

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÔFAGO RECIDIVADO

## SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT ACHALASIA

José Luiz Braga de Aquino, TCBC-SP<sup>1</sup>; Marcelo Said<sup>2</sup>;  
Eduardo Vidilli Alves Pereira<sup>3</sup>; Bruno Vernaschi<sup>4</sup>; Marcela Bueno de Oliveira<sup>4</sup>

**RESUMO: Objetivo:** Avaliar os resultados do tratamento cirúrgico em uma série de pacientes submetidos ao tratamento prévio para megaesôfago que evoluíram com recidiva de sintomas. **Método:** Analisou-se os resultados das diversas técnicas operatórias realizadas em 47 pacientes pelo Serviço de Cirurgia Geral e Torácica do HMCP-PUC-Campinas. A morbidade pós-cirúrgica, mortalidade, o alívio ou nova recidiva de sintomas e o tempo de seguimento foram os principais indicadores. Dividiu-se a série em três grupos, de acordo com o grau da afecção: Incipiente (nove casos), Não-avançado (18 casos) e avançado (20 casos). As técnicas operatórias utilizadas foram: à cardiomiectomia com funduplicatura anterior, esofagocardioplastia à Tahl, esofagocardioplastia à Serra-Dória, Esofagectomia Subtotal e Mucosectomia com conservação da túnica muscular esofágica. **Resultados:** Obteve-se índices de resolatividade satisfatórios com a técnica de cardiomiectomia com funduplicatura para o megaesôfago Incipiente, com baixa morbidade. Nos megaesôfago não-avançado, as cardiopatias, em especial a esofagocardioplastia à Serra-Dória mostram-se mais adequadas. A terapêutica do megaesôfago avançado apresentou as maiores taxas de morbidade e demonstrou superioridade das técnicas mais agressivas em relação às técnicas conservadoras, em especial a mucosectomia com preservação da túnica muscular, sendo esta a técnica com menor morbidade dentro do grupo avançado. **Conclusão:** A difícil padronização do tratamento cirúrgico do megaesôfago recidivado deve-se às inúmeras técnicas disponíveis, às habilidades pessoais dos cirurgiões e atenta para a criação de protocolos terapêuticos (*Rev. Col. Bras. Cir.* 2007; 34(5): 310-313).

**Descritores:** Acalasia esofágica; Cirurgia; Transtornos de deglutição.

## INTRODUÇÃO

O megaesôfago ainda constitui afecção bastante prevalente do Brasil<sup>1-3</sup> devido ao caráter endêmico da Doença de Chagas em diversas regiões.

Dos vários procedimentos terapêuticos preconizados, o tratamento cirúrgico representa a melhor forma de tratamento por proporcionar alívio dos sintomas e melhora do estado nutricional. Isto se torna bem evidente no megaesôfago não avançado e sem tratamento prévio, no qual a cardiomiectomia de Heller, por ser uma operação mais simples e conservadora, tem proporcionado melhores resultados em comparação a outras técnicas<sup>2,4,6</sup>.

Entretanto, maiores controvérsias surgem quanto à melhor opção cirúrgica dos megaesôfagos com recidiva de sintomas após tratamento prévio. As alternativas variam desde procedimentos relativamente simples e conservadores como dilatação pneumática e cardioplastia, até operações complexas e mutiladoras como a cardioplastia associada à antrectomia e gastrojejunostomia em Y de Roux, esofagectomia distal ou cardiectomia com interposição jejunal e a esofagectomia subtotal<sup>3,5, 7-18, 20</sup>.

Por esta divergência, tornou-se importante tentar padronizar a técnica cirúrgica de maneira seletiva em relação ao grau de megaesôfago com recidiva de sintomas para obtenção de melhores resultados.

O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados do tratamento cirúrgico numa série de pacientes sintomáticos embora já submetidos ao tratamento cirúrgico ou endoscópico para o megaesôfago.

