

ESÔFAGO DE BARRETT APÓS GASTRECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX

BARRETT'S ESOPHAGUS AFTER TOTAL GASTRECTOMY WITH ROUX-EN-Y RECONSTRUCTION

Deomir Germano Bassi, TCBC-SP¹
Pedro Roberto de Paula, TCBC-SP²
Manlio Basilio Speranzini, TCBC-SP³

INTRODUÇÃO

A esofagite de refluxo após gastrectomia total depende do tipo de reconstrução do trânsito intestinal. Quando restabelecido através da anastomose esôfago-jejunal em alça ou mesmo com anastomose laterolateral entre as alças à maneira de Braun, a esofagite de refluxo incide em 40-80%. Com a reconstrução em Y de Roux, a esofagite ocorre na frequência de 1-10% dos casos, dependendo do comprimento da alça jejunal entre as anastomoses esôfago-jejunal e jejuno-jejunal. A distância de 40cm minimizaria o refluxo biliopancreático para o esôfago.

O presente relato trata de paciente submetido à gastrectomia total, com reconstrução em Y de Roux, que desenvolveu esofagite de refluxo grave e esôfago de Barrett.

RELATO DO CASO

A.A., 70 anos, masculino, submetido há 14 meses à gastrectomia total por adenocarcinoma. O trânsito foi reconstruído através de anastomose esôfago-jejunal com sutura mecânica em Y de Roux. A anastomose jejuno-jejunal foi realizada a 40cm da esôfago-jejunal. O paciente evoluiu bem, tendo alta hospitalar no nono dia pós-operatório.

Após três meses da cirurgia, apresentou queimação retroesternal, disfagia e regurgitação de líquido bilioso. O exame endoscópico mostrava inflamação da mucosa esofágica com bile no esôfago. Após seis meses, mantinha os mesmos sintomas e a endoscopia evidenciou estenose da transição esôfago-jejunal. Foi realizada dilatação com pouca melhora.

Nova endoscopia aos 12 meses mostrava esofagite erosiva com discreta estenose próximo à anastomose esô-

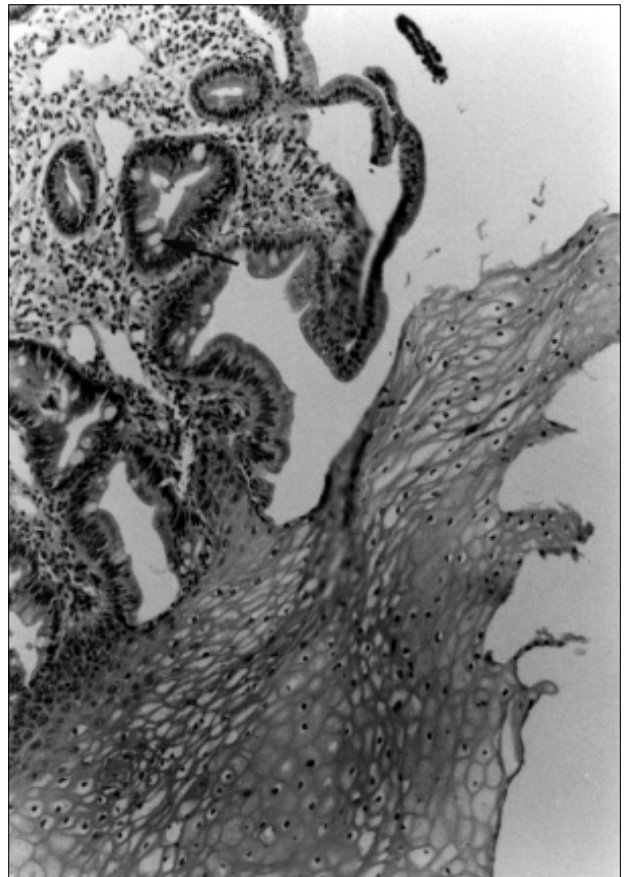


Figura 1 — Epitélio plano estratificado do esôfago com a presença de áreas com epitélio colunar e metaplasia intestinal (Barrett) (seta).

1. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade de Taubaté. Responsável pelo Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Taubaté-SP.
2. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Geral da Universidade de Taubaté-SP.
3. Professor Colaborador Titular da Disciplina de Cirurgia Geral da Universidade de Taubaté-SP.

Recebido em 17/05/2001.

Aceito para publicação em 22/11/2001.

