

UNICAMP

MUCOSECTOMIA ESOFÁGICA VERSUS ESOFAGECTOMIA: COMPARAÇÃO DE RESULTADOS CIRÚRGICOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP NOS ÚLTIMOS 15 ANOS



FAPESP

Gustavo Carvalho de Oliveira; Luiz Roberto Lopes; Nelson Adami Andreollo

Departamento de Cirurgia. Equipe de Moléstias do Aparelho Digestivo, Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111 Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

O tratamento do megaesôfago avançado não é consensual, com uso de técnicas diversas, como a esofagectomia subtotal com confecção de tubo gástrico, a esofagectomia com reconstrução do trânsito com uso do cólon, cirurgia de Serra-Dória (cardioplastia e gastrectomia parcial em Y-de-Roux), dentre algumas outras tentativas já realizadas

Na década de 90, Aquino JLB et al, após estudos preliminares em cães e, posteriormente, em cadáveres, passaram a realizar uma nova modalidade terapêutica para o megaesôfago avançado, a mucosectomia esofágica. Nesse método se retiram a mucosa e a submucosa do esôfago, por meio da sua invaginação completa, através de via cervico-abdominal combinada, sem toracotomia e conservando por inteiro a túnica muscular esofágica. Desse modo, é realizada profilaxia de lesões mucosas pré-neoplásicas e se evitam as complicações da dissecação e do descolamento do esôfago no mediastino, sendo uma alternativa à esofagectomia. A equipe de gastrocirurgia do Hospital de Clínicas da Unicamp passou a adotá-la há cerca de 15 anos, sem abandonar, contudo, a esofagectomia. Os resultados cirúrgicos dessas duas modalidades ainda não foram diretamente comparados, dessa forma este trabalho objetiva uma comparação direta dos resultados cirúrgicos entre essas duas modalidades, nos últimos 15 anos, no Hospital de Clínicas da Unicamp, usando parâmetros que levam em conta resultados cirúrgicos imediatos e tardios, a depender do tempo de seguimento do doente.

- a) Tempo cirúrgico (n total=37). Esofagectomia: 310,2 minutos Mucosectomia: 279,7 minutos (p>0,05)
- b) Tempo de internação em UTI (n total=33). Esofagectomia: 5 dias Mucosectomia: 2,53 dias (p<0,05)
- c) Tempo de internação total (n total=33). Esofagectomia: 24,25 dias Mucosectomia: 20,76 dias (p>0,05)
- d) Tempo de internação após a cirurgia (n total=33). Esofagectomia: 19,05 dias Mucosectomia: 14,94 dias (p>0,05)
- e) Presença de complicações intra-operatórias (n total=40).. Esofagectomia: 65% Mucosectomia: 18% (p<0,05)
- f) Presença de complicações no pós-operatório hospitalar (n total=40).. Esofagectomia: 65% Mucosectomia: 35% (p>0,05)

Na avaliação pós-operatória, dez pacientes foram entrevistados, obtendo-se escores excelentes, com média de 8,8 pontos na esofagectomia (n=5 pacientes) e 8,8 pontos na mucosectomia (n=5 pacientes), mostrando-se bom resultado cirúrgico tardio. (com pelo menos um ano de seguimento, média de 5,36anos).

comparada com relação a uma técnica de sutura mecânica ou manual; também sem significado estatístico, a técnica mecânica teve menor relação com deiscência de anastomoses (20% contra 33% num total de 30 pacientes avaliados e pareados). Na avaliação tardia em si, os resultados também foram ótimos, com 92% dos pacientes relatando grande melhora na sintomatologia,³ a exemplo do que foi descrito no presente trabalho.

As esofagectomias tiveram um índice significativamente maior de complicações cirúrgicas, conforme já demonstrado nos resultados, além de maiores médias de tempo cirúrgico, tempos de internação total, em UTI e após a cirurgia. As complicações mais frequentes foram as pleurais (lesões e derrames), ocorrendo em 52% das cirurgias. O maior tempo de cirurgia em decorrência da maior manipulação tóraco-abdominal para sua realização explica o elevado índice de complicações se comparada à mucosectomia esofágica. Contudo, o pós-cirúrgico, apesar da maior permanência hospitalar, é satisfatório e tão bom quanto o da mucosectomia, como já mostrado.