## MÉTODO

De janeiro de 1983 a dezembro de 2004, 356 pacientes com megaesôfago foram atendidas no Serviço de Cirurgia Geral e Torácica do Hospital e Maternidade Celso Pierrô – PUC-Campinas. Desses, 47 apresentaram recidiva dos sintomas após terem sido submetidos a tratamento prévio, em tempo variável de seis meses a 23 anos (média de 12,5 anos). 31 pacientes (65,9%) eram do sexo masculino, o restante feminino, com idade mínima de 32 anos e máxima de 76 anos (média de 51,5 anos). Os pacientes foram distribuídos em três grupos, de acordo com o grau da afecção:

1. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Torácica do Centro de Ciências da Vida - Faculdade de Medicina PUC-Campinas.

2. Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Torácica do HMCP/PUC-Campinas

3. Residente do segundo ano de Cirurgia Geral do HMCP/PUC-Campinas.

4. Acadêmicos do sexto ano de Medicina do CCV/ FM da PUC-Campinas.

Recebido em 02/02/2007

Aceito para publicação 03/04/2007

Conflito de interesses:

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia do Tórax da FM/ CC, PUC-Campinas/ HMCP.

1 – Incipiente(I): Nove casos, todos submetidos previamente à dilatação pneumática.

2 – Não-avançado (NA): 18 casos, dos quais 13 foram submetidos a cardiomiectomia e cinco não referiram.

3 – Avançado (A): 20 casos, 14 submetidos a cardiomiectomia prévia. Seis não referiram.

Nos nove pacientes com grau incipiente de afecção, foi realizada cardiomiectomia com funduplicatura anterior.

Em 18 casos de grau não-avançado, foi realizado recardiomiectomia em dois pacientes, esofagocardioplastia à Thal em quatro e esofagocardioplastia à Serra Dória em 12.

Nos 20 casos de grau avançado, foi realizado em dois pacientes a esofagocardioplastia à Thal modificado, em três esofagocardioplastia à Serra Dória, em oito casos esofagectomia<sup>18</sup> e em sete casos mucosectomia esofágica com conservação da túnica muscular<sup>11,12</sup>.

## RESULTADOS

Nos nove pacientes do Grupo I, um paciente (11,1%) apresentou morbidade caracterizada por infecção do trato respiratório, com boa resposta ao tratamento clínico; não ocorreu nenhuma mortalidade e a recidiva de sintomas, caracterizada por disfagia, foi observada em um paciente (11,1%), com o tempo de seguimento de 1 a 6 anos. (Tabela 1)

No Grupo NA, os dois pacientes submetidos à recardiomiectomia apresentaram morbimortalidade nula, com recidiva precoce dos sintomas caracterizada por disfagia entre cinco meses e um ano. Neste mesmo grupo, dos 14 pacientes submetidos à esofagocardioplastia à Thal, houve morbidade (fístula anastomótica/infecção trato respiratório) com boa evolução com tratamento clínico em um caso (25%), mortalidade nula e recidiva de sintomas caracterizadas por disfagia em um paciente (25%), com tempo de seguimento de seis meses a quatro anos. Em 12 casos submetidos à esofagocardioplastia à Serra Dória, a mortalidade foi nula, com dois casos de morbidade: um paciente desenvolveu abscesso subfrenico e outro complicações cardiorrespiratórias, ambos tendo boa evolução após drenagem cirúrgica e tratamento clínico, respectivamente. Houve recidiva de sintomas em um paciente (8,3%), com tempo de seguimento variável de seis meses a oito anos. (Tabela 1)

No Grupo A, dos dois pacientes submetidos à esofagocardioplastia a Thal, um apresentou estenose da anastomose (50%), e recidiva de sintomas caracterizada por disfagia nos dois casos (100%) e não houve mortalidade, com seguimento de três meses a um ano. Nos três casos submetidos à esofagocardioplastia à Serra Dória, um (33%) apresentou fístula anastomótica e complicações respiratórias, com boa evolução ao tratamento clínico; ocorreu recidiva de sintomas caracterizadas por disfagia em 100% dos casos e não houve mortalidade, com tempo de seguimento de três meses a três anos. Neste mesmo grupo, dos 15 casos submetidos à esofagectomia/mucosectomia, não houve recidiva de sintomas. Dos oito pacientes submetidos a esofagectomia, quatro (50%) apresentaram morbidades (complicação pleuropulmonar e fístula anastomótica), sendo que dois evoluíram a óbito (25%).