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Taubaté da Universidade de Taubaté.

fago-jejunal, com pequena área de epitélio colunar compatível com esôfago de Barrett (Figura 1). Ao esofagograma havia boa passagem do contraste para o jejuno. Na tomografia computadorizada de abdome não havia recidiva tumoral.

Optou-se pelo tratamento cirúrgico, em que a anastomose jejuno-jejunal foi reconstruída 60cm distalmente à esôfago-jejunal. O paciente teve alta no quarto dia pós-operatório e está assintomático cinco meses após a reoperação.

DISCUSSÃO

A esofagite de refluxo, após gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux, pode ocorrer, estando correlacionada ao tamanho da alça jejunal entre as anastomoses esôfago-jejunal e jejuno-jejunal. Habitualmente, o tamanho da alça de 40cm é efetivo para que não haja refluxo biliopancreático para esôfago.

A esofagite pode ser devida à obstrução mecânica intestinal por metástases peritoneais, pois a maioria dos pacientes submetidos à gastrectomia total é portadora de neoplasia¹. O refluxo pode ocorrer ainda por distúrbios da motilidade intestinal, por marca-passos secundários ou pelo isolamento da alça jejunal em relação ao duodeno. Isto resultaria em ondas peristálticas retrógradas lentas, e diminuição das ondas propulsivas^{2,3}. No presente caso, as manifestações clínicas do refluxo se iniciaram após três meses

de pós-operatório, com seis meses já havia estenose e com 12 meses, epitélio colunar com metaplasia intestinal. Devemos considerar que a utilização do grampeador nº 25 para a anastomose esôfago-jejunal, por ser de pequeno diâmetro, pode em alguns casos ocasionar estenose da anastomose esôfago-jejunal. Neste caso, é provável que o refluxo biliopancreático acentuasse a reação cicatricial provocando maior estenose. Como as dilatações da anastomose esofágica não apresentaram resultados satisfatórios e como o tratamento cirúrgico aumentando o comprimento da alça jejunal de 40 para 60cm eliminou a esofagite, podemos inferir que o refluxo manteve o processo inflamatório.

A presença de sais biliares no esôfago terminal de pacientes gastrectomizados determina esofagite de refluxo como mostraram Collard e Romagnoli (2000)⁴. Tais alterações esofágicas crônicas levariam ao aparecimento de neoplasia esofágica, mesmo em pacientes com gastrectomia total⁵.

O presente relato sugere a importância do refluxo biliopancreático na etiopatogenia do esôfago de Barrett, que ocorreria independente da presença da acidez gástrica. Outro fato a considerar é o tamanho da alça jejunal de 40cm, nem sempre suficiente para impedir o refluxo do conteúdo biliopancreático. Frente ao caso e à revisão da literatura, sugerimos que após gastrectomia total com a reconstrução em Y de Roux, a distância entre as anastomoses tenha no mínimo 60cm de comprimento.

ABSTRACT

Reflux esophagitis and Barrett's esophagus after total gastrectomy is related to reconstructive procedure of intestinal continuity. The Roux-en-Y operation with length of limb of 40 cm occasionally is not enough to prevent biliary reflux to distal esophagus. Barrett's esophagus is thought to develop as a consequence of biliary reflux and has a malignant potential. Symptoms of retrosternal burning and dysphagia that does not improve with conservative management has to be treated by an operative procedure. To prevent biliary reflux to distal esophagus after total gastrectomy the length of limb of Roux-en-Y should be at least 60 cm.

Key Words: Barrett's esophagus; Total gastrectomy.

REFERÊNCIAS

1. Salo JA, Kivilaasko E. Failure of long limb Roux-en-Y reconstruction to prevent alkaline reflux esophagitis after total gastrectomy. *Endoscopy* 1990; 22:65-67.
2. Perino LE, Adcock KA, Goff JS. Gastrointestinal symptoms, motility, and transit after the Roux-en-Y operation. *Am J Gastroenterol* 1988; 83:380-385.
3. Vantrappen G, Coremans G, Janssens J et al. Inversion of the slow-wave frequency gradient in symptomatic patients with Roux-en-Y anastomoses. *Gastroenterology* 1991; 101:1282-1288.
4. Collard JM, Romagnoli R. Roux-en-Y jejunal loop and bile reflux. *Am J Surg.* 2000; 179:298-303.
5. Nishimaki T, Waranabe K, Suzuki T et al. Early esophageal adenocarcinoma arising in a short segment of Barrett mucosa after total gastrectomy. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:1856-1857.

Endereço para correspondência:
Dr. Deomir Germano Bassi
Av. Granadeiro Guimarães, 270
12020-130 — Taubaté-SP