

Megaesôfago

Dr. Ruy Ferreira-Santos *

Departamento de Cirurgia, Ortopedia y Traumatologia de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto. San Pablo. Brasil.

El autor expone su experiencia de 30 años en el tratamiento de esta afección. En 115 enfermos jóvenes, con megaesôfagos de grados I y II, sin lesiones asociadas ni tratamientos operatorios previos, realiza operación de Heller modificada, por vía abdominal, con un 80 % de resultados buenos o excelentes y duraderos. En enfermos algo más añosos, con megaesôfagos grados IV o III de larga duración o con lesiones asociadas, o en los fracasos del Heller, realiza esofagectomía subtotal, con esofagogastroplastia (hasta 1955 —49 casos— por vía mediastinal anterior, en 2 tiempos; desde entonces —30 casos— por vía mediastinal posterior, acceso por toracotomía derecha, anastomosis por cervicotomía derecha, en un sólo tiempo). Resultados buenos, con morbilidad baja en la segunda variante. En las secuelas del Heller (esofagitis por reflujo y estenosis péptica) o si se encuentra un megaesôfago no utilizable, realiza esofagectomía distal con interposición yeyunal, con resultados aceptables, a veces leve disfagia residual.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Cardiospasm/pathology, surgery.

É no esôfago que transcorre a terceira fase da deglutição. É, portanto, a disfagia, isto é, o distúrbio no engolir, o "engasgo", um dos sintomas capitais das esofagopatias. Traduz ou um obstáculo orgânico à passagem do alimento ou alguma forma de alteração motora das paredes do órgão — quer espasmos, quer incoordenação discinética.

Na área geográfica de onde provêm os pacientes de que temos cuidado —Brasil central e centro-sul— são três as causas mais frequentes da queixa disfágica: megaesôfago, câncer e esofagite de reflujo associada ou não a hérnia gástrica hiatal. As outras causas ocorrem menos, entre elas a esofagite cáustica.

O objeto específico deste capítulo é o megaesôfago.

Embora esta designação —"sensu lato"— signifique dilatação esofágica, o que englobaria também a ectasia secundária a montante de uma lesão obstrutiva, o significado que está no uso e no consenso é —"sensu stricto"— o

de dilatação e alongamento do esôfago sem obstáculo orgânico distal.

O substrato anátomo-patológico é destruição dos neurônios dos plexos intra-murais, degeneração esta que pode comprometer um percentual mais ou menos elevado do total das células nervosas pré-existentes. A primazia na demonstração do aspecto qualitativo dessas lesões cabe a Hurst e Rake (14), mais foi Köberle (16, 17, 18) quem acentuou a importância da redução quantitativa. Em segmentos anulares de 1 mm de altura, obtidos de peças necroscópicas, a redução do número de neurônios, em níveis correspondentes, foi da ordem de 400 a 1000, nos esôfagos normais, para 0 a 1 nos megaesôfagos.

Esta desnervação pós-ganglionar leva à incoordenação motora do esôfago, em que há dois componentes: a *acalásia* (13) ou não abertura oportuna da cárdia e a *aperistalse* (2), isto é a falta da onda normal de contração propulsora aboral. A figura 1 ilustra comparativamente essa disfunção motora através de registros gráficos das pressões intra-luminais medidas em três níveis do esôfago [Godoy (12)].

De acordo com a chamada lei de Cannon, a musculatura desnervada torna-se hiperreativa aos estímulos, como se demonstra pelo teste da metacolina, e se hipertrofia intensamente nas fases iniciais da doença, notadamente a túnica circular, o que acarreta enrugamento longitudinal da mucosa. Esta hipertrofia, perceptível em toda a altura do esôfago, é máxima no segmento torácico distal e mínima na junção esôfago-gástrica. Nas fases avançadas do megaesôfago, há, ao contrário, uma gradual atrofia do tecido muscular e conseqüente atonia, resultantes provavelmente da desproporção entre a massa muscular que se hipertrofiara e a correspondente rede vascular, isto é, de uma insuficiência circulatória local relativa (Fig. 2).

Köberle (15) demonstrou que o megaesôfago brasileiro e o europeu se superpõem do ponto de vista anátomo-patológico. Muito provavelmente também se lhes assemelha o norte-americano, pois os registros pressóricos intra-luminais obtidos por Godoy e Vieira (11) no megaesôfago brasileiro comprovam, quanto aos efeitos da metacolina, reações idênticas às verificadas por Kramer e Ingelfinger (19) no chamado "cardioespasmo" dos autores anglosaxões.

Já a etiologia, que permanece obscura noutras partes, está esclarecida para o megaesô-

Presentado en el Curso de Esofagología del XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 3 de diciembre de 1974.

* Profesor de Cirugía y Jefe del Departamento de Cirugía, Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, San Pablo, Brasil.

Dirección: Caixa Postal, 615, 14.100-Ribeirão Preto, Est. São Paulo, Brasil.