Houve menor complicação para o subgrupo de mucosectomia, pois dos sete casos, apenas um apresentou morbidade, caracterizada por fístula da anastomose esofagogástrica cervical, com boa evolução com tratamento conservador, e não ocorreu mortalidade. (Tabela 1)

## DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico para o megaesôfago recidivado ainda é bastante controverso, visto a variabilidade de técnicas apresentadas. Isto se deve a diversos fatores como a baixa eficácia de algumas formas de tratamento, a escolha inadequada da técnica cirúrgica para determinado grau do megaesôfago e os erros técnicos na execução da operação realizada<sup>1,2,19</sup>. Também é empecilho o fato de nem sempre se conhecer a primeira cirurgia realizada, o que torna difícil prever a condição anatômica local. Além disso, o agravado estado nutricional de alguns pacientes, quando do atendimento, não permite, muitas vezes, operações mais radicais<sup>1,2,3</sup>.

A literatura tem mostrado que o índice de recidiva encontrado varia de 8 a 25%<sup>5,9,13</sup>.

Uma técnica cirúrgica incruenta, não relacionada neste estudo, é a dilatação pneumática da acalásia. Seus resultados transitórios já estão bastante documentados, estando seu uso limitado somente aos megas incipientes e não possui indicação nos megas avançados e nos recidivados<sup>2,20,22</sup>.

A esofagocardiomiectomia mostra-se eficaz para o tratamento do megaesôfago recidivado de grau Incipiente, apresentando baixas taxas de recidiva e morbidade, além de mortalidade nula, sendo, portanto, a técnica cirúrgica mais apropriada<sup>2</sup>, fato este também demonstrado em nosso estudo. Porém, nos graus NA e A previamente operados, o índice de recidiva dos sintomas é maior, o que faz com que seja menos indicada nesses graus de doenças<sup>2,8</sup>.

Isto ficou bem evidente em nosso estudo, pois todos os pacientes submetidos a este procedimento, com esses graus de megaesôfago, apresentaram recidiva de sintomas, provavelmente pela extensa fibrose encontrada no ato cirúrgico. Outros autores demonstraram bons resultados com tempo de seguimento de seis meses a sete anos<sup>4,6,13</sup>.

Já Ellis e Gibb<sup>5</sup>, analisando casuística de recidiva cuja primeira operação realizada foi a cardiomiectomia, consideram ampliação da miotomia, nova miotomia ou antrectomia mais esofagojejunosomia em Y-de-Roux as melhores técnicas para o alívio de sintomas. A avaliação a longo prazo demonstrou a necessidade da ressecção esofágica, devido a recidiva de sintomas.

Mendelssonh *et al*<sup>9</sup>, admitem a cardioplastia à Thal como tratamento do megaesôfago avançado recidivado, pois é uma técnica conservadora, com índice mortalidade nulo, exequível, sem maiores dificuldades, pouco agressiva e com bons resultados precoces e tardios. De 17 pacientes (14 com mega avançado, três não avançados) operados por esses autores, apenas um apresentou intensa pirose no pós operatório imediato. O acompanhamento tardio (de 8 a 30 meses) realizado em apenas oito pacientes, foi constatado apenas um caso de disfagia ocasional. Malafaia<sup>17</sup> e Barbosa<sup>2</sup> também adotam a operação de Thal ou Thal-Hatafuku como terapêutica de escolha.

A operação de Serra Dória (cardioplastia e gastrectomia parcial em Y de Roux)<sup>20</sup> permite, segundo Ponciano *et al*<sup>10</sup>, expressivo alívio dos sintomas e diminuição do calibre do esôfago em vários doentes, seguido de baixa morbidade (cinco em 20 pacientes) e mortalidade nula. Possui o inconveniente, por sua vez, de implicar sempre numa antrectomia associada à vagotomia e de envolver três anastomoses, além de fechamento do coto duodenal.

Das cardioplastias realizadas em nosso estudo, a técnica de Serra Dória foi a mais utilizada no tratamento do megaesôfago NA e A. Também implicou morbidade (15%). Entretanto, nos casos de megaesôfago avançado, a recidiva obtida (100%) mostra a insuficiência terapêutica da técnica.

