

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA DESVASCULARIZAÇÃO DA TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA NO TRATAMENTO DAS VARIZES SANGRANTES DO ESÔFAGO.

Julio Rafael Mariano da Rocha, Marcel Aufran Cesar Machado,
Caio Romeiro Bove, George Hirai Tokikaka e
Marcel Cerqueira Cesar Machado

ROCHA, J.R.M. – Contribuição ao estudo da desvascularização da transição esofagogastrica no tratamento das varizes sangrantes do esôfago. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 53(5): 249-253, 1998

RESUMO: Os autores apresentam nova variante técnica de Desconexão Ázigoportal para tratamento das hemorragias provocadas por varizes de esôfago na hipertensão portal. A variante técnica apresentada-se fundamentada na técnica descrita por Espíndula (1978) e as principais modificações propostas são: A) Objetivando se a possível redução da transudação no nível das áreas cruentas reperitoniza-se: 1) a curvatura gástrica menor desnudada pela VOP; 2) a área do peritônio posterior correspondente ao hilo esplênico e cauda do pâncreas; 3) a área desnudada do esôfago distal, através de funduplicatura à Lind (1965); b) Realiza-se funduplicatura à Lind com a finalidade de se obter eficiente válvula anti-refluxo.

Complementa-se a DAP com esclerose endoscópica das varizes, entre três e seis meses após a operação, conforme avaliação do endoscopista. A nosso ver a esclerose endoscópica substitui integralmente o ataque direto às varizes, durante o ato cirúrgico, reduzindo ainda o tempo cirúrgico e a morbidade operatória.

Foram operados oito pacientes com história de sangramento importante por varizes de esôfago devido a hipertensão portal por esquistossomose. Pela classificação de Child, dois dos pacientes (25%) eram grau B, sendo os demais grau A. Nenhum dos pacientes teve recidiva hemorrágica, nem esofagite de refluxo, dois pacientes desenvolveram ascite que regrediu com tratamento clínico. Não houve mortalidade. Os pacientes foram seguidos por um período entre seis meses e dois anos.

DESCRITORES: Hipertensão portal. Varizes do esôfago. Tratamento cirúrgico. Desconexão ázigoportal.

A hemorragia decorrente da ruptura das varizes do esôfago tem grande importância nos pacientes com hipertensão portal. Trata-se de grave complicação, bastante freqüente nesta síndrome.

Nos pacientes com esquistossomose mansônica a desconexão ázigoportal (DAP) vem tendo crescente aceitação. Estudo recente^{10,12} mostra vantagens da DAP sobre a cirurgia de Warren no tratamento do sangramento por ruptura de varizes de esôfago. Entre estas cite-se o não aparecimento de encefalopatia porto sistêmica após DAP; além disto, o índice de recidiva hemorrágica após seguimento de dois a cinco anos, é semelhante em ambas as condutas. As derivações porto sistêmicas não têm sido utilizadas presentemente em pacientes esquistossomóticos em vista da incidência elevada de encefalopatia e do risco de deterioração da função hepática.

Estes fatos nos incentivaram no estudo do tratamento cirúrgico das varizes sangrantes, em pacientes esquistossomóticos.

O estudo de diversas técnicas de DAP^{2,3,4,5,6,7,11} e de procedimentos que visam a ligadura sob visão direta das varizes esofagianas^{6,15} abre perspectivas para associar técnicas já existentes e criar uma variante que reúna as vantagens de procedimentos anteriores e exclui algumas desvantagens. Entre estas destacam-se a não realização de funduplicatura no procedimento de Espíndula e a abertura do estômago para introdução de vela de Hegar na técnica de Chaib^{2,3,4} e a secção do vago nas DAPS clássicas.

Assim, nossa experiência se iniciou pela utilização da técnica de Espíndula¹⁸

Trabalho realizado no Hospital do SESI e Serviço de Cirurgia das Vias Biliares e Pâncreas do Hospital das Clínicas da FMUSP.

complementando-a com a realização de válvula anti-refluxo⁹ e a peritonização da pequena curvatura gástrica, desnudada pela VGP, e da área do retroperitônio correspondente ao hilo esplênico e cauda do pâncreas.