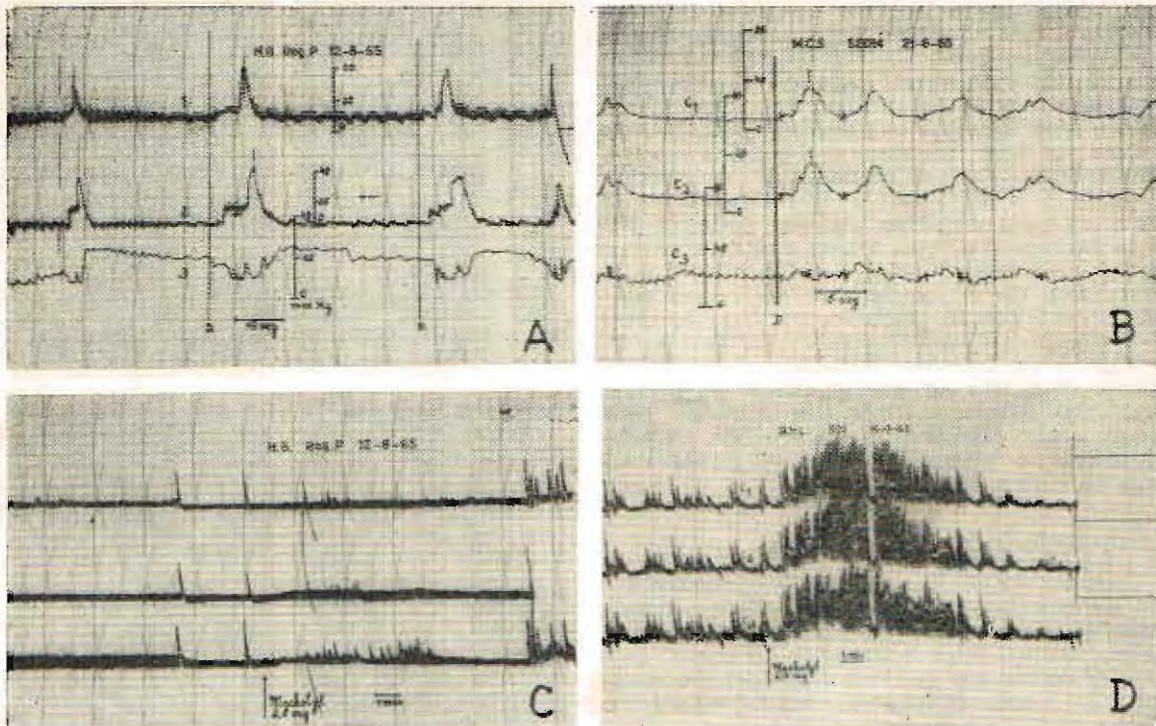


FIG. 1.—Traçados eletromanométricos intra-luminais tomados em tres níveis do esôfago, o inferior próximo à cárdia. (A) Nota-se a progressão da onda peristáltica, em função do tempo, e a abertura da cárdia que dá onda de depressão. É o registro normal. (B) Registro no me gacôfago chagásico, observando-se contracções sincronas em níveis diferentes e a acalásia (não abertura da cárdia). (C) Resposta do esôfago normal à metacolina. (D) Resposta hiperreativa do esôfago chagásico. (Cortesia de R. A. Godoy).

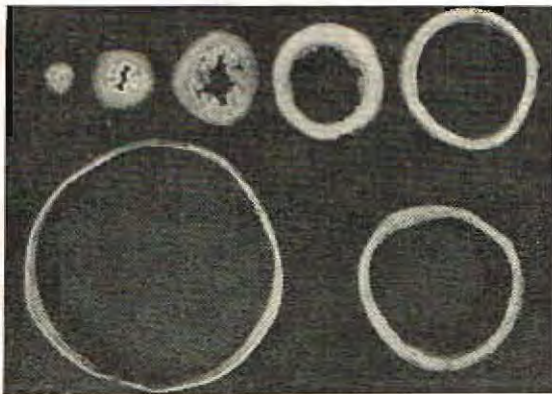


FIG. 2.—Cortes transversais (macroscopia) do esôfago normal e de diferentes graus de megaesôfago. Cortesia de F. Köberle).

fago das áreas centrais da América do Sul. Já em 1909 e 1916, Chagas (5, 6) entreviu a relação causal com a infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, por ele descrita em todos os pormenores. Foi, porém, o trabalho de Köberle e Nador (15) que confirmou esta etiologia, pela demonstração de ninhos de parasitas em fase de leishmanía na musculatura lisa visceral (Fig. 3), seguindo-se a reprodução laboratorial das ente-

romegalias pela inoculação experimental de *Trypanosomas* em ratos e cães. Quando os ninhos parasitários se rompem, sobrevem um processo inflamatório local e a destruição dos neurônios, não só dos intra-murais das vísceras digestivas ocas e do coração, como de outras áreas do sistema nervoso autônomo, sem que se tenha até hoje esclarecido a natureza do mecanismo pelo qual degeneram as células nervosas — se alérgico, se neurotóxico ou outro.



FIG. 3.—Microscopia da musculatura esôfágica, com um ninho de *Trypanosoma cruzi* em fase leishmanía. (Cortesia de F. Köberle).

O fato é que o paciente chagásico que sobrevive à fase aguda da Trypanomiase, poderá apresentar na evolução ulterior as conseqüências da maior ou menor degeneração neuronal, expressas através da cardiopatia e das enteropatias, especialmente megaesôfago e megacólon.