Para o megaesôfago de grau avançado, mostra-se como melhor escolha a esofagectomia e a mucosectomia, pois apresentaram índice nulo de recidiva, embora a esofagectomia tenha sido a única técnica que apresentou mortalidade não desprezível, além de apresentar morbidade de 25%.

A mucosectomia esofágica apresenta menor morbidade que a esofagectomia porque os descolamentos

mucoso e submucoso realizados por dentro da túnica muscular do esôfago não comprometem o mediastino. Esta técnica descrita por um dos autores esta bem detalhada em trabalhos anteriores<sup>11,12</sup>. De acordo com Orringer *et al*<sup>14</sup>, em estudo sobre a ressecção esofágica, pode ocorrer a recidiva da disfagia até um ano após operação em 40% dos pacientes. Os mesmos autores também relatam altas taxas da mortalidade e morbidade, tendo a esofagectomia transhiatal piores resultados que a ressecção transtorácica<sup>7,14</sup>.

Fica clara, também, a dificuldade de padronizar o tratamento do megaesôfago recidivado, já que existem várias técnicas utilizadas por diversos cirurgiões e a maioria opta por não seguir ou criar protocolo terapêutico.

Concluimos, portanto, que no megaesôfago incipiente e no não-avançado com recidivas de sintomas a cardiomiectomia com funduplicatura anterior e a cardioplastia à Serra Dória parecem oferecer os melhores resultados.

Entretanto, no megaesôfago avançado a ressecção cirúrgica ainda é a melhor opção, principalmente a mucosectomia, por apresentar menor morbidade.

## ABSTRACT

**Background:** To evaluate the surgical treatment results in a series of patients submitted to previous treatments for megaesophagus, which their symptoms recurred. **Method:** We analyzed the results of many different surgical techniques performed in 47 patients at the General and Thoracic Surgery Department of HMCP-PUC-Campinas. Our follow-up considered postoperative results as follows: development of new symptoms, relief of old symptoms, morbidity, and mortality. We divided the patients in three groups in accordance to the disease degree: Incipient (9 cases), not advanced (18 cases) and advanced (20 cases). The techniques used were Heller's modified cardiomyotomy, Thal's esophagocardioplasty, Serra-Dória's esophagocardioplasty, subtotal esophagectomy with mucosectomy and conservation of the esophagus muscular layer. **Results:** For incipient megaesophagus, the cardiomyotomy technique obtained good results, with low morbidity. For not advanced megaesophagus, the cardioplasty, in special the Serra Dória's esophagocardioplasty, was the best choice. The procedures used for advanced megaesophagus had the greatest morbidity rates; however, they also showed superiority for aggressive techniques comparing with the conservative operations, in special the mucosectomy with conservation of the esophagus muscular layer, being this the technique with less morbidity within this group. **Conclusion:** It is difficult to choose a standard procedure for megaesophagus with previous surgical treatment due to several available techniques, and different personal surgeon skills, in such way to create therapeutical protocols.

