

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DO MEGAESÔFAGO NÃO-AVANÇADO: aspectos técnicos ⁺

Julio R.M. Rocha, Marcel Autran C. Machado e Caio Bove

RESUMO: Nos últimos cinco anos vem crescendo a opção pelo tratamento cirúrgico do megaesôfago não avançado por via videolaparoscópica. Os resultados têm sido cada vez melhores e pode-se dizer que são semelhantes aos obtidos por laparotomia. A técnica cirúrgica mais comumente empregada no nosso meio foi descrita por Pinotti e cols. e é baseada na técnica original, realizada por via laparotômica. São discutidos aspectos técnicos visando mimetizar a técnica da esofagocardiomiotomia associada à esofagofundogastropexia realizada por via laparotômica com o intuito de aproximar a técnica videolaparoscópica da técnica tradicional para facilitar a execução da mesma.

DESCRITORES - Acalásia esofágica, cirurgia. Cirurgia laparoscopia

Nos últimos cinco anos vem crescendo a opção pelo tratamento cirúrgico do megaesôfago não avançado por via videolaparoscópica. Os resultados têm sido cada vez melhores e pode-se dizer que são semelhantes aos obtidos por laparotomia.

A técnica cirúrgica mais difundida em nosso meio foi descrita por Pinotti e cols.³ e é semelhante à realizada por via laparotômica⁽⁴⁾.

São apresentados aspectos técnicos que visam facilitar a execução da esofagocardiomiotomia, mimetizando por via laparoscópica, o mesmo procedimento realizado por via laparotômica.

TÉCNICA

O procedimento cirúrgico laparoscópico utilizado é o preconizado por Pinotti et al.⁽⁴⁾. Os aspectos ora

apresentados servem para facilitar a execução da miotomia e da funduplicatura.

Realiza-se o ato cirúrgico com o paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral. O cirurgião coloca-se entre as pernas do paciente. O assistente, que controla o laparoscópio de 30º, e a instrumentadora ficam à direita do paciente, enquanto o outro assistente posiciona-se à esquerda. O primeiro trocar (11 mm) é introduzido cerca de 3 a 5 cm acima da cicatriz umbilical, levemente deslocado para a esquerda do paciente após instalação de pneumoperitônio e é utilizado pelo laparoscópio. A cavidade abdominal é inspecionada e outros cinco trocarts são introduzidos sob visão laparoscópica (Figura 1). O trocar em região sub-xifoídea (11 mm) é utilizado para introdução do afastador de fígado, de preferência atraumático inflável². Outro trocar junto à reborda costal direita na projeção da linha mamilar (5 mm) é utilizado pela mão esquerda do cirurgião e outro de 11

+ Trabalho realizado no Hospital do SESI - Departamento de Cirurgia, São Paulo, SP.

Endereço para correspondência: Dr. Marcel Autran C. Machado - Rua Evangelista Rodrigues, 407 - 05463-000 - São Paulo - SP.

mm junto à reborda costal esquerda na projeção da linha mamilar é usado pela mão direita do cirurgião. Um trocarte de 11 mm é introduzido na reborda costal esquerda na projeção da linha axilar anterior e serve para tração do estômago através de pinça atraumática manipulada pelo auxiliar. Além dos cinco portos usados na prática comum, associamos um porto auxiliar de 5 mm colocado à meia distância entre o porto sub-xifoídeo e o porto junto a reborda costal direita (Figura 1). Este porto auxiliar tem a função de auxiliar a miotomia assegurando melhor apresentação das bordas e diminuindo o risco de perfuração da mucosa esofágica (Figura 2). Após a colocação de todos os trocartes, coloca-se o paciente em proclive de cerca de 30 graus.

O procedimento inicia-se pela retração do fígado pelo afastador inflável e exposição da junção esofagogastrica. Dissecta-se a junção esofagogastrica e isola-se o esôfago distal. Um dreno laminar tipo Penrose é passado ao redor do esôfago e é clipado de modo a permitir a tração do esôfago pelo dreno. Neste momento são dados os pontos da linha de sutura posterior da esofagogastropexia, em pontos separados de fio inabsorvível. Esta sutura é realizada antes da cardiomiectomia somente na via laparoscópica pois facilita o procedimento quando realizado por este acesso. A cardiomiectomia é então realizada com auxílio de pinça introduzida em porto auxiliar (Figura 2) com retirada de fragmentos da borda seccionada para análise anatomopatológica conforme preconizado por Pinotti et al.⁽⁴⁾. O procedimento é então completado com duas novas linhas de sutura de pontos separados com fio inabsorvível englobando as bordas esquerda e direita da miotomia, cobrindo-a anteriormente.