Com ou sem sintomas evidentes, a coexistência dessas duas enteromegalias corresponde a de 40 % a 70 % das respectivas séries. O resto do tubo digestivo também pode ter em cada paciente maior ou menor degeneração dos plexos de Auerbach, mas é muito mais rara a ocorrência do megaestômago, do megaduodeno ou da dilatação chagásica das vias biliares. A expressão sintomática dominante através do esôfago e do intestino terminal talvez se explique pelo fato de que, enquanto os demais segmentos gastro-enterícos têm conteúdo bem fluido, esses dois têm-no mais sólido, respectivamente o alimento ainda indigerido e o bolo fecal dessecado.

CLASSIFICAÇÃO

Com o objetivo de permitir comparações entre os diversos enfermos e de cada um consigo mesmo nas várias fases evolutivas antes e depois de eventual tratamento, tivemos ocasião de padronizar em 1958 [Mascarenhas e colab. (20)] uma técnica de exame radiológico contrastado do esôfago e nela basear a classificação desde então adotada no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A padronização técnica consiste no seguinte: preparo do esôfago mediante lavagem e esvaziamento aspirativo na véspera, seguindo-se jejum de 12 a 18 horas; ingestão ininterrupta de 100 g de sulfato de bário em 200 ml de água; paciente de pé; três exposições ântero-posteriores a 180 cm, aos 10 segundos, aos 5 e aos 30 minutos contados do fim da deglutição da suspensão opaca. Normalmente não há estase nem aos 10 segundos. Quando ela existe nesta chapa, suspeita-se de aperistalse. Esta é certa, quando se comprova estase aos 5 minutos. A exposição feita aos 30 minutos é relativamente dispensável para o diagnóstico, destinando-se mais a confrontos evolutivos.

Com fundamento nas imagens radiográficas obtidas por esse método, o megaesôfago é classificado em quatro graus (Fig. 4).

Grau I — Diâmetro transverso da silhueta esofágica até 4 cm.

Grau II — Diâmetro entre 4 e 7 cm.

Grau III — Diâmetro entre 7 e 10 cm. Dolicoesôfago, o órgão fazendo curva sigmóide que repousa sobre a hem cúpula frênica direita. O contorno direito do esôfago excede os limites mediastinais e invade o campo pleuro-pulmonar direito. Resíduo alimentar com imagem de flocos em meio ao bário.

Grau IV — Diâmetro transverso maior de que 10 cm. Imagem de grande saco atônico, com dólco e muito resíduo. Como eventualmente também no grau III, podem-se distinguir dois níveis, o do contraste baritado e o do líquido residual mais acaste, por terem diferentes densidades. Vez por outra, a fácil re-

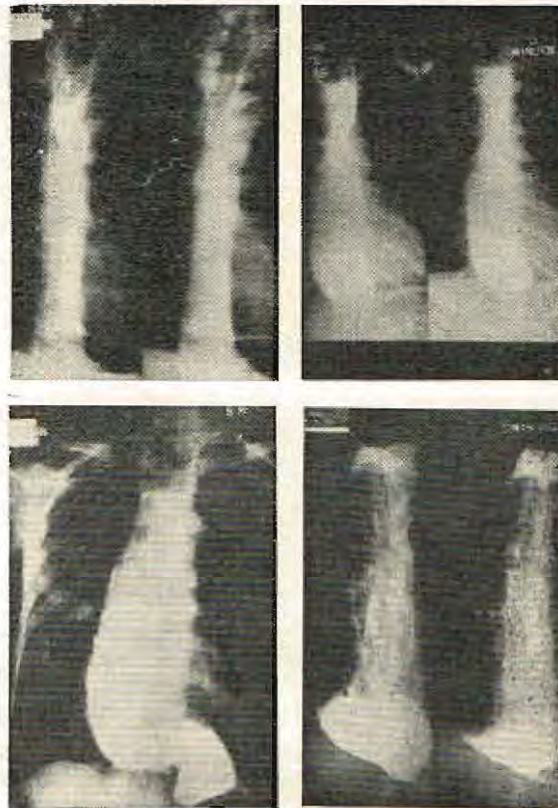


FIG. 4.— Imagens radiográficas do megaesôfago contrastado, em PA, com técnica padronizada (ver texto). Da esquerda para a direita e de cima para baixo: graus I, II, III e IV.

gurgitação permite aspiração traqueal durante o exame, surgindo broncograma acidental (figura 5).

Os enfermos grau IV e alguns grau III dão imagem radiológica característica mesmo sem

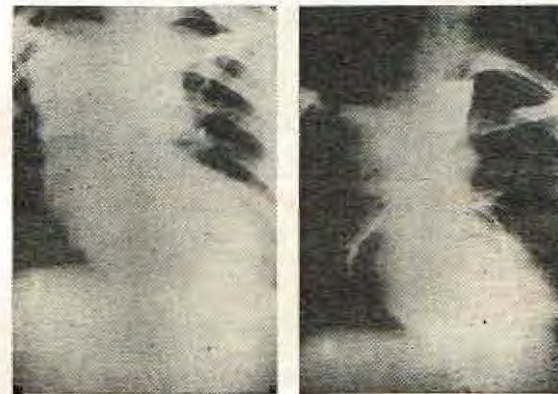


FIG. 5.— Megaesôfago grau IV. A esquerda, imagem em PA com a silhueta esofágica invadindo o campo pleuro-pulmonar direito (não há contraste baritado, apenas estase de resíduo alimentar). A direita, ao deglutir bário (mesmo paciente), broncografia acidental aspirativa.

ingestão de papa baritada: o resíduo alimentar é suficiente para dar imagem de alargamento mediastinal para a direita, o que, na semiótica física pode traduzir-se por área para-vertebral desse lado com nota maciça à percussão.