Tomashich e cols, 2003, encontraram complicações no pós-operatório de 39,3% e letalidade de 13,7%¹³. Braghetto e cols, 2005, obtiveram 33,3% de complicações precoces no pós operatório e 22% de complicações tardias⁵. Tinoco e cols, 2007, avaliou a técnica cirúrgica da esofagectomia, obtendo tempo médio de permanência hospitalar de 6,9 dias, mortalidade em 30 dias de 5,6% e onze casos de lesões pleurais, nas 64 cirurgias avaliadas 21. Ainda nesse trabalho, os autores avaliaram o índice de incidência de fistulas cervicais, que foi de 14%, demonstrando que a anastomose esôfago-gástrica apresenta um índice de complicações nos diversos Serviços Médicos.

Crema e cols, 2009, demonstraram excelentes resultados cirúrgicos no tratamento de 60 casos de megaesôfago avançado por esofagectomia via laparoscópica⁸. O tempo médio de cirurgia nesse trabalho foi de 160minutos, houve ausência de mortalidade e um total de 20% de complicações, sendo as mais frequentes hemopneumotórax, disfonia e fistulas cervicais. Aquino e cols, 2007 avaliaram o tratamento do megaesôfago recidivado, por técnicas diversas, obtendo na esofagectomia, uma morbidade de 50% (4 pacientes) e dois óbitos (25% do estudados)². Comparando-se com a mucosectomia, os resultados foram inferiores neste trabalho.

Como se percebe, a esofagectomia tradicional é uma cirurgia com um nível de morbidade normalmente superior a 20%, e em alguns casos, com mortalidade. Alternativas têm sido tentadas recentemente, como a mucosectomia esofágica e a esofagectomia por videolaparoscopia. Os resultados têm se mostrado melhores, embora o tratamento do megaesôfago avançado seja sempre não consensual. O resultado final, quando avaliamos clinicamente o doente, parece muito bom tanto na esofagectomia quanto na mucosectomia. As grandes vantagens para o doente e para o Serviço de Saúde são o menor índice de complicações, menor tempo cirúrgico e menores tempos de internação em UTI e hospitalar total. O uso dessa técnica requer bom treinamento e em alguns pacientes, ela se mostrou de difícil execução, especialmente se em alguma cirurgia anterior e/ou muitas aderências no órgão.