DISCUSSÃO

A técnica que utilizamos por via laparotômica é a descrita por Pinotti

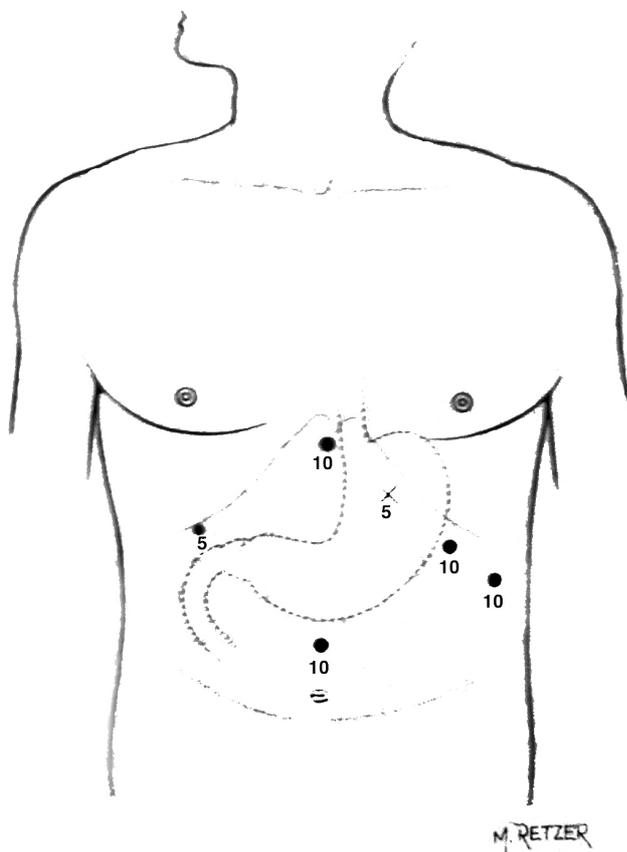


Fig. 1 - Desenho esquemático da localização dos trocartes para tratamento videolaparoscópico de megaesôfago não avançado. O trocarte auxiliar de 5 mm é indicado na figura pela letra X.

et al.⁽³⁾ e é a que possui os melhores resultados no tratamento cirúrgico do megaesôfago não avançado⁽¹⁾. Primeiramente demarca-se longitudinalmente a miotomia com bisturi elétrico numa extensão de cerca de 6 cm no esôfago e 3 cm no estômago proximal. A seguir inicia-se a miotomia próximo à transição esofagogastrica, cerca de 1,5 a 2 cm acima desta. Chega-se até a submucosa neste ponto e a partir daí, secciona-se a camada muscular cranialmente com tesoura e distalmente com bisturi. A apresentação da camada muscular é feita com duas pinças anatômicas, uma delas segura pela mão esquerda do cirurgião e a outra pela mão direita do primeiro auxiliar de modo a formar uma tenda. Desta maneira dissecta-se facilmente a submucosa da muscular, criando um plano para secção da muscular. Este movimento ordenado e repetido facilita a execução da miotomia na extensão desejada. O movimento destas duas pinças deve ser simétrico e sincrônico, de modo a

estimar suavemente a muscular a ser seccionada e ajudar a romper as últimas fibras musculares que porventura restarem. Com estes movimentos descritos acima conseguiu-se reduzir a praticamente zero a ocorrência de perfuração da mucosa esofágica, que costumava ocorrer exatamente neste segmento distal do esôfago e proximal do estômago, onde aliás está assestado o esfíncter inferior do esôfago. Daí a importância da miotomia cuidadosa e completa nesta região.

Esta experiência técnica e tática prévia nos levou a empregar exatamente a mesma metodologia para a realização da miotomia por via laparoscópica⁽⁵⁾. Por este motivo, que além dos cinco portos usados na prática comum, associamos um porto auxiliar de 5 mm colocado à meia distância entre o porto sub-xifoídeo e o porto junto a reborda costal direita (destinado à mão direita do cirurgião) (Figura 1). Este porto auxiliar tem a mesma função