Segundo nossa experiência, o grau do megaesôfago e a duração da história clínica não estão necessariamente associados.

QUADRO CLÍNICO

Em nossa experiência, houve predominância do sexo masculino, à razão de 3:2. Idade média dos pacientes, 40 anos. Idade máxima e mínima, respectivamente 81 e 4 anos.

A disfagia é o sintoma principal e característico, que domina a queixa da grande maioria dos enfermos portadores de megaesôfago. Excepcionalmente não é referida por alguns, com ectasia grau IV, em que o gigantesco saco esofágico atônico permite acúmulo dos alimentos sem a sensação de engasgo. Tais pacientes buscam o médico ou o hospital menos por dificuldades no engolir do que pelos sintomas de surtos recidivantes de broncopneumonia aspirativa, conseqüente à regurgitação do resíduo alimentar estagnado. De acordo com a nossa experiência, os sintomas bronco-pulmonares têm ocorrido com a seguinte frequência:

- em 10 % do grau II;
- em 15 % do grau III;
- em 40 % do grau IV.

A disfagia é referida como parada retro-esofágica da comida e como tendo caracter progressivo, a princípio sob a forma do engasgo com alimentos sólidos ou secos, que "descem com a ajuda de água", o que se explica fisiopatologicamente pela coluna hidrostática com pressão suficiente para vencer a acalásia. Com o correr do tempo —meses ou anos— pode sobrevir também dificuldade à deglutição de pastos e líquidos. Casos há, entre os do grau IV, que se apresentam com disfagia total (afagia), em péssimas condições gerais, demandando providências imediatas para nutri-los, isto é, gastrostomia provisória ou, excepcionalmente, hiper-alimentação parenteral.

Outros sintomas, com a frequência com que os temos registrado, são:

odinofagia e/ou urência retroesternal ou epigástrica	50%
regurgitação ortostática	70%
regurgitação clinostática (no traveseiro ou com a inclinação anterior do tronco)	45%
sialorréia	60%
perda ponderal lenta	100%

Correlatamente, o interrogatório desvenda queixa de constipação intestinal crônica de variável gravidade em dois terços dos casos cuja queixa primária se liga ao megaesôfago.

O exame físico objetivo é relativamente pobre. O estado geral é na maioria dos casos bom ou regular. Não mais do que 10 a 15 por cento se apresentam em más condições e os caquéticos, acima referidos, são infreqüentes.

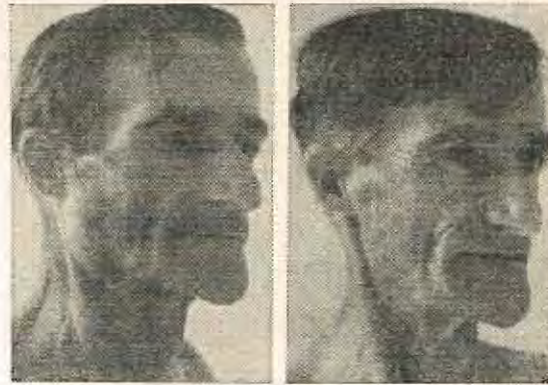


FIG. 6.—Hipertrofia das glândulas parótidas. Na foto da direita, observa-se regressão, em período durante o qual, já esofagectomizado, o enfermo não se alimentava via oral nem mastigava, mas tinha esofagostomia cervical e gastrostomia.

Em bom número de enfermos, um terço aproximadamente, chama logo a atenção do médico a hipertrofia das glândulas salivares, especialmente das parótidas.* Incidentalmente, é oportuno esclarecer que tal fato, bem como a sialorréia, não decorrem da dificuldade disfágica nem exprimem o "reflexo esôfago-salivar de Roger", pois, como tivemos ocasião de verificar numerosas vezes, a hipertrofia regride se o paciente passa a se alimentar exclusivamente por gastrostomia e quando se lhe extirpa o esôfago, mas volta eventualmente após reconstituição esôfago plástica substitutiva, desde que o paciente retorne à via oral e à mastigação (Fig. 6).

Ainda no quadro clínico objetivo, cabe assinalar os seguintes dados eventuais:

- nota maciça à percussão inter-escápulo-vertebral direita (casos de grande megadólico grau IV);
- palpabilidade de megacolo associado (com ou sem fecaloma);
- bradicardia (60 batimentos por minuto) ou arritmias, desde extrassístoles esporádicas até diferentes graus de bloqueio, desde o do ramo direito, que é muito freqüente, até o bloqueio átrioventricular completo, exigindo pronta implantação de marca-passo.

Exames complementares — Lesões associadas

O principal exame subsidiário é o radiológico, cujas sistematização já tínhamos apresentado páginas atrás, a propósito da classificação. Para fins práticos, este é o exame subsidiário indispensável.

* Vieira (23, 24, 25) estudou detidamente a histologia e a farmacologia da disfunção salivar e observou hiperamilasemia nos portadores de megaesôfago, bem como resposta exagerada ao estímulo pilocarpínico. A hipertrofia glandular se explica, de acordo com a lei de Cannon, pela hiperreatividade dos ácinos desnerçados.