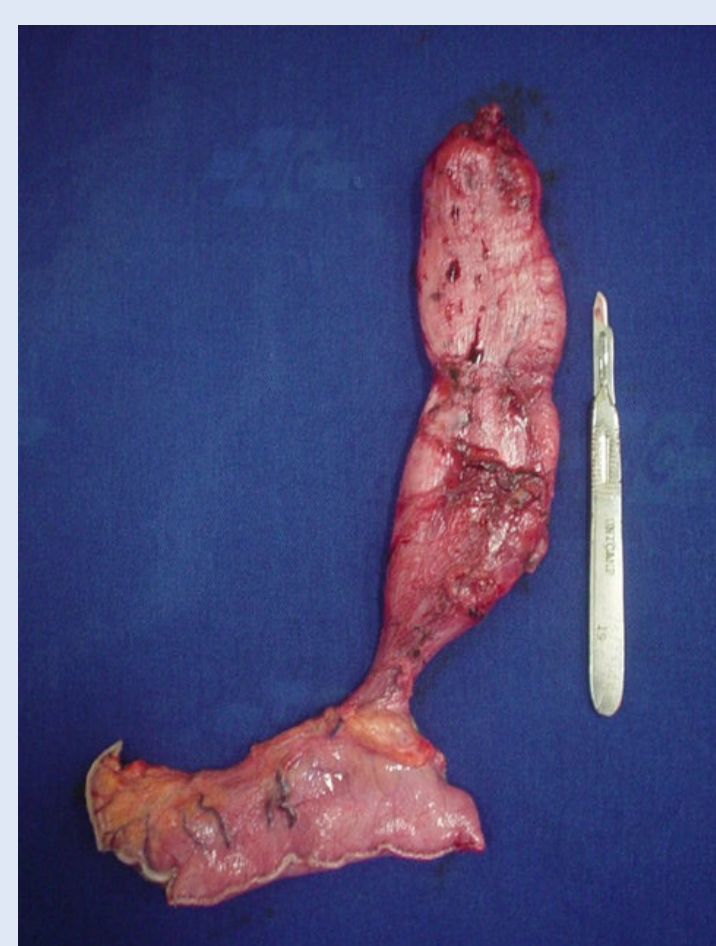


Foto 1: Esofagectomia (HC/Unicamp)



Foto 2: Mucosectomia esofágica (HC/Unicamp)

