

Relato de Caso em Cirurgia Geral

Tratamento da hérnia paraesofágica associada ao volvo gástrico: relato de caso e revisão bibliográfica



Leonardo Landim Fernandes, Augusto Virgílio Fraga de Gaffga, Alexsandro da Silva Sousa, Laís Gomes de Paula Vicente dos Anjos, Lucas Bohana Caria, Jéssica Souza Fraga

Palavras-chave: volvo gástrico, hérnia paraesofágica, gastroplastia de Collis

RELATO DE CASO

M.N.S., masculino, 34 anos, natural e procedente de Itabuna-Bahia, com história de tratamento cirúrgico de doença do refluxo gastroesofágico há 06 anos, evoluindo com recidiva dos sintomas e apresentando hérnia paraesofágica, sendo reoperado há 01 ano e 4 meses, com correção de hérnia de hiato e aplicação de tela. Foi admitido na emergência do Hospital Santa Izabel, devido ao novo quadro de disfagia e vômitos borráceos há 05 dias.

Ao exame, encontrava-se em bom estado geral, corado, emagrecido, afebril, eupneico e normoárdico. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações significativas. Abdômen era plano, flácido e completamente indolor a palpação.

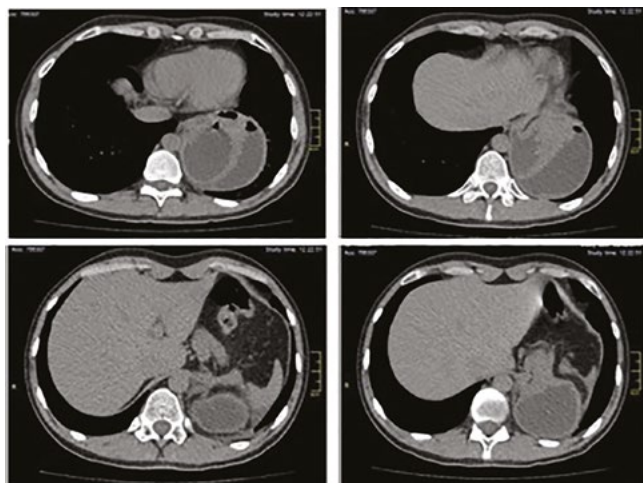


Figura 1 - Tomografia de abdômen sem contraste evidenciando volumosa hernia paraesofágica.

Foi realizada tomografia de abdômen que evidenciou grande deslocamento do estômago para o tórax

(Figura 1). Realizado estudo contrastado do esôfago-estômago-duodeno com evidência de hérnia hiatal paraesofágica (Figura 2). Submetido à endoscopia digestiva alta com achado sugestivo de volvo gástrico sem sinais de sofrimento de mucosa, presença de alargamento do hiato diafragmático e com fácil transposição do endoscópio para o duodeno. Foi realizada a tentativa de passagem de sonda nasoenteral pelo volvo gástrico, durante procedimento endoscópico, porém, devido à tortuosidade do trajeto, não foi possível posicionamento da sonda em local adequado. Então, foi iniciado suporte nutricional por via parenteral por cateter central de inserção periférica.

Foi optado pela abordagem cirúrgica sendo observado no intraoperatório volumosa hérnia hiatal, com aproximadamente dois terços do estômago na caixa torácica. Além disso, foi observado presença de tela bem posicionada, incorporada ao diafragma. Realizado gastroplastia pela técnica de Collis, com ressecção completa do saco herniário e confecção de nova válvula antirrefluxo por técnica de Nissan modificada e fixação do corpo gástrico à parede abdominal.

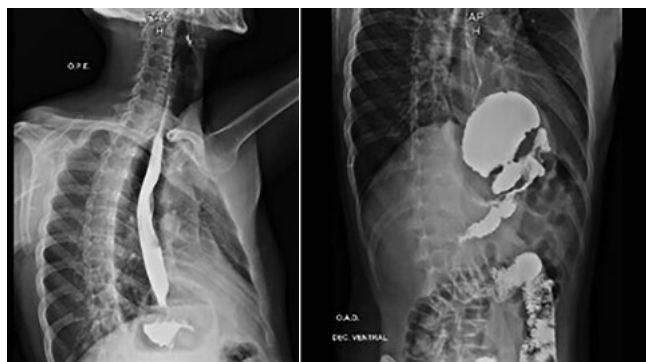


Figura 2 - Estudo contrastado esôfago-estômago-duodeno evidenciando hérnia paraesofágica com presença de estômago contrastado intratorácico.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O volvo gástrico é definido como uma torção anormal do estômago, em torno do seu próprio eixo, podendo levar à obstrução do lúmen, com consequente necrose e perfuração. Os índices de mortalidade relacionados ao quadro agudo estão entre 30-50%, demonstrando a importância do diagnóstico e tratamento precoces¹.

