidade distal do esôfago, realizando-se então ressecção e anastomose esôfagojejunal em Y-de-Roux.

Caso 4: A.B., 63 anos, masculino, branco, agricultor. Há dois meses apresentava vômitos pós-prandiais e emagrecimento importante. Ao exame apresentava-se emagrecido. À endoscopia, evidenciou-se lesão ulcerada de bordos irregulares com pregas grosseiras, localizada na área antral, extendendo-se para pequena curvatura. À ecografia abdominal, o estômago apresentava espessamento das paredes na região do antro por provável infiltração. Classificado como ASA classe 3. Foi então submetido à cirurgia, detectando-se extensa neoplasia com invasão de tecidos perigástricos. Foi submetido à gastrectomia total e à esplenectomia associada, seguida de reconstrução do trânsito por EDA.

DISCUSSÃO

A neoplasia gástrica avançada sela um prognóstico sombrio à seus portadores, desencorajando procedimentos altamente agressivos e reservando ao médico unicamente tratamentos de ordem paliativa. Muito tem-se estudado com o intuito de esclarecer qual dentre as muitas opções de paliação oferece maior benefício a pacientes acometidos por esta patologia tão agressiva. Considera-se que a ressecção da neoplasia, sempre que as condições gerais permitirem, resulta em melhores resultados. Associado a avanços em anestesiologia e técnicas cirúrgicas tem-se notado um incremento na porcentagem de neoplasias gástricas que são ressecadas. A despeito de tais avanços, procedimentos cirúrgicos de grande porte, em pacientes debilitados, muitas vezes idosos e com outras patologias associadas, portam grande risco operatório, exigindo um procedimento o menos agressivo possível, seguro e que exija tempo cirúrgico pequeno. Torna-se então a EDA uma técnica atraente para casos selecionados.

A EDA consiste em uma técnica de reconstrução do trânsito digestivo após realização de gastrectomias totais, pouco usada atualmente por ser factível apenas em casos selecionados e pelo desenvolvimento de diversas outras técnicas de reconstrução digestiva. O procedimento consiste na aproximação direta entre a primeira porção do duodeno e o esôfago terminal, após a ressecção total do estômago. É necessária a realização de manobra de Kocher extensa e a anastomose é confeccionada de maneira terminoterminal em um ou dois planos de sutura (Figura 1).

Trata-se, pois, de uma técnica fácil de ser executada, necessitando de uma única anastomose e de reduzido tempo cirúrgico (2, 5), o que constitui uma vantagem quando tratamos de pacientes em estado geral debilitado.

Algumas desvantagens têm sido citadas em relação às técnicas mais recentes, como a ocorrência de síndrome de "dumping", maior ocorrência de deiscências e predisposição ao refluxo esofágico biliar.

A EDA é uma técnica dita sem reservatório, tal como a esofagojejunostomia e a derivação em Y de Roux, podendo ter como conseqüência a rápida passagem dos alimentos para o intestino, como visto por Walter et al. (6), o que favorece o desenvolvimento da síndrome de "dumping", como apresentada no caso 1. Entretanto, esta também está presente, embora em menor freqüência, quando opta-se por outras técnicas de reconstrução.

A ocorrência de deiscências também é relatada com a utilização de outras técnicas de reconstrução e deve-se essencialmente à tensão na linha de sutura. Constitui 33% das mortes pós-gastrectomias (8) e colaborou para o abandono da EDA (2) por ter sido sugerido que esta técnica propiciaria maior probalidade de deiscência (8), porém nenhum estudo controlado a este respeito é mencionado na literatura. Nos casos aqui relatados não houve deiscências anastomóticas. Entretanto, é importante salientar que a incapacidade de aproximação absolutamente sem tensão entre o duodeno e esôfago, através da manobra de Kocher, constitui a principal causa de infactibilidade da EDA, devendo ser contra-indicada se este objetivo não for alcançado. Associando-se à necessidade de limites cirúrgicos livres de neoplasia, Liu (5) procura delimitar como um dos critérios para EDA tumores que não envolvam os extremos duodenal ou esofágico do estômago e que tenham a distância entre tais extremos medindo no máximo o equivalente a 1,5 vezes a largura de um corpo vertebral.