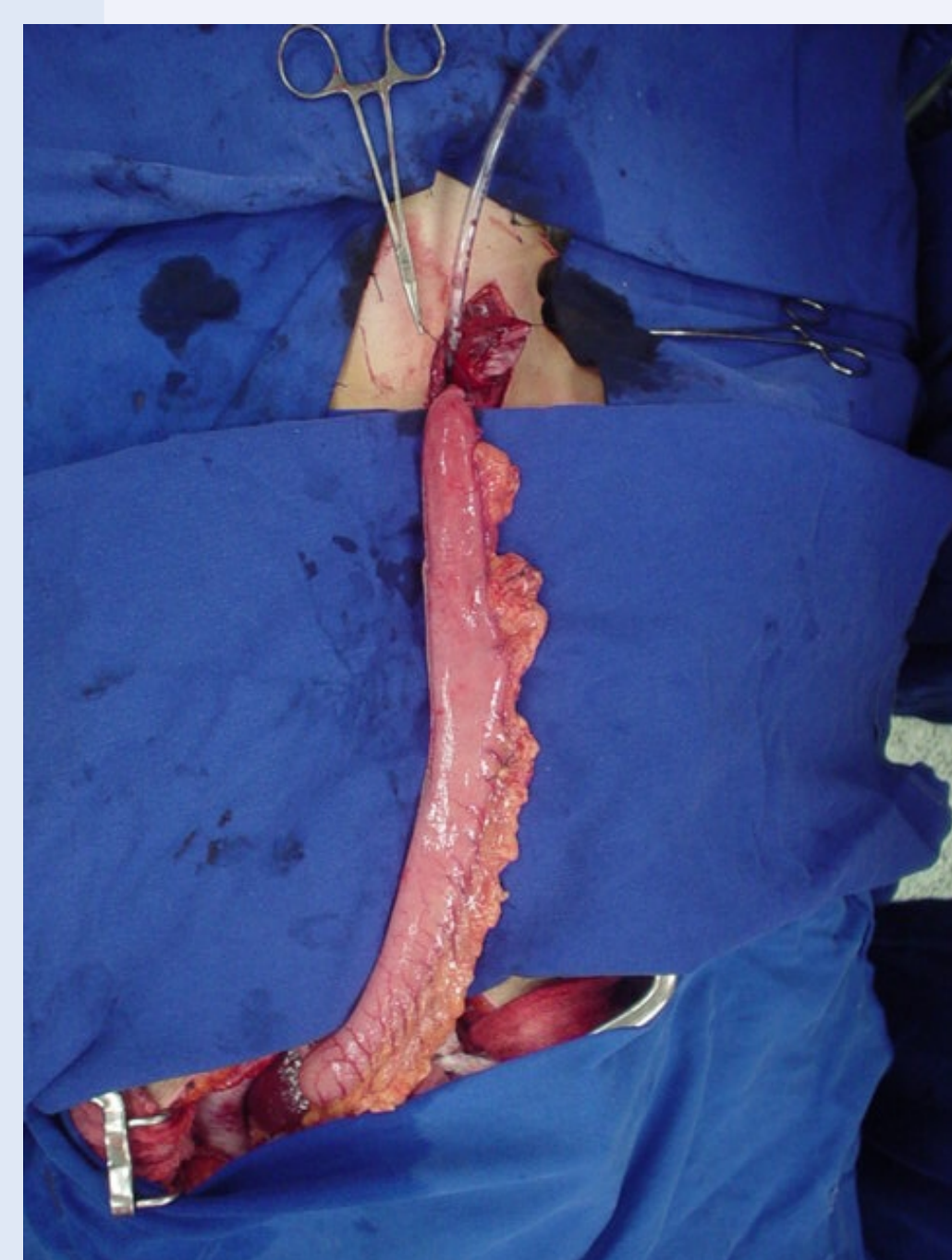
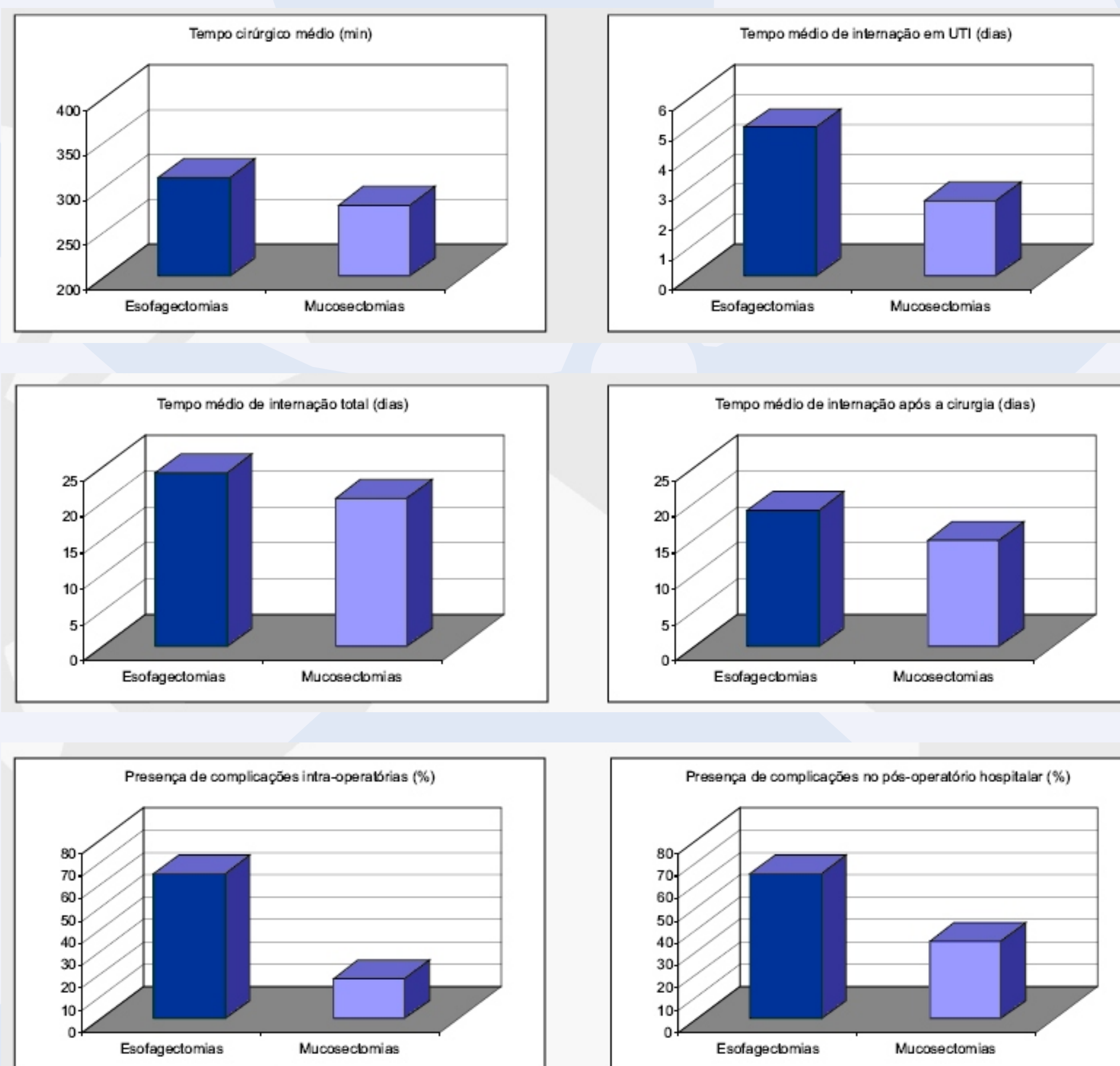