A esofagoscopia não é de rotina, salvo nos casos graus III ou IV de longa duração e se o paciente tem mais de 40 anos, objetivando a verificação de lesões associadas, que abrangem as relacionadas no quadro seguinte em que também figuram as frequências percentuais com que as encontramos nas peças cirúrgicas de esofagectomia sub-total:

esofagite de estase	10,7%
ulcerações, eventualmente sangrantes ..	10,6%
divertículos do esôfago torácico médio e distal	6,7%
placas de leucoplasia	12,0%
carcinoma	10,5%

Não temos experiência com o emprego sistemático da manometria intra-luminal, nem cremos seja absolutamente necessária para a decisão terapêutica.*

TRATAMENTO

O tratamento do megaesôfago é imprópria-mente curativo. Cura o sintoma —a disfagia—, mas não pode pretender cura verdadeira, no sentido etiológico, porque o substrato anatomo-patológico consiste em lesões neuronais irreversíveis.

O objetivo primário do planejamento terapêutico é que o paciente engula em condições o mais próximo possível do normal. Neste sentido, não há tratamento médico adequado nem duradouro e o assunto é da alçada dos cirurgiões e/ou endoscopistas.

As condutas e os procedimentos operatórios adotados pelos brasileiros e estrangeiros são muitos e diversos. Daremos aqui, como fruto da nossa experiência de mais de 30 anos com as variantes nosográficas do megaesôfago, as normas justificadas das condutas que temos dos processos que não empregamos.

Não é demais, nem inoportuno repetir aqui o que consideramos preceitos fundamentais e permanentes a respeitarem-se em toda e qualquer ação cirúrgica:

- mutilar ao mínimo;
- reparar ao máximo;
- restaurar quanto possível a harmonia funcional;
- evitar complicações e seqüelas;
- respeitar a integridade sômato-psíquica da personalidade.

* Deve-se reconhecer que, em nosso país, trata-se de recurso relativamente sofisticado e dispendioso, não acessível a qualquer das numerosíssimas clínicas ou hospitais que, pelo interior do Brasil Central, atendem diariamente aos doentes com "engasgo". Aos poucos e para o futuro, é possível e provável que os estudos manométricos intra-luminais simultâneos a vários níveis, realizados em serviços universitários, venham a fornecer elementos esclarecedores quanto à importância correlativa dos componentes aperistáltico e alcaláxico da incoordenação motora, e assim subsidiem os critérios para a seleção adequada dos procedimentos cirúrgicos.

À luz destes preceitos e da nossa experiência atual, bem como tendo em mira alvo bem definido, que é —conseguir que o enfermo volte a engolir— adotamos fundamentalmente três condutas, adaptadas e adequadas a cada paciente em função de sua idade, da duração da história disfágica, do grau do megaesôfago, da coexistência de lesões associadas, do fracasso de tratamentos prévios.

1ª conduta. *Cardiomiectomia extra-mucosa* (Heller modificado). Indicado para

—pacientes jovens, com megaesôfago grau I, II ou mesmo III, sem lesões associadas, virgem de prévio tratamento cirúrgico, salvo eventuais sessões de dilatação forçada com resultados aleatórios ou temporários.

Para os casos grau I que nunca tenham recebido tratamento para a sua disfagia, admitimos como alternativa que endoscopista experimentado faça-lhe dilatação da cárdia, com balão de pressão regulável ou com sonda de Hurst e sob controle radioscópico.

Os pontos técnicos fundamentais da operação de Heller, tal como a fazemos, são:

a) Via de acesso abdominal, por laparotomia xifo-umbilical mediana ou para-mediana (nunca julgamos necessário o acesso transtorácico).

b) Quando necessário, secção do ligamento triangular e afastamento lateral do lobo hepático esquerdo.

c) Mínima destruição das conexões frenoesofágicas, o suficiente para laçar o esôfago abdominal junto à cárdia e tracioná-lo em sentido caudal, poupando-se os nervos vagos.

d) Miotomia longitudinal anterior extra-mucosa, na extensão de 6 a 8 cm sobre o esôfago e 2 cm sobre o estômago, com o cuidado de dirigir a porção caudal da incisão para a direita, junto à pequena curvatura, e não para a esquerda, evitando-se assim seccionar as fibras musculares do feixe gástrico oblíquo de Helvetius (gravata suíça), conforme está esquematizado na figura 7.

e) Retirada opcional de estreita fita muscular na margem direita da miotomia.

f) Reangulação do esporão esôfago-gástrico de His, mediante pontos separados que solidarizam a grande tuberosidade gástrica à face esquerda do esôfago.

g) Fixação da face anterior do esôfago tracionado à borda anterior do hiato, de modo a que permaneça infra-diafragmático um segmento esofágico de 6 a 8 cm.