Com o intuito de excluir a possibilidade de contaminação intra-abdominal pela abertura do estômago e de não correr o risco de deiscência de sutura em área com vascularização diminuída pela própria DAP, propomos a seguinte variante técnica:

- 1) ligadura da artéria esplênica, com ponto perdido próximo à cauda do pâncreas, após adequada abertura da retrocavidade dos epíploons;
- 2) ligadura e secção dos vasos da curvatura gástrica maior a partir do 1º vaso breve (desde o mais distal ao mais proximal);
- 3) liberação do baço e luxação do mesmo. Ligadura de seus pedículos

arteriais e venosos, tomando sempre cuidado para não lesar a cauda do pâncreas;

- 4) realização de ligadura a secção dos vasos de curvatura gástrica menor como se faz para a vagotomia gástrica proximal poupando os ramos nervosos de Latarjet anterior e posterior.

Liberam-se ainda os cinco em distais do esôfago, sem isolamento prévio dos vasos, que se julga desnecessário se a dissecação for feita rente ao esôfago. O prévio isolamento dos troncos vagais pode provocar hematomas periesofágico em pacientes com hipertensão portal e deste modo dificultar este tempo cirúrgico.

Após esta desvascularização, mobiliza-se o estômago e liga-se o tronco da veia gástrica esquerda.

Até este ponto os passos técnicos são os do procedimento de Espíndula.

As modificações propostas ao referido procedimento são:

- A) Objetivando-se a diminuição da área cruenta, não peritonizada, com o intuito de possível redução da transudação a este nível, no pós-operatório imediato, reperitoniza-se:
 1. A pequena curvatura desnudada pela VGP;
 2. A área do retroperitônio correspondente ao hilo esplênico e cauda do pâncreas;
 3. A área desnudada do esôfago distal, pela funduplicatura à Lind;
- B) Realiza-se funduplicatura a Lind com a finalidade de se obter eficiente válvula anti-refluxo.

Complementa-se a DAP com a esclerose endoscópica entre três e seis meses após a operação dependendo da avaliação do endoscopista. A nosso ver a esclerose endoscópica substitui integralmente o ataque direto às varizes, reduzindo ainda o tempo cirúrgico e a morbidade operatória.

CASUÍSTICA

Foram operados oito pacientes segundo a presente variante técnica; todos eram portadores de hipertensão portal com varizes de esôfago decorrente da esquistossomose mansônica e contavam história de sangramento grave. Dois pacientes apresentavam ascite pré-operatória e hemoglobina abaixo de 8%. Pela classificação de Child, dois dos pacientes (25%) eram grau B, sendo os demais (75%) grau. Os pacientes foram acompanhados por um período entre seis meses e dois anos. As operações foram realizadas no Hospital nº 1 do SESI (São Paulo).

RESULTADOS

Não houve mortalidade. Dois pacientes desenvolveram ascite (++/++++), obtendo-se reversão do quadro com tratamento pertinente num período variável entre três e quatro semanas.

Os pacientes foram realimentados no 3º dia pós-operatório, tendo alta entre 10º e 14º dia p.p., com exceção dos dois casos que desenvolveram ascite e tiveram alta entre 19º e 21º dia pós-operatório.

Ao exame endoscópico, verificou-se presença de varizes de pequeno ou médio calibre em cinco (62,5%) dos oito pacientes operados, aos seis meses de evolução pós-operatória, logo antes da esclerose endoscópica das varizes. Adotou-se para avaliar as varizes esofágicas a classificação de Palmer e Brick feita por via endoscópica e que é também empregada no Serviço de Endoscopia do HCFMUSP. Segundo esta classificação as varizes de esôfago podem ser classificadas conforme o seu calibre em 1) de pequeno calibre (calibre menor do que 3mm de diâmetro); 2) de médio calibre (calibre entre 3 e 6mm de diâmetro); 3) de grosso calibre (calibre maior do que 6mm de diâmetro).