**Key words:** Esophageal achalasia; Surgery; Deglutition disorders.

## REFERÊNCIAS

- Martins P, Morais BB, Cunha-Mello JR. Postoperative complications in the treatment of chagasic megaesophagus. *Int Surg.* 1993;78(2):99-102.
- Barbosa H, Barichello AW, Vianna AL, Mendelssonh P, Watanabe LM. Tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico: duas décadas de experiência numa região endêmica. *Rev Goiana Méd.* 1989;35(1):1-23.
- Henry MAC. Megaesôfago e acalásia. In: Dani R. *Gastroenterologia essencial.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 95-9.
- Ellis FH Jr. Esophagomyotomy for esophageal achalasia. *Surg Clin North Am.* 1973;53(2):319-25.
- Ellis FH, Gibb SP. Reoperation after esophagomyotomy for achalasia of the esophagus. *Am J Surg.* 1975;129(4):407-12.
- Pilon B, Teixeira FV, Terrazas JP, Moreira EP, Pillon EY. Aspectos técnicos da esofagocardiomiectomia com divulsão para o tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico não avançado. *Rev Assoc Med Bras.* 1998;44(3):179-84.
- Miller DL, Allen MS, Trastek VF, Deschamps C, Pairolero PC. Esophageal resection for recurrent achalasia. *Ann Thorac Surg.* 1995;60(4):922-5; discussion 925-6.
- Teixeira FV, Pilon B, Terrazas JPI. Tratamento Cirúrgico do megaesôfago chagásico avançado recidivado em paciente gastrectomizado. Retificação esofágica. Uma alternativa. *Rev Bras Cir.* 1997;87(3):113-8.
- Mendelssonh P, Vianna AL, Barichello AW. Megaesôfago chagásico recidivado: tratamento pela cardioplastia à THAL. *Rev Goiana Med.* 1984;30(3/4):97-109.
- Ponciano H, Cecconello I, Alves L, Ferreira BD, Gama-Rodrigues JJ. Cardioplasty and Roux-en-Y partial gastrectomy (Serra-Doria procedure) for reoperation of achalasia. *Arq Gastroenterol.* 2004;41(3):155-61.
- Aquino JLB, Reis Neto JA, Muraro CLP, Camargo JG. Esofagectomia submucosa no tratamento do megaesôfago avançado. *Rev Ciências Méd.* 2002;11(3):197-209.

12. Aquino JLB. Terapêutica do megaesôfago avançado pela mucosectomia com conservação da túnica muscular [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1996.
13. Serra HO, Félix VN, Ceconello I, Pinotti HW. Reaplicação de miotomia e funduplicatura para tratamento cirúrgico da recidiva de disfagia nos casos de miotomia incompleta. *Rev Hosp Clín Fac Med Univ São Paulo*. 1998;53(3):129-33.
14. Orringer MB, Stirling MC. Esophageal resection for achalasia: indications and results. *Ann Thorac Surg*. 1989;47(3):340-5.
15. Ellis FH Jr, Crozier RE, Gibb SP. Reoperative achalasia surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1986;92(5):859-65. Erratum in: *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1987;93(4):559.
16. Gayet B, Fekete H. Surgical management of failed esophagomyotomy (Heller's operation). *Hepatogastroenterology* 1991;38(6):488-92.
17. Malafaia O, Brenner S, Silva JT, Tuelgi et al. Tratamento cirúrgico do megaesôfago pela cirurgia de Thal. *Rev Col Bras Cir*. 1981;8:11, 1981.
18. Pinotti HW, Polara WM, Raia AA. Tratamento cirúrgico do megaesôfago avançado pela esofagectomia subtotal sem toracotomia com abertura do diafragma. *Rev Assoc Med Bras*. 1980;26(4):339-43.
19. Pearson FG. Achalasia – long term follow-up and late complications. *Brasília Med*. 1995; 2(3/4):34-6.
20. Serra Dória OB, Serra Dória OM, Serra Dória OR. Operação de Serra Dória para tratamento do megaesôfago. Considerações quanto à originalidade do método. *An Paul Med Cir*. 99:113-120, 1972.
21. Salis GB, Chiocca JC, Mazure PA, Pablo A. Acalasia del esofago: revisión de resultados a los quince años de experiencia. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 1987;17(1):7-13.
22. Salis GB, Chiocca JC, Perissé E, Acosta E, Mazure PA. Acalasia del esôfago: veinte años de experiencia en el tratamiento no quirúrgico. *Acta Gastroenterol Latinoamer*. 1991;21(1):11-6.
23. Richards WO, Torquati A, Holzman MD, Khaitan 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;204(3):405-12; discussion 412-5.

Como citar este artigo:

Aquino JLB, Said M, Pereira EVA, Vernaschi B, Oliveira MB. Tratamento cirúrgico do megaesôfago recidivado. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2007 Set-Out; 34(5). Disponível em URL: [www.scielo.br/rcbc](http://www.scielo.br/rcbc)

Endereço para correspondência:

José Luiz Braga de Aquino  
Rua Boaventura do Amaral, 1250, apto 10  
Centro  
13015 – 192 Campinas – SP  
Email: [jlaquino@sigmanet.com.br](mailto:jlaquino@sigmanet.com.br)