Por etiologia, o volvo gástrico pode ser classificado em primário ou secundário. A forma primária geralmente está associada à frouxidão dos ligamentos de sustentação do estômago. O volvo secundário pode ocorrer por vários fatores: eventração do diafragma, aderências abdominais, paresia de nervo frênico, ruptura traumática de diafragma ou anormalidades esplênicas.

Clinicamente, o volvo gástrico pode se apresentar como síndrome de abdome agudo ou com sintomas gastrointestinais crônicos inespecíficos. À admissão, a sintomatologia dependerá de vários fatores, como idade do paciente, progressão da doença, grau de rotação e a presença de sinais de complicação (necrose, perfuração). A tríade de Borchardt's, classicamente associada aos quadros de volvo gástrico, é caracterizada por dor epigástrica contínua com distensão abdominal, vômitos e dificuldade de progressão da sonda nasogástrica. Ressalta-se que apenas 75% dos pacientes afetados por essa patologia manifestam a tríade.²

O diagnóstico precoce do volvo gástrico envolve principalmente um alto índice de suspeição e a utilização de exames de imagem comprobatórios³. O uso de radiografia simples ou contrastada de tórax e abdome pode mostrar a presença de bolha gástrica dentro do compartimento torácico⁴, visto que a presença de hérnias diafragmática e hiatal são associações comuns com quadros de volvo gástrico³. O uso de tomografia computadorizada para diagnóstico desses casos se tornou comum após a disseminação do método e tem como vantagem a maior acurácia em relação à radiografia simples⁴. O uso de endoscopia digestiva alta pode auxiliar na avaliação do grau de sofrimento da parede gástrica, além de descomprimir e reduzir o volvo em alguns casos⁵.

A estabilização do paciente, com correção de possíveis distúrbios hidroeletrólíticos, é imperativa³. O volvo gástrico é uma patologia de tratamento eminentemente cirúrgico. As opções de tratamento cirúrgico incluem desde a gastropexia anterior, após a correção do volvo, até, se necessário, gastrectomia parcial ou total, a depender da extensão e do grau de sofrimento da parede gástrica³.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica e frequente que acomete cerca

de 10%⁶ da população geral e corresponde a cerca de 75% das afecções esofágicas, com aumento progressivo de sua incidência ao longo dos anos⁷. O tratamento cirúrgico é definitivo, na maioria das vezes, uma vez que a válvula confeccionada restaura a competência do esfíncter esofágico inferior e a hiato plastia reduz e trata a eventual hérnia hiatal associada. Atualmente não há dúvidas de que o tratamento cirúrgico da DRGE por videolaparoscopia é efetivo e seguro, com taxas de sucesso acima dos 85%⁸, sendo considerado o "padrão-ouro" da videocirurgia. Entretanto, algumas complicações e falhas têm sido descritas no pós-operatório⁹, dentre elas a estenose da junção esofagogástrica, a disfagia devido à hiato plastia muito "apertada" ou fundoplicatura realizada com o corpo gástrico ou ainda migração da fundoplicatura para o tórax por deiscência da hiato plastia.

Após a correção cirúrgica do refluxo gastroesofágico, algumas queixas são comuns, como distensão pós-prandial, dificuldade de eructar e vomitar e, às vezes, disfagia¹⁰. No caso de disfagia persistente, principalmente quando associada à perda de peso ou de disfagia importante também a líquidos, deve ser realizada investigação diagnóstica minuciosa¹¹.

A investigação pós-operatória deve incluir endoscopia digestiva alta e sempre estudo contrastado do trato digestivo alto, devendo-se optar sempre que possível pela realização de cineradiografia do esôfago, estômago e duodeno.