Houve evidente melhora do aspecto

do esôfago com desaparecimento das varizes em dois dos cinco pacientes que as apresentavam quando da realização de controle endoscópico feito cerca de um mês após as sessões de esclerose em endoscópica. Nenhum dos pacientes teve recidiva hemorrágica, nem esofagite de refluxo no período de observação.

COMENTÁRIOS

A utilização da variante técnica aqui proposta, soma os pontos positivos da Técnica de Espíndula aos benefícios da funduplicatura à Lind e da reperitonização supracitada, assim:

- 1) A realização de VGP reduz os níveis de acidez gástrica e pepsina e, além disto, a não realização de piloroplastia, dificulta o desenvolvimento de gastrite de refluxo alcalino⁸.
- 2) O emprego de válvula anti-refluxo⁹, previne a possibilidade de esofagite de refluxo que resultaria ainda mais deletéria em virtude da presença de varizes esofágicas.

Além disto, ressalta-se se a importância da reperitonização das seguintes áreas: 1) da porção desnudada da pequena curvatura, com sutura em pontos separados; 2) de 2/3 do seguimento distal, desnudado, do esôfago pela realização de gastroduplicatura à Lind⁹; 3) do retroperitônio, através de sutura contínua da área correspondente ao hilo esplênico e cauda do pâncreas. Esta reperitonização diminui muito a área cruenta, não peritonizada e parece ter influência na redução da intensidade e duração de possível ascite pós-operatória, em virtude da reconstituição da continuidade da serosa peritonial na quase totalidade das áreas em que esta foi incisada.

A presente variante técnica, além de somar as vantagens das técnicas precedentes, evita as desvantagens de uma e outra, a saber:

- a) No procedimento de Espíndula não se faz funduplicatura para evitar a

ocorrência de esofagite de refluxo, nem a reperitonização da porção desnudada da pequena curvatura e da área peritonal correspondente a cauda do pâncreas e hilo esplênico, o que reduziria a possibilidade de transudação ao nível da área cruenta.

- b) Na DAP clássica, como já se discutiu, realiza-se vagotomia troncular que obriga a feitura de piloroplastia, trazendo ainda o risco de hipotonia gástrica, prolongando o período de sondagem nasogástrica, além da possibilidade de desenvolvimento de diarreia e “dumping”.

Cotejando os resultados presente trabalho com estudos semelhantes de outros autores (Tabela 2) verifica-se que os resultados da avaliação clínica

pós-operatória são equivalentes aos obtidos por Raia^{11,12} e melhores que os obtidos por Espíndula⁸ e Chaib³. Isto pode ser explicado pelo fato de que os pacientes do presente estudo e os de Raia¹² eram todos esquistossomóticos com função hepática praticamente preservada, enquanto que entre os operados por Espíndula⁸ e Chaib³ incluíam-se pacientes cirróticos ou ainda, como referido por Chaib³, doentes que por ocasião da internação foram classificados quanto ao estado de sua função hepática como Child B (53,4%) ou Child C (14,8%). No entanto, deve-se considerar que será necessária uma maior casuística para que se chegue a conclusão definitiva.

As maiores virtudes da técnica descrita neste trabalho são: 1) relativa

facilidade de execução técnica; 2) baixo índice de complicações pós-operatórias aliada a alimentação precoce por via oral, facilitando deste modo a boa recuperação clínica; 3) menor possibilidade de contaminação intra-operatória em razão da não abertura do esôfago e/ou estômago.

Todos os pacientes do presente estudo reintegraram-se a sua vida social e profissional normal. Estes pacientes tem seguimento entre seis meses e dois anos, devendo portanto decorrer um maior tempo para melhor avaliação dos resultados ora apresentados. No entanto, em vista da similaridade desta variante técnica com as demais técnicas descritas, está praticamente assegurado um bom resultado a médio e longo prazo para estes pacientes.