Foto 3: Tubo gástrico (HC/Unicamp)



DISCUSSÃO

A comparação das duas modalidades cirúrgicas no tratamento do megaesôfago avançado demonstrou que a mucosectomia possui resultados melhores em relação à esofagectomia, com menor índice de complicações, menor tempo cirúrgico e menores tempos de internação total, em UTI e após o procedimento, sendo as complicações intra-operatórias e o tempo de internação em UTI significativamente relevantes. Para avaliar se uma amostra maior que a utilizada (n=33 e n=37) nos itens de tempos médios seria estatisticamente significativa, foi feito o simples experimento de dobrar as amostras, fazendo-se uma duplicata de todos os valores, alcançando-se hipotéticos valores de n=66 e n=74 cirurgias. Com esses números, os itens, antes sem significado estatístico, passaram a ter um p<0,05 ou limiar (0,06), ao ser refeito o teste t de student. Isso nos faz acreditar que com um número maior de cirurgias, a mucosectomia esofágica seja estatisticamente melhor que a esofagectomia em todos os itens avaliados neste trabalho.

Outros trabalhos mostraram índices de complicações inferiores aos usualmente encontrados nas esofagectomias. Aquino e cols mostraram bons resultados com a mucosectomia^{2,4}. Em 60 cirurgias avaliadas, foram 18,3% de complicações registradas, além de dois óbitos (3,3%)⁵. O tipo de complicação mais frequentemente encontrado nas mucosectomias foram as complicações com a anastomose esôfago-gástrica, ocorrendo em cinco casos, 29%, até mais do que nas esofagectomias (quatro casos, 17%); contudo, com p>0,05. Trata-se de uma anastomose, sabidamente, de difícil confecção, nas duas modalidades cirúrgicas e, embora não haja diferença estatisticamente relevante entre os resultados nas duas modalidades, há uma discreta tendência de que a não retirada do esôfago, se relacione a um percentual um pouco maior de fistulas e alguns casos de estenose.

Porém, como já demonstrado, o resultado pós-cirúrgico é semelhante nas duas cirurgias. A avaliação tardia das mucosectomias também já foi avaliada por Aquino e cols^{2,3,4} e, inclusive, a anastomose cervical já foi