No caso relatado, temos o exemplo de uma das complicações da cirurgia antirrefluxo, o desenvolvimento de hérnia paraesofágica, evoluindo com volvo gástrico. A hérnia paraesofágica apresenta-se em uma idade média de 65-75 anos¹². Acredita-se que a maioria dos pacientes com hérnia paraesofágica é assintomática. Os sintomas que podem surgir são obstrução, pirose ou sangramento. A obstrução na junção gastroesofágica (JEG) ou ao nível do piloro pode ocorrer por torção intermitente do estômago, ao longo de seu eixo. Se a JEG estiver obstruída, o paciente se queixará de disfagia e regurgitação, enquanto a obstrução da saída gástrica produz náuseas, vômitos e dor epigástrica ou torácica. A doença do refluxo gastroesofágico é mais comum na hérnia hiatal deslizante, mas também pode ocorrer na hérnia paraesofágica.

As hérnias hiatais são classificadas em quatro tipos e a tipo III, conhecida como uma hérnia "mista", é uma hérnia paraesofágica e resulta de uma combinação de tipo deslizante tipo I e a hérnia do tipo II¹³. No adulto, a hérnia hiatal paraesofágica é a causa mais comum relatada de volvo gástrico, podendo corresponder a 75% dos casos.¹⁴

A necessidade de correção cirúrgica de hérnias paraesofágicas assintomáticas é controversa. Muitos cirurgiões, citando os influentes estudos de Belsey¹⁵ e Hill¹⁶, defendem o reparo eletivo de todas as hérnias paraesofágicas, independentemente dos sintomas. O raciocínio dessa abordagem é profilático. Um estudo de Stylopoulos et al. revelou que a mortalidade da cirurgia de emergência foi menor do que o esperado (5,4%), e que a probabilidade anual de requerer cirurgia de emergência durante o acompanhamento de uma hérnia paraesofágica foi de 1,1%. Esses achados sugeriram que a espera vigilante era uma estratégia apropriada para hérnias paraesofágicas assintomáticas ou minimamente sintomáticas. Por outro lado, foi indicado reparo cirúrgico para hérnias paraesofágicas sintomáticas.

O advento de opções cirúrgicas minimamente invasivas para a cirurgia abdominal superior levou à aceitação generalizada da abordagem laparoscópica da doença. Quando comparadas com a abordagem aberta, as vantagens da laparoscopia incluem melhor visualização, permitindo uma mobilização mais extensa do esôfago torácico, além de menor morbidade, menor tempo de permanência hospitalar e recuperação mais rápida¹⁷. Várias técnicas têm sido defendidas na literatura durante as eras abertas e laparoscópicas do reparo da hérnia hiatal, incluindo ressecção do saco herniário, mobilização adequada do esôfago torácico, funduplicatura, gastropexia e reforço da crura com uma malha protética¹⁸. Uma ampla revisão da literatura sobre uso de próteses em hiatoplastias foi publicada recentemente por Johnson et al.¹⁹ demonstrando que a recorrência de hérnia paraesofágica foi de 2,6% no grupo com prótese e 15% no grupo sem prótese.

Ambos fatores técnicos e relacionados ao paciente podem afetar a durabilidade da válvula antirrefluxo ou retorno dos sintomas. A principal falha na funduplicatura inclui alterações na confecção da funduplicatura, falha no hiato, hérnia paraesofágica ou deslizamento da válvula de Nissen (54%). Barrett foi o primeiro a descrever a relação entre pacientes com refluxo gastroesofágico e o esôfago curto (ausência de 2-3cm de esôfago intra-abdominal livre de tensão após a completa dissecação do esôfago mediastinal). A presença de um esôfago curto durante o tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico implica em uma maior probabilidade de recorrência. Neste sentido, a técnica descrita por Collis, que utiliza um grampeador para confeccionar um tubo gástrico de 3-6cm no segmento proximal do estômago, associada com uma técnica de funduplicatura, mostrou-se eficiente no tratamento desta condição.²⁰

Assim, observou-se no caso relatado um paciente previamente operado para tratamento de doença do refluxo gástrico esofágico recidivado, tendo sido aplicado tela previamente, que evoluiu com sintomas disfágicos e achado em tomografia de hérnia paraesofágica e de volvo gástrico em endoscopia, sendo optado pelo tratamento à gastroplastia pela técnica de Collis e confecção de nova válvula antirrefluxo por técnica de Nissen, por videolaparoscopia, evoluindo com melhora dos sintomas relacionados ao refluxo e disfagia.