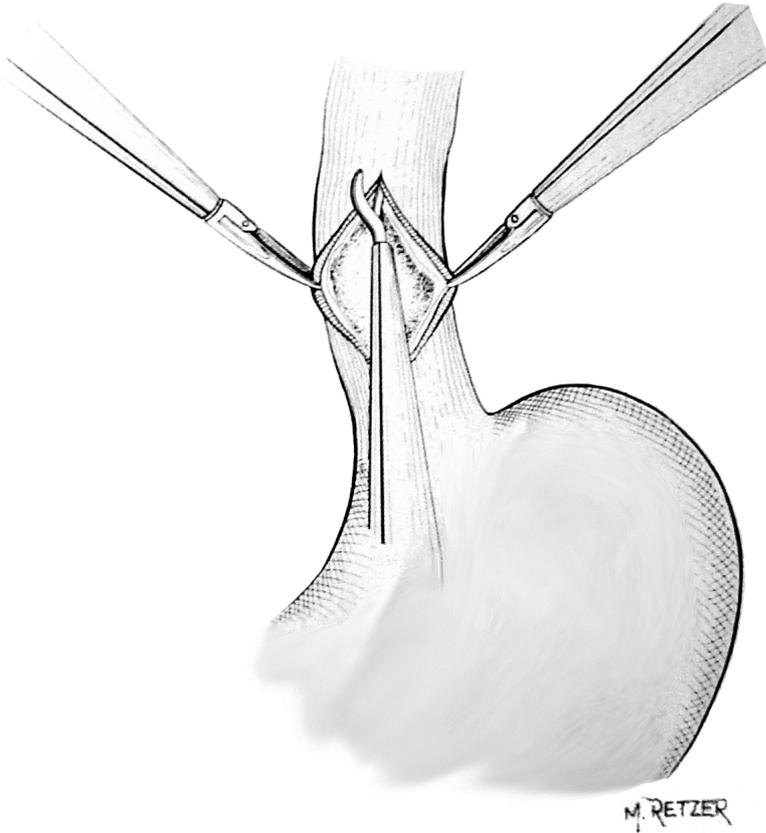


Fig. 2 - Realização da cardiomiotomia com auxílio de pinça introduzida em porto auxiliar.

descrita para a pinça anatômica da mão direita do primeiro auxiliar na via laparotômica, trazendo os mesmos recursos e vantagens desta pinça na realização da miotomia também por via laparoscópica (Figura 2). Este porto também pode ser útil para apresentar o fundo gástrico, para que o cirurgião, com as duas mãos livres possa atuar com mais rapidez na feitura dos pontos entre a borda esquerda da miotomia e o fundo gástrico e posteriormente entre a borda direita da miotomia e o fundo gástrico.

Os autores utilizaram estes aspectos técnicos quando empregaram a técnica de Pinotti⁴ no tratamento dos últimos dez casos de megaesôfago não avançado com indicação cirúrgica - megaesôfago graus II e III e observaram maior facilidade na execução da cardiomiotomia sem que houvesse piora cosmética ou complicação clínica causada pela inserção de um trocarte suplementar de 5 mm.

Rocha JRM da, Machado MAC, Bove C. *Laparoscopic treatment of achalasia: an alternative technique. Arq Gastroenterol, São Paulo, 35(1):45-48, 1998.*

ABSTRACT - *Laparoscopic cardiomyotomy has recently become a popular alternative to traditional laparotomy in the management of patients with nonadvanced achalasia. The laparoscopic approach for this disease is encouraging due to the low rate of complications associated with a shorter recovery period and reduced postoperative pain. This article describes an alternative technique in the laparoscopic treatment of achalasia with introduction of a supplementary 5 mm port in order to facilitate the cardiomyotomy and the construction of the valvuloplasty.*

HEADING - *Esophageal achalasia, surgery. Surgery, laparoscopic.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ELLENBOGEN, G. - Megaesôfago não avançado. Tratamento pela cardiomiectomia associada a esofagofundo-gastropexia. Avaliação clínica, morfológica e funcional dos seus resultados. São Paulo, 1979. [Tese - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].
2. MACHADO, M.A.C.; ROCHA, J.R.M.; BOVE, C.R. - Tratamento videolaparoscópico do refluxo gastro-esofágico com utilização de afastador atraumático inflável. In: III Congresso Brasileiro de Cirurgia Video-endoscópica, Salvador, 1997. Anais do Congresso. Salvador, Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica - SOBRACIL, 1997. [Resumo V135].
3. PINOTTI, H.W.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; ELLENBOGEN G.; FADUL, R.A.; RAIA, A. - Novas bases para o tratamento cirúrgico do megaesôfago: Esofagocardiomiectomia com esôfago gastrofunduplicatura Rev. Ass. Med. Bras. 20:331, 1974.
4. PINOTTI, H.W.; DOMENE, C.E.; NASI, A.; SANTO, M.A.; LIBANORI, H.T. - Video-assisted laparoscopy for the treatment of achalasia. In Peters J.H.; DeMeester, T.R., ed. Minimally invasive surgery of the foregut. Quality Medical Publishing, Inc., Missouri, 1994, pp 103-109.
5. ROCHA, J.R.M.; MACHADO, M.A.C.; BOVE, C.R. - Tratamento laparoscópico do megaesôfago: aspectos técnico. In: III Congresso Brasileiro de Cirurgia Video-endoscópica, Salvador, 1997. Anais do Congresso. Salvador, Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica - SOBRACIL, 1997. [Resumo V203].