TABELA 1
Resultados

Idade	Sexo	Ascite		Child		Hb g%	Varizes de esôfago			Seguimento	
		Pré-Op.	Pós-Op.	Pré-Op.	Pós-Op.	Pré/Pós-Op	Pré-Op.	Pré Escler	Pós Escler		
Obs. 1	41	M	-	-	A	A	13,8/13	g	p	-	24 meses
Obs. 2	53	M	-	-	A	A	12,1/13	g	-	-	18 meses
Obs. 3	44	M	-	-	A	A	13,2/14	g	-	-	16 meses
Obs. 4	19	F	+ / + + + +	+ / + + + + *	B	B-A	7,9/11,8	g	p	p	12 meses
Obs. 5	33	F	-	-	A	A	12/12	g	m	p	12 meses
Obs. 6	27	F	-	-	A	A	11,2/11,5	g	-	-	10 meses
Obs. 7	35	M	-	-	A	A	12,3/12	g	p	-	8 meses
Obs. 8	32	M	+ / + + + +	+ / + + + + *	B	B-A	7,5/13,8	g	m	p	6 meses

Legenda:

Obs: Observação

* = Ascite que desapareceu entre 3 e 4 semanas de pós-operatório

M = Masculino

F = Feminino

p = Varizes de pequeno calibre (-3mm de diâmetro)

m = varizes de médio calibre (de 3 a 6mm de diâmetro)

g = varizes de grosso calibre (> 6 mm de diâmetro)

pré-op. = pré-operatório

pós-op. = pós-operatório

TABELA 2
RESULTADOS – ESTUDO COMPARATIVO

	Presente Trabalho	Espíndula (1978)	Chaib (1982)	Raia (1984)
Total	8	13	88	32
Nº de pacientes - Esquistossomose	8	5	78	32
Cirrose	-	8	10	-
Mortalidade pós-op. até 3 meses	-	2 (25,3%)	3 (3,4%)	-
Mortalidade pós-op. após 3 meses	-	-	2 (2,2%)	-
Tempo de seguimento	6m – 2a	6m – 5a	1a - 7a	2 – 5 anos
Nº de pacientes com seguimento	8	*	50	20
Recidiva de sangramento	-	.*	6 (12%)	4 (12,4%)
Ascite p.o. 2 (25%)	N.R.	43 (48,8%)	2 (6,25%)	-
Ascite após 3 meses	-	N.R.	22 (25%)	-
Varizes de esôfago no pós-op.	5 (62,5%) pré escl. 3 (37,5%) pós-escl.	N.R.	34 (68%)	N.R.
Icterícia pós-op.	-	N.R.	2 (2,2%)	-
Insuficiência hepática pós-op.	-	1 (7,6%)	2 (2,2%)	-
Abscesso subfrênico	-	-	4 (4,5%)	-
Evisceração	-	-	13 (14,7%)	-
Hérnia incisional	-	1	-	-

Legenda:

Pré-escl. = antes da esclerose endoscópica das varizes

Pós-escl. = após esclerose endoscópica das varizes

* = mais de 50% dos pacientes tiveram pouco tempo de seguimento

p.o.i. = pós-operatório imediato

N.R. = Não referido

SUMMARY

ROCHA, J.R.M. - Bleeding varices of the esophagus: treatment by desvascularization of the esophagogastric junction. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo,

The usual techniques of esophago-gastric desvascularization associated with splenectomy are reviewed and a new one presented. It is variant of EGDS technique described by Espíndula (1978) with the following modifications: A) In order to get a possible reduction of the transudation at the dissected area, on reperitonize: 1) the lesser curvature of stomach, naked during proximal gastric vagotomy (PGV); 2) the

area of peritoneum concerning splenic hilum and tail of pancreas; 3) the dissected area of distal esophagus, performing a fundoplication (Lind, 1965) that also serves to obtain a good anti-reflux procedure.