Com este procedimento tratamos 115 enfermos, selecionados segundo as características de indicação acima referidas. Temos obtido resultados duradouros, bons e até excelentes em mais de 80 % dos operados (Fig. 8). E temos também logrado evitar os sintomas de refluxo péptico e esofagite que, anos atrás, observávamos quando ainda não tínhamos passado a orientar corretamente a direção da miotomia, nem a complementá-la com os pormenores de válvula anti-refluxo descritos nos itens (f) e (g). Julgamos desnecessário outro tipo de plicatura valvular, quer tipo Lind, quer tipo Nissen. Semelhantemente, somos de opinião que a operação de Thal não é de indicação sistemá-

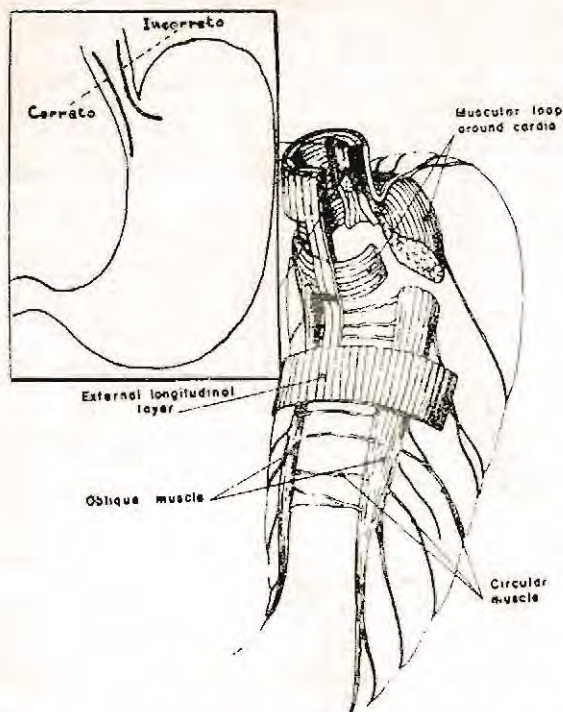


Fig. 7.—Esquema de Gahagan mostrando a importância da musculatura obliqua do estômago (feixe de Helvetius ou gravata suíça). À esquerda, a orientação correta da incisão de miotomia extra-mucosa de Heller.

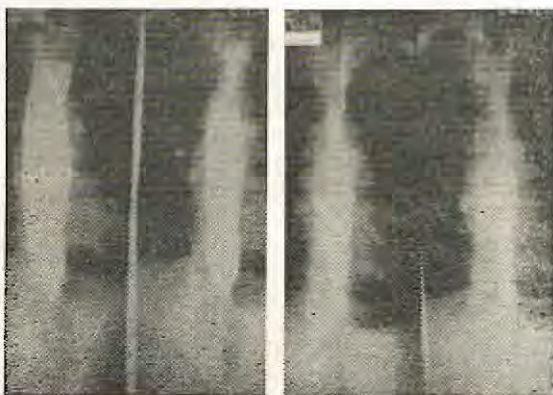


Fig. 8.—Operação de Heller. Aspecto radiológico pré e pós-operatório (6 meses).

tica, reservando-a para os casos em que haja perfuração acidental da mucosa durante a miotomia de Heller: nessa eventualidade, sim, deve-se ampliar deliberadamente a abertura da luz esôfago-gástrica e recobri-la com face serosa anterior da tuberosidade maior rebatida. Assim se procedeu em seis casos da nossa série.

2ª conduta. *Esofagectomia sub-total*. É indicada para

—pacientes mais idosos (acima dos 35-40 anos), com megaesôfago grau IV (saco inerte e atônico) e eventualmente grau III de longa duração em que a esofagoscopia comprove lesões associadas;

—pacientes graus III e IV, em que operação anterior sobre a zona da cárdia fracassou;

—pacientes com carcinoma esofágico associado, em que as biópsias pré-escalênicas, a tráqueo-broncoscopia e a verificação laparotômica hepática e celíaca excluem metástases ou invasão por contigüidade.

No início de nossa experiência, há 20 anos, com este processo, adotávamos a técnica proposta por Câmara-Lopes em 1955 (3), isto é, a operação em dois tempos, da qual juntamente com ele, reunimos 49 operados até 1960:

1º tempo — esofagectomia sub-total por toracotomia direita, com gastrostomia temporária e esofagostomia cervical direita;

2º tempo — reconstrução por esôfago-gastroplastia transmediastinal anterior (tunelização retro-esternal) (Fig. 9).

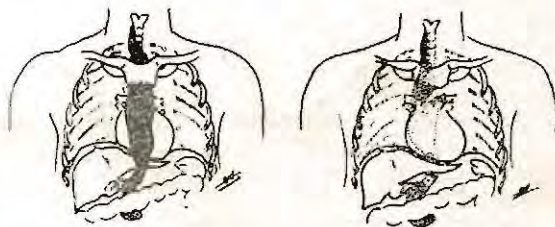


Fig. 9.—Esquemas da transposição gástrica para esôfago-gastroplastia cervical. À esquerda, por tunelização retro-esternal (Câmara-Lopes). À direita, pela via transmediastinal posterior (Ferreira-Santos).

Com o passar do tempo, fizemos a verificação pessoal de haver alguns inconvenientes desse procedimento, a saber: duas sessões operatórias, alta incidência de fístulas e estenoses da anastomose esôfago-gástrica cervical, longa hospitalização e impossibilidade de dilatações endoscópicas orientadas, pois o esôfago se enrola em hélice ao redor da traquéia, vindo posteriormente do faringe para anastomosar-se ao estômago junto à fúrcula esternal (Fig. 10). Houve quatro óbitos (8,1%): um por septicemia, um por insuficiência respiratória, um por colite necrotizante após uso de antibióticos e um, por fim, causado por perfuração espontânea da alça do megasigma.

Introduzimos então a nossa técnica (10), que consiste na realização, num único tempo cirúrgico, de esofagectomia sub-total com imediata reconstrução por esôfago-gastroplastia transmediastinal posterior (Fig. 9).