Portanto, conforme se observa na literatura, a escolha do paciente adequado para ser submetido à técnica Collis-Nissen não aumentou a taxa de disfagia, persistência do refluxo ou deiscência de anastomose. Por outro lado, podendo ser benéfica na resolução dos sintomas típicos, relacionados ao refluxo em, aproximadamente, 80% e disfagia em 40% dos pacientes.²⁰

REFERÊNCIAS

1. Hunter JG, Trus TL, Branum GD, et al. – a physiologic approach to laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg*1996;6:673-687.
2. Hainaux B, Sattari A, Coppens E, Sadeghi N, Cadière G. Intrathoracic migration of the wrap after laparoscopic Nissen fundoplication: radiologic evaluation. *AJR Am J Roentgenol*2002;178:859–62.
3. Hallerbäck B, Glise H, Johansson B. Laparoscopic Rosetti fundoplication. *Scand. J. Gastroenterol.* 1995;30 Suppl 208:58-61.
4. Pessaux P, Arnaud JP, Delattre JF, Meyer C, Baulieux J, Mosnier H. Laparoscopic antireflux surgery: ve-year results and beyond in 1340 patients. *Arch Surg.* 2005 Oct;140(10):946-951.
5. Dallemagne B, Weerts J, Markiewicz S, Dewandre JM, Wahlen C, Monami B, et al. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. *SurgEndosc.* 2006;20(1):159-65.
6. Stein HJ, Barlow AP, DeMeester TR, et al. – Complications of gastro-esophageal reflux disease. *Ann Surg* 1992; 216:35-43
7. Ollyo JB, Monnier P, Fontollet C, et al. – The natural history, prevalence and incidence of reflux esophagitis. *Gullet* 1993; 3:3-10
8. Cattet RP, Henry LG, Bieleeld MR – Laparoscopic Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: clinical experience and outcome in 100 patients. *SurgLaparoscEndosc*1996;6:430-433.
9. Collet D, Cadière GB – Conversions and complications of laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Surg*1995;169:622-626.
10. Anvary M, Allen CJ. Prospective evaluation of

dysphagia before and after laparoscopic Nissen fundoplication without routine division of short gastrics. Surg. Laparosc. Endosc. 1996; 6:424-29.

11. Zilberstein B, Ramos AC, Sallet JA, Engel FC, Tanikawa DYS. Esofago gastro fundoplicatura video-laparoscópica por técnica mista. Rev. Col. Bras. Cir. – Vol. XXVI - no6 –345

12. Luketich JD, Nason KS, Christie NA, Pennathur A, Jobe BA, Landreneau RJ, et al. Outcomes after a decade of laparoscopic giant paraesophageal hernia repair. J Thorac Cardiovasc Surg (2010) 139:395–404.10.1016/j.jtcvs.2009.10.005 [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]

13. Jalilvand A, Dimick J, Fisichella PM. Paraesophageal hernias: evaluation and treatment. In: Fisichella PM, Allaix ME, Morino M, Patti MG, editors. , editors. Esophageal Diseases: Pathophysiology to Treatment. London: Springer-Verlag; (2014). p. 83–94.

14. Zaninotto G, Anselmino M, Costantini M, et al. – Laparoscopic treatment of gastro-esophageal reflux disease: indications and results. Int Surg 1995; 80:380-385.

15. Skinner DB, Belsey RH. Surgical management of esophageal reflux and hiatus hernia. Long-term results with 1,030 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 1967; 53: 33–54. [PubMed]

16. Hill LD. Incarcerated paraesophageal hernia. A surgical emergency. Am J Surg 1973; 126: 286–291. [PubMed]

17. Athanasakis H, Tzortzinis A, Tsiaoussis J, Vasilakis JS, Xynos E. Laparoscopic repair of paraesophageal hernia. Endoscopy. 2001;33:590–594 [PubMed]

18. Nason KS, Luketich JD, Quresh I, et al. Laparoscopic repair of giant paraesophageal hernia results in long-term patient satisfaction and a durable repair. J Gastrointest Surg. 2008;12:2066–2077 [PubMed]

19. Johnson JM, Carbonell AM, Carmody BJ, Jamal MK, Maber JW, Kellum JM, DeMaria, EJ. Laparoscopic mesh hiatoplasty for paraesophageal hernias and funduplications. A critical analysis of the available literature. SurgEndosc. 2006; 20: 362-6

20. Weltz, A. S. et al. Patients are well served by Collis gastroplasty when indicated. Surgery, Jun 2017. ISSN 1532-7361.

1- Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestório do HSI.

Endereço para correspondência:

leonardolandimfernandes@gmail.com

