

Tratamento Expectante de Deiscência Anastomótica Total em Cirurgia para Adenocarcinoma de Cárdia após Quimioterapia durante a Pandemia

Bárbara Fernandes Nadaletto, Rafael Cauê Katayama, Raina Caterina Correio Arrais, Filipe de Pádua Brito Figueiredo Almeida, Heloísa Davanso de Souza, Carlos Haruo Arasaki
Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica - Departamento de Cirurgia
Hospital São Paulo - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP



Introdução: O adenocarcinoma da junção esôfago-gástrica (JEG) vem crescendo em incidência no Ocidente, relacionado ao aumento da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Seu diagnóstico frequentemente é tardio e a cirurgia é o único tratamento curativo, porém pode levar a eventos adversos e a associação de terapia neoadjuvante pode ser um fator agravante. Fístulas por deiscência da anastomose esôfago-jejunal são complicações observadas em 3–9% das gastrectomias, admitindo tratamento conservador, endoscópico, por radiointervenção ou cirúrgico, cuja escolha é controversa.

Relato de Caso: Homem de 61 anos de idade, tabagista, hipertenso e diabético, apresentou queixa de disfagia progressiva e perda ponderal quando foi diagnosticado adenocarcinoma da JEG estágio III (uT3 uN1 M0) por eco-endoscopia (EDA) e tomografia computadorizada (TC). Paciente com performance ECOG 1 e Karnofsky 90%, foi submetido a quimioterapia neoadjuvante com 4 ciclos de esquema FLOT. Dois meses após o término da neoadjuvância, foi re-estadiado: houve redução do tumor de 2,6 cm para 1,8 cm no maior eixo, pela TC, sendo indicada então cirurgia. No dia 03/03/2020 foi submetido a gastrectomia total estendida aberta com linfadenectomia D2 e esôfago-jejuno-anastomose término-lateral com grampeador circular de 25 mm. A peça cirúrgica confirmou lesão tipo Siewert II, com margens livres, em estágio IIa (pT2 pN0 M0 G3). No 3º dia de pós-operatório (PO) paciente apresentou drenagem biliosa pelo dreno, sendo realizada então TC e constatando-se fístula anastomótica, sem apresentar repercussão hemodinâmica. Estando justamente no momento inicial da pandemia de CoVid-19, com recursos hospitalares limitados, optou-se por tratamento conservador mediante jejum oral, nutrição parenteral total e antibioticoterapia. Durante os 49 dias de internação apresentou complicações como coleção subfêrnica esquerda, drenada por radiointervenção e derrame pleural bilateral, submetido a drenagem pleural em selo d'água. No 20º PO realizou EDA que identificou deiscência de 90% da circunferência da anastomose esôfago-jejunal.

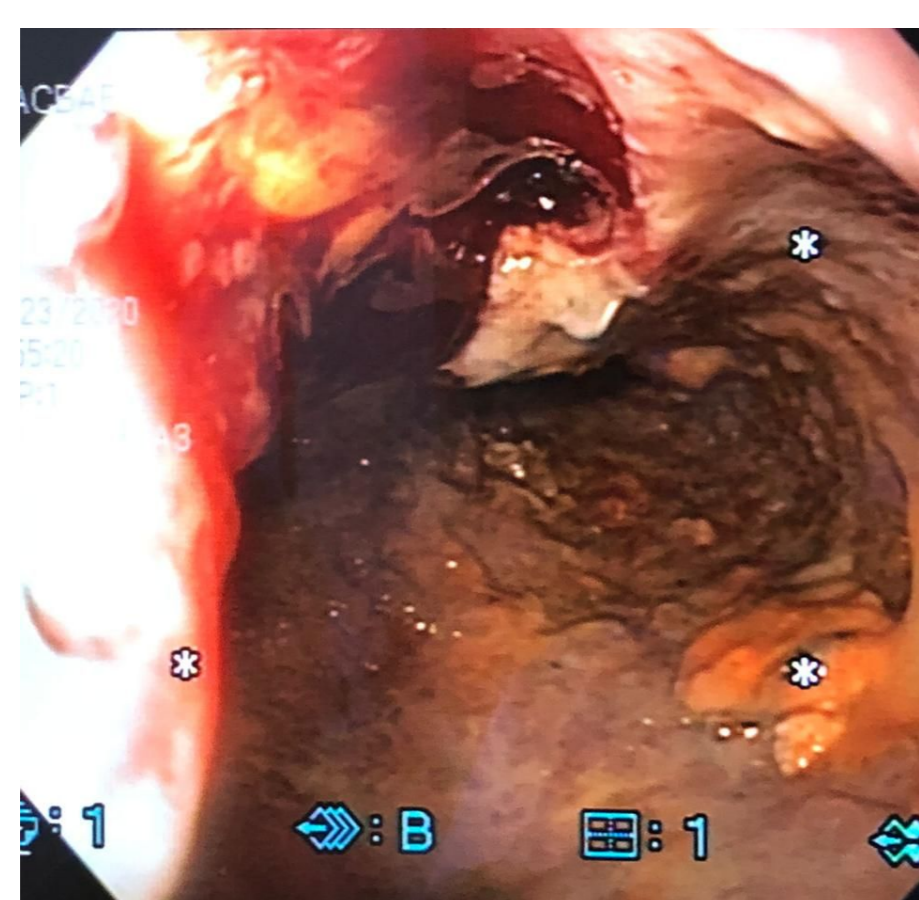


Imagem 1 - TC evidenciando deiscência anastomótica. **Imagem 2** - EDA com 90% de deiscência.