Os pontos técnicos fundamentais da nossa operação abrangem:

a) O uso de mesa especial que permite a sua realização simultânea por duas equipes cirúrgicas e a execução de três incisões de acesso (laparotomia mediana supraumbilical, tora-



FIG. 10.—Em obliqua e de perfil, imagens radiográficas pós-operatórias do estômago retro-esternal (Câmara-Lopes). Nota-se a disposição helicoidal da anastomose esôfago-gástrica em torno da traquéia.

colomia póstero-lateral direita e cervicotomia ântero-lateral direita), com variações do decúbito por simples movimentos laterais rotatórios da mesa e não do enfermo, o que evita deslocamento dos panos esterilizados e minimiza os riscos de contaminação. Tal mesa foi inicialmente idealizada por Sader (21), tendo depois sofrido modificações introduzidas por Salim (22) e por nós.

b) Laparotomia que, desde logo, verifica não haver megaliação do estômago e passa então a prepará-lo para a transposição ao pescoço, isolando-o e poupando apenas os pedículos vasculares pilórico e gastroepilórico direito. Essa fase é complementada por descolamento retro-duodenal de Kocher-Vautrin, por piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz ou variante e por ampliação do hiato esofágico do diafragma.

c) Tão logo verificada a viabilidade da transposição gástrica, a segunda equipe já realiza contemporaneamente o acesso cervical ao esôfago e ao plano mediastinal pré-vertebral por incisão ao longo da borda anterior do músculo esterno-cleido-mastóideo direito.

d) Enquanto prossegue o isolamento do estômago pelo acesso abdominal, o decúbito passa de dorsal a dorso-lateral esquerdo e a segunda equipe executa por toracotomia direita o isolamento do esôfago, mediante abertura da pleura mediastínica, ligadura da croçã da veia ázigos e dissecação parte romba, parte cortante, com hemostasia minudente dos ramos que provêm da aorta e cuidando de não lesar, nem o ducto torácico, nem os nervos laríngeos recorrentes.

e) Tracionado para o tórax o estômago já isolado, é seccionado logo distalmente à cárdia e fechado em dois planos.

f) Sucessivamente são exteriorizados pela cervicotomia o esôfago isolado e o polo gástrico cranial por meio de fios tratores, alojando-se o estômago no leito mediastinal de onde saiu o esôfago e ficando o piloro quase à altura do hiato diafragmático.

g) No pescoço, anastomose esôfago-gástrica término-lateral com pontos separados inabsorvíveis, optativamente em um ou dois planos.

h) Deixam-se: sonda naso-gastro-duodenal (para aspiração inicial e para alimentar via entérica tão logo haja peristaltismo intestinal); dreno pleural sob válvula de água; e dreno tubular fino pelo pescoço até o mediastino junto à anastomose.

Temos 30 operados com este processo cirúrgico. Nas suas indicações precisas, tem tido baixa mortalidade (apenas um óbito, tardio, por cardiopatia chagásica); baixa morbidade com poucas fístulas, que se fecham espontaneamente; e resultados muito bons quanto à deglutição e à recuperação ponderal, com seguimento que já vae, em alguns casos a mais de dez anos. Em dois casos em que houve estenose da boca anastomótica, o alinhamento retilíneo dos eixos luminiais do esôfago e do estômago facilitou o trabalho dilatador do endoscopista (Fig. 11).

3ª conduta: *Esofagectomia d'istal, com interposição jejunal isoperistáltica à Merendino* (Fig. 12). É indicada:

—para enfermos grau I, II ou III, em que operações prévias tipo Heller ou semelhantes tenham acarretado como seqüelas hérnia hiatal e/ou esofagite de refluxo com estenose péptica segmentar do esôfago;

—para pacientes grau III o IV, que, com indicação inicial de esofagectomia sub-total, revelem-se à laparotomia, portadores de megastômago (como não convém fazer a plastia com o colo por motivos óbvios ligados à história natural dos megas chagásicos, não há como realizar plástica até o nível cervical).

Com essas indicações temos realizado não mais que uma dezena de operações de Merendino, cabendo, porém, o reparo de que, se a ectasia é grau III ou IV, o segmento cervicotorácico remanescente do esôfago continua aperistáltico, o que dá nitida estase ao exame radiológico e pode eventualmente traduzir-se por moderada disfagia residual (Fig. 13).

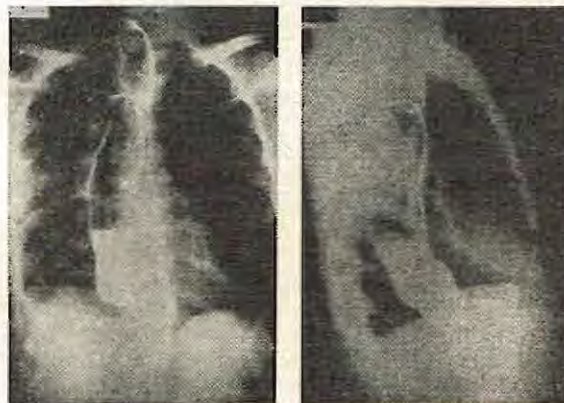


FIG. 11.—Em incidência frontal e de perfil, imagens radiográficas pós-operatórias do estômago transposto pelo mediastino posterior (Ferreira-Santos). Alinhamento retilíneo do lumen esôfago-gástrico.