The EGDS was complemented with endoscopic sclerosis of varices, three to six months after operation.

On consider that endoscopic sclerosis substitutes the surgical suture of the varices and reduces the surgical time and morbidity.

From 1987 to 1989, eight patients with esophageal varices and gastrointestinal bleeding secondary to mansonic schistosomiasis were operated upon. Based on Child classification, two of these patients (25%) were grade B, six (75%) were grade A. None of the patients had post-operative esophageal bleeding or reflux esophagitis. There was no mortality. Two patients had postoperative ascitis that disappeared with clinic measures.

The patients were followed by a period between six months to two years.

DESCRIPTORS: Portal hypertension. Esophageal varices. Surgical treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOEREMA, I. - Bleeding varices of the esophagus in cirrhosis of the liver and Banti's syndrome. *Arch. Chir. Neerl.*, I: 253, 1949.
2. CHAIB, S.A. - Tratamento cirúrgico das varizes do esôfago. *Rev. Ass. Méd. bras.*, 21:375, 1975.
3. CHAIB, S.A.; LESSA, S.L.; CECCONELLO, I.; FELIX, V.N. & CHAIB, E. - Bloqueio total de circulação azigoportal por via transgástrica nas varizes sangrantes do esôfago. *Rev. Paul. Med.*; 100:4, 1982.
4. CHAIB, S.A. LESSA, S.L.; CECCONELLO, I.; FELIX, V.N. & CHAIB, E. - A new procedure for the treatment of bleeding esophageal varices by transgastric azigo portal disconnection. *Int. Surg.*, 68:353, 1983.
5. CHILD, C.G. & TURCOTTE, J.G. - Surgery and portal hypertension. In: CHILD, C.G. (ed.) - *The liver and portal hypertension*. Philadelphia, Saunders, 1964.
6. CRILE, Jr. G. - Transesophageal ligation of bleeding esophageal varices. *Arch. Surg.*, 61:654, 1959.
7. DEGNI, M. & LEMOS TORRES, V. - Rational basis of a new Technique for the treatment of portal hypertension. *Bull. Soc. Internat. Chir.*, 22:3, 1963.
8. ESPÍNDULA, O.L.B. - A desvascularização gastroesofágica no tratamento das hemorragias provocadas por varizes do esôfago. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 5:259, 1978.
9. LIND, F.J.; BURNS, C. & MAC DOUGALL, T.J. - "Physiological" repair for hiatus hernia. Manometric study. *Arch. Surg.*, 91:233, 1965.
10. PALMER, E.D. & BRICK, I.B. - Correlation between the severity of esophageal varices in cirrhosis and the propensity toward hemorrhage. *Esophageal varices and hemorrhage. Gastroenterology*, 30:85, 1956.
11. RAIA, S. - Varizes sangrantes do esôfago; tratamento de urgências pela técnica de Vasconcellos I na esquistossomose. São Paulo, 1965 (Tese - Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo).
12. RAIA, S. MIES, S & MACEDO, A.L. - Surgical treatment of portal hypertension in schistosomiasis. *World J. Surg.*, 8:738, 1984.
13. RAIA, S, SILVA, L.C., GAYOTTO, L.C.C. FORSTER, S.C.; FUKUSHIMA, J. & STRAUSS, E. - Portal Hypertension in schistosomiasis: A long-term follow-up of a randomized trial comparing three types of surgery. *Hepatology* 20(4):398-403, 1994.
14. VASCONCELOS, E. - Terapêutica cirúrgica da hipertensão portal. *Rev. Paul. Med.*, 45:577, 1954.
15. WARREN, W.D.; ZEPPA, R. & FOMAN, J.J. - Selective transplenic decompression of gastroesophageal varices by distal splenorenal shunt. *Ann. Surg.*, 166:437, 1967.
16. WELCH, C.S. - Ligation of esophageal varices by transabdominal route. *New Engl. J. Med.*, 255:677, 1956.