

MEGAESÔFAGO IDIOPÁTICO: ESOFAGECTOMIA VIDEO-TÓRACO- LAPAROSCÓPICA COM TEMPO TORÁCICO EM POSIÇÃO PRONADA. UM RELATO DE CASO.



Nagao, J.M.¹; Maia, D.E.F.²; Simonetti, V.V.³

¹ Residente de Cirurgia Área Básica em Hospital São Luiz Jabaquara

² Médico Cirurgião Chefe em Hospital São Luiz Jabaquara

³ Médico Cirurgião Assistente em Hospital São Luiz Jabaquara



INTRODUÇÃO

O megaesôfago pode ter origem idiopática ou ser uma forma de apresentação clínica da doença de Chagas. Nele, ocorre destruição de plexos nervosos intramurais do esôfago, redução de peristaltismo ao nível do corpo do órgão e não abertura do esfíncter esofágico inferior (acalásia) à deglutição.

O sintoma principal da acalásia é a disfagia sendo a manifestação que leva o paciente a procurar atendimento médico e determina o diagnóstico, sendo geralmente progressiva, podendo ocorrer perda de peso e caquexia.

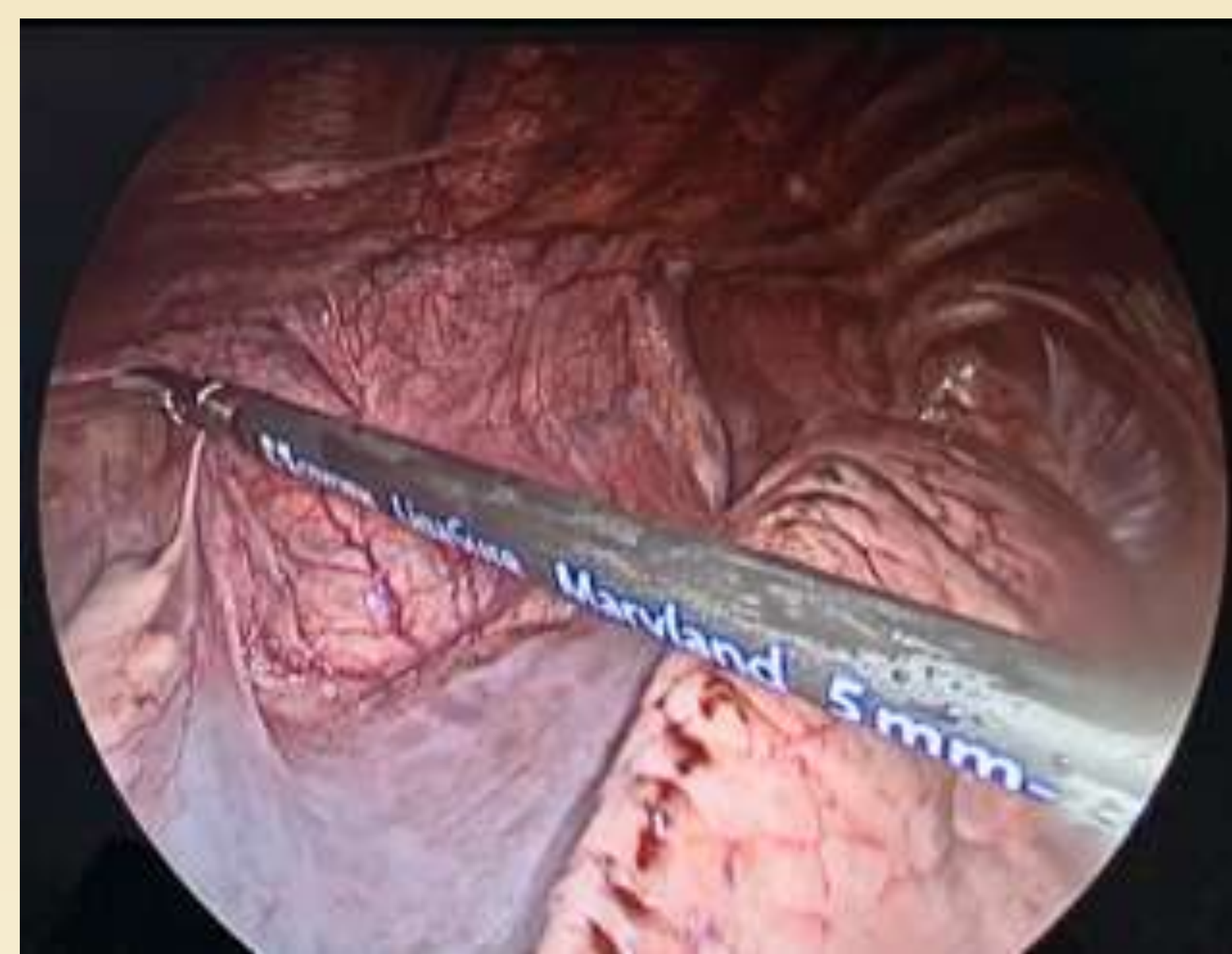
O megaesôfago é graduado de acordo com o diâmetro transversal do órgão, variando de I a IV, segundo a classificação de Rezende-Mascarenhas. Seu tratamento varia desde clínico até cirúrgico e essa classificação auxilia a escolha da terapêutica adequada.