Apresentou ainda bradicardia e picos de febre baixa, sendo diagnosticado com síndrome do QT longo de etiologia medicamentosa e sepsis de etiologia fúngica.

No 28º PO foi introduzida dieta enteral. Paciente manteve boa evolução, sendo suspensos antimicrobianos no 30º PO. Finalmente, recebeu alta no 42º PO e duas semanas após a alta, ambulatorialmente, foram retirados drenos e associada dieta oral. Quatro meses depois da cirurgia voltou a realizar quimioterapia. Atualmente, o paciente mantém estado clínico satisfatório, todavia evoluindo com estenose de esôfago distal, necessitando de sessões de dilatação endoscópica.

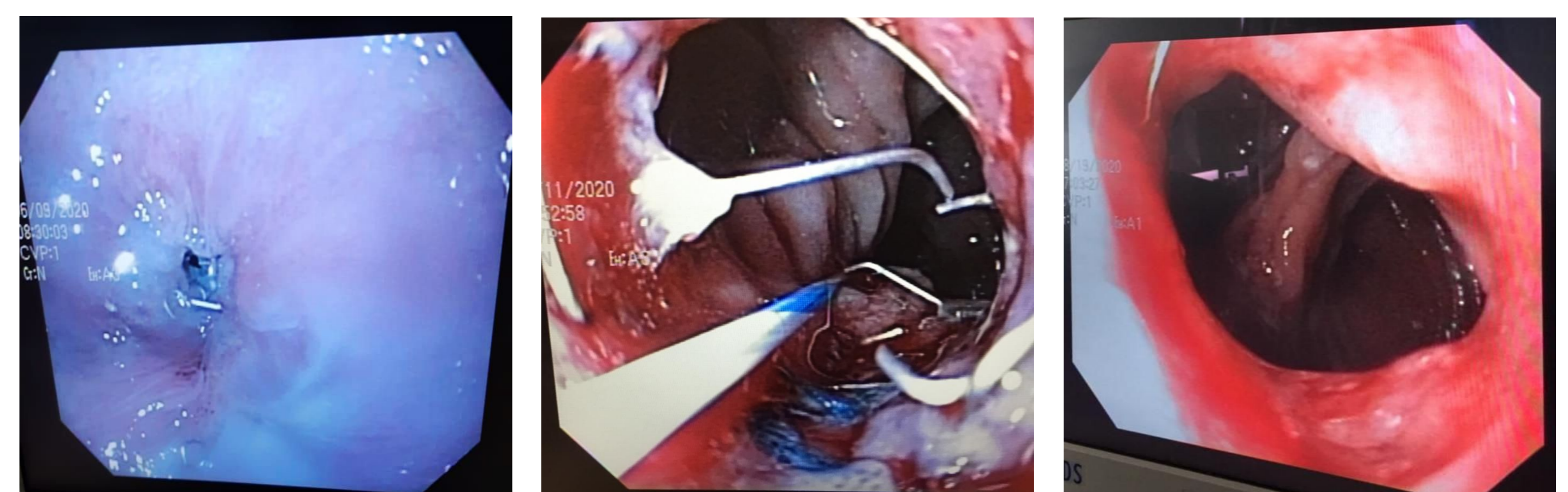


Imagem 3 - Estenose de esôfago. **Imagem 4** - Dilatação mecânica. **Imagem 5** - Aspecto pós dilatação.

Discussão: A fístula da anastomose gastro-jejunal é associada a aumento de morbimortalidade no pós operatório. A interferência da quimioterapia neoadjuvante na cicatrização de anastomose é discutível, mas sabe-se que ela aumenta complicações clínicas como cardiotoxicidade, ocorrida no caso em questão. Não há tratamento padrão para fístula de anastomose devendo se levar em conta o status clínico e laboratorial do paciente, bem como o grau de deiscência. Na vigência de choque séptico, a reabordagem cirúrgica é o tratamento de escolha, porém com índices de mortalidade podendo chegar aos 60%. Pacientes clinicamente estáveis são melhor tratados com procedimentos endoscópicos e de radiointervenção. Há relatos de sucesso com tratamento conservador para deiscências acima de 50% de circunferência, como no caso exposto, porém é necessária drenagem de eventuais coleções. A opção pelo tratamento expectante é acompanhada de grande morbidade, prolonga a internação hospitalar e gera custos elevados.

Referências

1. Gertsen EC, Goense L, Brenkman HJF, van Hillegersberg R, Ruurda JP; Dutch Upper Gastrointestinal Cancer Audit (DUCA) group. Identification of the clinically most relevant postoperative complications after gastrectomy: a population-based cohort study. *Gastric Cancer*. 2020;23(2):339-348. doi:10.1007/s10120-019-00997-x.
2. Achiam MP, Jensen LB, Larsson H, et al. Comparative Investigation of Postoperative Complications in Patients With Gastroesophageal Junction Cancer Treated With Preoperative Chemotherapy or Surgery Alone. *Scand J Surg*. 2016;105(1):22-28. doi:10.1177/1457496915577021.
3. Carboni F, Valle M, Federici O, et al. Esophagojejunal anastomosis leakage after total gastrectomy for esophagogastric junction adenocarcinoma: options of treatment. *J Gastrointest Oncol*. 2016;7(4):515-522. doi:10.21037/jgo.2016.06.02.
4. Oka, S., Sakuramoto, S., Chuman, M. et al. Successful treatment of refractory complete separation of an esophagojejunal anastomosis after laparoscopic total gastrectomy: a case report. *BMC Res Notes* 10, 267 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2589-6>.