CONCLUSÃO

A mucosectomia esofágica se mostrou vantajosa com relação ao pós-operatório imediato, com menor média de: tempo cirúrgico, tempos de internação total, em UTI e após a cirurgia e menor índice de complicações. As complicações no intra-operatório e o tempo de internação em UTI foram significativamente menores (p<0,05). No pós-operatório tardio, o resultado é muito bom nas duas cirurgias. Dessa forma, a mucosectomia se mostrou uma opção superior à esofagectomia, pois possui menor morbidade e menos custos adicionais com internação hospitalar, suporte às complicações cirúrgicas e unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. ANDREOLLO, N.A.; LOPES, L.R.; BRANDALISE, N.A.; LEONARDI, L.S. *Acalasia idiopática do esôfago: análise de 25 casos*. GED. 1996; 15: 151-155.
2. AQUINO, J.L.B. Neto, J.A.R., Muraro CLPM et al. *Mucosectomia esofágica no tratamento do megaesôfago avançado: análise de 60 casos*. Rev Col Bras Cir. 2000; 27:109-116.
3. AQUINO, J.L.B. *Avaliação da anastomose esofagagástrica cervical com sutura mecânica em pacientes com megaesôfago avançado*. Rev. Col. Bras. Cir. 2005, vol. 32, no. 3, pp. 143-146.
4. AQUINO, J.L.B.; SAID, M.M.; FERNANDES, P.R. *Avaliação tardia da mucosectomia esofágica com conservação da túnica muscular em pacientes com megaesôfago avançado*. Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34: 9-15.
5. BRAGHETTO, I.M., Gonzalo C.H., Patricio B.P. et al. *Esofagectomia por cirurgia mini-invasiva via toracoscópica ou laparoscópica: indicações e resultados*. Rev Chil Cir. 2005; 57: 118-126.
6. CENEVIVA, R.; FERREIRA-SANTOS, R.; SANTOS, J.S.; MENTE, E.D.; SANKARANKUTTY, A.K. *Alterações cronológicas do perfil dos pacientes e da modalidade de tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico*. Acta Cir. Bras. 2002; 17: 125-128.
7. COELHO, J.C.U. *Aparelho Digestivo - Clínica Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Medsi, 2ª edição, volume 1, 1996.
8. CREMA, Eduardo et al. *Esofagectomia transhiatal laparoscópica para o tratamento do megaesôfago avançado: análise de 60 casos*. Rev. Col. Bras. Cir. 2009; 36: 118-122.
9. LOPES, L. R.; OLIVEIRA, G. C.; ANDREOLLO, N. A.; COELHO NETO, J. S.; BRAGA, N. S. *Fatores Associados a Melhores ou a Piores Resultados no Tratamento Cirúrgico do Megaesôfago (Chagásico ou Idiopático) no Hospital de Clínicas da UNICAMP de 1989 a 2005*. In: XXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia, 2007, Belo Horizonte.
10. MASCARENHAS, L. G., CÂMARA-LOPES, L.H., JUREMA B., FERREIRA-SANTOS, R. *Padronização técnica da radiologia do megaesôfago*. Belo Horizonte: X Congr Bras Gastroenterol, 1958.
11. OLIVEIRA, G. C.; LOPES, L.R.; ANDREOLLO, N.A.; COELHO NETO, J. S. *O megaesôfago tratado cirurgicamente: perfil epidemiológico dos pacientes operados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas entre 1989 e 2005*. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41: 183-188.
12. TINOCO, R.C et al. *Esofagectomia laparoscópica transhiatal: resultados imediatos*. Arq. Gastroenterol. 2007; 44: 141-144.
13. TOMASICH, F.D.S. VALLADARES, G.C.G. DEMARCHI, V.C.A et al. *Complicações e letalidade hospitalar da esofagectomia com linfadenectomia em dois campos: estudo de 132 casos*. Acta Oncol Bras. 2003; 23: 375-387.

O método foi um levantamento retrospectivo dos prontuários de pacientes operados por megaesôfago avançado nos últimos 15 anos. Foram avaliados: tempo de cirurgia; tempo de internação em UTI; tempo de internação em pós-operatório e tempo de internação total; presença de SIRS; sepse; estenose de anastomoses, fistulas, complicações pulmonares e lesões de estruturas, com destaque para as do mediastino.

A avaliação tardia foi feita por entrevista, mediante uso de escore padronizado e utilizado por Aquino JLB et al em 2007, cujo valor máximo é dez.

Os métodos estatísticos utilizadas para testar os dados coletados foram o teste do Qui-Quadrado (comparação de presença de complicações) e o teste t de student na comparação de médias com erro máximo admitido de 5%.

RESULTADOS

Foram levantados 40 prontuários, sendo 23 esofagectomias e 17 mucosectomias. Os achados foram os que se seguem, comparando-se médias.