A principal desvantagem desta técnica, contudo, é sua predisposição ao refluxo bileopancreático alcalino do intestino para o esôfago, o que restringe, de certa forma, sua utilização somente a pacientes com pequena esperança de vida. Técnicas como o Y de Roux eliminam este incoveniente, porém têm a desvantagem de excluírem o duodeno do trânsito alimentar (9). A EDA mostrou-se uma técnica mais fisilógica comparada à reconstrução em Y-de-Roux, baseando-se em dosagens de glicemia, insulinemia e peptídeo inibidor gástrico sérico, estudo realizado por por Schattenmann et al (10). A interposição de alças de jejuno é uma opção técnica que evita o refluxo bilio-pancreático ao esôfago e mantêm o duodeno no trânsito alimentar, porém apresenta como desvantagem a necessidade de três anastomoses e conseqüente maior risco de deiscência. Todavia, referente a isto, Moreno-Gonzalez et al (9) referem que a preservação do mesentério na interposição jejunal, poupando a vascularização e a inervação para o segmento jejunal transposto entre esôfago e duodeno, minimiza o risco de deiscência, equiparando-o em relação à reconstrução em Y de Roux, não tendo em sua série de 20 interposições jejunais nenhuma fístula ou desenvolvimento de esofagite.

Pelo exposto, concluímos que a EDA constitui uma técnica atraente de reconstrução do trânsito digestivo após gastrectomias totais em pacientes selecionados. A principal indicação assenta-se em pacientes em condições clínicas desfavoráveis em que o risco de um tempo operatório prolongado é muito importante, sobretudo em pacientes com expectativa de sobrevida curta (neoplasias avançadas e/ou idosos). Adicionalmente, sobressaltamos que é um critério indispensável para a realização da técnica a possibilidade de uma aproximação entre o esôfago e o duodeno sem qualquer tensão, havendo risco, em caso contrário, de deiscência da anastomose. Este objetivo deve ser alcançado respeitando-se, contudo, margens cirúrgicas adequadas.

O desenvolvimento de esofagite de refluxo alcalino é uma seqüela inerente à técnica e em geral é bem controlada com o uso de medicamentos. O desenvolvimento de neoplasia de esôfago é aumentado, porém a sobrevida dos pacientes selecionados para realização de EDA é insuficiente para permitir a progressão até o surgimento de processo neoplásico.

Pelas possíveis complicações supracitadas, não deve ser considerada como de primeira escolha. Infelizmente, a literatura pertinente é escassa, dificultando uma avaliação mais aprofundada. O desenvolvimento tecnológico tem diminuindo as complicações anestésicas e o tempo operatório foi reduzido, es-

pecialmente pelo uso de suturas mecânicas. Assim, o uso de reconstruções como o Y de Roux ou a interposição jejunal permanecem excelentes opções técnicas após gastrectomias totais. Contudo, em casos bem selecionados, pode-se considerar oportuna, prudente e bem indicada a opção pela EDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUTHERFORD JC. Oesophago-jejunal anastomosis following total gastrectomy: a new technique. Aust N Z Surg 1974; 44(1):20-24.
2. WASTELL C. Partial and total gastrectomy. In: Schwartz SI & Ellis H (eds) – Maingot's Abdominal Operations, 19th ed., Connecticut, Appleton & Lange, 1990; p.760.
3. SCHWARZ A, BUCHLER M, USINGER K et al. Importance of the duodenal passage and pouch volume after total gastrectomy and reconstruction with the Ulm pouch: prospective randomized clinical study. World J Surg 1996; 20(1):60-67.
4. MADDEN JL. Atlas de Técnicas en Cirurgia, 2ª ed., Interamericana, México, 1967; p.308-309.
5. LIU DH. Reconstructive method of the alimentary tract after total gastrectomy. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 1990; 28(5):258-260.
6. WALTER F, CZARNETZKI HD, ALBERT H, ADLER K, SCHNEIDER G. Reservoir capacity of esophagojejunostomy following gastrectomy determined by the radioisotope method. Z Exp Chir Transplant Kunstliche Organe 1984; 17(5):275-284.
7. CENEVIVA R, YAMASAKI R, DONAHUE P et al. Operações sobre o estômago e duodeno. In: Coelho, JCU – Aparelho Digestivo – Clínica e Cirurgia, Rio de Janeiro, Medsi, 1990; p.252-253.
8. PAPACHRISTOU DN, FORTNER JG. Anastomotic failure complicating total gastrectomy and esophagogastrectomy for cancer of the stomach. Am J Surg 1979; 138(3): 399-402.
9. MORENO-GONZALES E, CARBONI M. A safe and rapid esophagojejunoduodenostomy after total gastrectomy. Surg Gynecol Obstet 1988; 167:73-74.
10. SCHATTENMANN G, EBERT R, SIEWERT R, CREUTZFELDT W. Different response of gastric inhibitory polypeptide to glucose and fat from duodenum and jejunum. Scand J Gastroenterol 1984; 19(2):260-266.