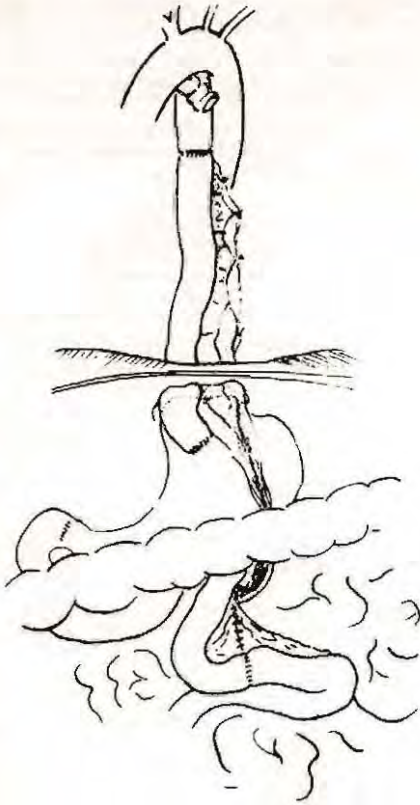


Fig. 12.—Esquema da interposição jejunal isoperistáltica à Merendino, após esofagectomia distal.

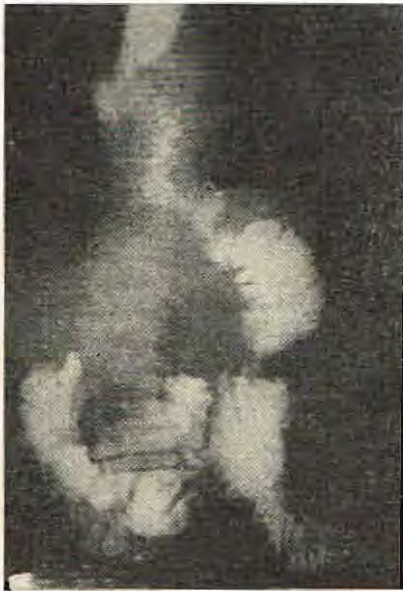


Fig. 13.—Imagem radiográfica pós-operatória da alça interposta de Merendino, notando-se que persiste a estase esofágica.

Resta-nos comentar, do nosso ponto de vista, outras técnicas de tratamento cirúrgico do megaesôfago. Páginas atrás já opinamos sobre as circunstâncias de exceção em que nos parece dever-se recorrer ao método de Thal. Já esclarecemos também julgarmos ser desnecessária a via torácica para a operação de Heller, que se realiza perfeitamente bem por laparotomia. Quanto às cardioplastias e esofagogastrotomias dos tipos Wendell, Sweet, Heyrowsky ou Gröndahl, devem ser proscritas por acarretarem sempre, como seqüela, grave esofagite de refluxo. Doria (7) emprega a anastomose esôfago-gástrica à Gröndahl, mas, para evitar tal seqüela indesejável, complementa-a, no mesmo ato cirúrgico, por gastrectomia parcial distal com reconstrução gastro-jejunal em alça de Roux. Refere bons resultados. Falta-nos experiência pessoal, mas a nós parece-nos que tão extensa operação atinge e mutila um órgão que não é a sede principal do processo patológico nem o alvo a por na mira.

Tão pouco temos experiência com as interposições jejunais ou ileo-cecais feitas como válvula anti-refluxo, exclusivamente por via abdominal e com simples cardiectomia, sem ressecção esofágica (1). As ressalvas que apontamos acima para a técnica de Merendino aplicada ao megaesôfago, valem aqui "a fortiori".

Quanto à ressecção distal do esôfago com reconstrução esôfago-gástrica direta infra-aórtica à Garlock, praticamo-la nove vezes vinte anos atrás. Abandonamo-la desde então por termos observado três dehiscências fatais, bem como esofagite de refluxo nos sobreviventes.

Para terminar, insistimos em que o tratamento cirúrgico do megaesôfago não pode nem deve ser unívoco. Deve individualizarse seletivamente, caso por caso, para a indicação e realização adequada da conduta mais cabível. E, sem ferir demais nem de menos, conseguir duradoura solução da queixa disfágica.

RESUME

Mégaoesophage.

L'auteur fait part de ses trente années d'expérience dans le traitement de cette affection. Sur 115 malades jeunes souffrant de mégaoesophage de degré I et II, sans lésions associées, ni traitements opératoires préalables, il procède à l'opération de Heller modifiée, par voie abdominale, avec 80 % de résultats bons ou excellents et durables. Chez des malades plus âgés avec mégaoesophages de degré IV ou III prolongés ou avec lésions associées, ou dans les cas d'échec de l'opération de Heller, l'auteur procède à une oesophagectomie subtotale avec oesophagogastroplastie (soit, jusqu'en 1953, 49 cas par voie médiastinale antérieure, en 2 temps, puis, jusqu'à ce jour, 30 cas par voie médiastinale postérieure, abordage par thoracotomie droite, anastomose par cervicotomie droite, en un seul temps). Les résultats sont bons avec faible mortalité dans la seconde variante. Dans les séquelles du procédé de Heller (oesophagite par reflux et sténose peptique) ou si on a affaire à un mégastomac, non utilisable, l'auteur effectue une oesophagectomie distale avec interposition jéjunale, dont les résultats sont acceptables, s'accompagnant parfois d'une légère dysphagie résiduelle.