Existem diversas formas de tratamento para pacientes com sintomatologia proeminente ou refratários à terapia clínica, incluindo a dilatação pneumática via endoscópica, cardiomiectomia de Heller associada ou não com funduplicatura, miotomia por via endoscópica (POEM- Per Oral Endoscopic Myotomy) até esofagectomia (transhiatal, em três campos: tri-incisional e técnica de McKeown modificada, via vídeo-tóraco-laparoscópica com tempo torácico em posição pronada).

RELATO DO CASO

Paciente G.M.S.B, 24 anos de idade, sexo masculino, natural e procedente de São Paulo, com queixa de disfagia para líquidos e emagrecimento importante (peso na internação: 51kg IMC: 15,7 kg/m²). Pais hígidos, sem comorbidades

A investigação sorológica para Doença de Chagas foi negativa. Os exames de imagem evidenciaram um megaesôfago grau III. De antecedentes cirúrgicos, o mesmo já foi submetido a Cardiomiectomia a Heller + funduplicatura parcial Laparoscópica, há 13 anos, devido acalásia idiopática (megaesôfago grau III de Mascarenhas) e diversas tentativas de dilatação via endoscópica. A técnica empregada foi a esofagectomia McKeown por videolaparoscopia. O paciente permaneceu em Unidade de Terapia Invasiva durante os dois primeiros dias pós-operatórios (PO), tendo alta hospitalar no quinto PO, com boa aceitação de dieta pastosa.



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A esofagectomia com abordagem transtorácica tem como associação a morbidade da toracotomia e suas complicações, sendo a videocirurgia utilizada com o intuito de diminuir dor no pós-operatório e proporcionando bom campo cirúrgico. No presente estudo foi possível evidenciar boa evolução pós-operatória, com alta precoce, baixa morbidade e grande impacto na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho JCU. Aparelho digestivo - Clínica cirúrgica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.
Pinotti HW. Tratado de clínica cirúrgica do aparelho digestivo. São Paulo: Atheneu; 1994.
Ceneviva R, Ferreira-Santos R, dos Santos JS, Mente ED, Sankarankutty AK. Alterações cronológicas do perfil dos pacientes e da modalidade de tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico. Acta Cir Bras. 2002; 17(Supl 3):125-8.
Herbella FA, Del Grande JC, Lourenço LG, Mansur NS, Hadda CM. Resultados tardios da operação de Heller associada à funduplicatura no tratamento do megaesôfago: análise de 83 casos. Rev Assoc Med Bras. 1999; 45(4):317-22.
Braghetto IM, Herrera Gonzalo C, Patricio BP, Owen KB. Esofagectomia por cirurgia mini-invasiva via toracoscópica e laparoscópica: indicaciones y resultados. Rev Chil Cir. 2005; 57(2):118-26.
Oliveira GC, Lopes LR, Andreollo NA, Coelho Neto JS. O megaesôfago tratado cirurgicamente: perfil epidemiológico dos pacientes operados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas entre 1989 e 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41(2):183-8.
Richards WO, Torquati A, Holzman MD, Khalitan L, Byrne D, Lutfi R, Sharp KW. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia: a prospective randomized double-blind clinical trial. Ann Surg. 2004;2