



FÍSTULA DA ANASTOMOSE ESOFAGOGÁSTRICA CERVICAL APÓS ESOFAGECTOMIA: UM PROBLEMA SEM SOLUÇÃO?

CERVICAL ESOPHAGOGASTRIC ANASTOMOSIS FISTULA FOLLOWING ESOPHAGECTOMY: A PROBLEM WITH NO SOLUTION?

Flavio Roberto **TAKEDA**¹, Rubens Aissar **SALLUM**¹, Ivan **CECCONELLO**¹, Sérgio Carlos **NAHAS**¹

DESCRITORES: Esofagectomia. Anastomose Cirúrgica. Fístula.

O tratamento cirúrgico do câncer de esôfago evoluiu muito nos últimos anos. Há 40 anos, a técnica de esofagectomia com linfadenectomia em três campos de dissecação (cervical, torácica e abdominal) proposta por Hiroshi Akiyama em 1981¹, demonstrou aumento de sobrevida dos pacientes com neoplasia de esôfago associado à extensa linfadenectomia, representando atualmente o principal tipo de esofagectomia realizada no Oriente. Entretanto, a taxa de morbidade relacionada ao procedimento cirúrgico era ao redor de 60%, com mortalidade ao redor de 7%¹. Com o advento da cirurgia minimamente invasiva, no final da década de 90, houve diminuição das taxas de complicação pós-operatórias, principalmente as de complicações respiratórias⁶. Com a publicação de estudo prospectivo comparando a técnica de esofagectomia minimamente invasiva híbrida com técnica a convencional (toracotomia e laparotomia) houve comprovação de que a técnica minimamente invasiva poderia ter menor complicações pós-operatórias, seminterferir na sobrevida global⁴.

Em 1977, o Professor Henrique Walter Pinotti propôs no nosso meio a esofagectomia transhiatal, também chamada de transdiafragmática⁵. Com esse procedimento sem toracotomia, houve diminuição das taxas de complicações relacionadas à operação ao redor de 40%⁵. Mais recentemente, realizando o mesmo procedimento com a técnica minimamente invasiva, também houve diminuição ao redor de 20%⁷.

Assim, observamos nos últimos anos melhoria dos resultados cirúrgicos com taxas de complicações aceitáveis¹⁰. Entretanto, quando avaliamos os resultados cirúrgicos, a esofagectomia transtorácica apresenta linfadenectomia mais extensa relacionada a maior número de linfonodos ressecados. Tal fato no passado representava um incremento direto na sobrevida dos pacientes, mas nos dias de hoje, com o advento das terapias neoadjuvantes, essa necessidade de extensa

linfadenectomia passou a ser muito discutível na literatura. O acesso transtorácico¹ permite a ressecção de linfonodos com mediana ao redor 30, ao passo que o acesso transhiatal⁷ convencional alcança 20 linfonodos e a transhiatal laparoscópica 25 linfonodos³.

Entretanto, apesar da implementação de técnicas minimamente invasivas, as taxas de ocorrências de fistula de anastomose esofagogástricas permanecem ao redor de 10-15%⁶, independentemente da técnica empregada (manual, grampeamento circular, grampeamento linear) e algumas manobras cirúrgicas (epiploplastia, reconstrução de pleura e utilização de cola cirúrgica)².

Recentemente, propusemos padronização cirúrgica após esofagectomia de revascularização do tubo gástrico transposto pelo mediastino posterior utilizando-se vasos do pescoço (veia jugular externa e artéria cervical transversa), observando-se melhoria comprovada da perfusão tecidual local, fato que reduziu a ocorrência de 10,4% de fistulas (grupo controle) para nenhuma fistula (grupo com microanastomose)⁸. Cabe aqui ressaltar a dificuldade técnica da avaliação da perfusão tecidual⁹. Afinal, a metodologia empregada deveria ser tecnicamente fácil de aplicar, mais sensível possível e reprodutível, representando ainda um desafio. Provavelmente a ocorrência das fistulas esofagogástricas não estejam somente relacionadas à perfusão tecidual, mas também aos fatores locais como, por exemplo, hiperpressão causada por tosse persistente no pós-operatório e fatores imunogênicos.

Finalmente, a microanastomose vascular cervical (Supercharged Anastomosis For Esophagectomy – SAFE procedure) representa uma nova perspectiva da diminuição da ocorrência de fistulas esofagogástricas após esofagectomia. O próximo passo será identificar quem realmente se beneficiaria do SAFE, comprovado em ensaios clínicos randomizados.



www.facebook.com/abcdrevista



www.instagram.com/abcdrevista



www.twitter.com/abcdrevista

Trabalho realizado no ¹Departamento de Gastroenterologia, Divisão de Cirurgia Digestiva, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Como citar esse artigo: Takeda FR, Sallum RA, Cecconello I, Nahas SC. Arq Bras Cir Dig. 2021(3):e1619. <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1619>

Correspondência:

Flavio Roberto Takeda.
E-mail: flavio.takeda@hc.fm.usp.br

Fonte de financiamento: Nenhum.

Conflito de interesses: Nenhum.

Recebido: 28/07/2021

Aceito: 02/09/2021

REFERÊNCIAS

1. Akiyama H, Tsurumaru M, Kawamura T, Ono Y. Principles of surgical treatment for carcinoma of the esophagus: analysis of lymph node involvement. *Ann Surg.* 1981;194(4):438-46. doi: 10.1097/00000658-198110000-00007.
2. Castro PM, Ribeiro FP, Rocha Ade F, Mazzurana M, Alvarez GA. Hand-sewn versus stapler esophagogastric anastomosis after esophageal resection: systematic review and meta-analysis. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(3):216-21. doi: 10.1590/s0102-67202014000300014.
3. Chevally M, Jung M, Chon SH, Takeda FR, Akiyama J, Mönig S. Esophageal cancer surgery: review of complications and their management. *Ann N Y Acad Sci.* 2020;1482(1):146-162. doi: 10.1111/nyas.14492
4. Mariette C, Markar SR, Dabakuyo-Yonli TS, Meunier B, Pezet D, Collet D, D'Journo XB, Brigand C, Perniceni T, Carrère N, Mabrut JY, Msika S, Peschaud F, Prudhomme M, Bonnetain F, Piessen G; Fédération de Recherche en Chirurgie (FRENCH) and French Esophago-Gastric Tumors (FREGAT) Working Group. Hybrid Minimally Invasive Esophagectomy for Esophageal Cancer. *N Engl J Med.* 2019;380(2):152-162. doi: 10.1056/NEJMoa1805101.
5. Pinotti HW, Pollara WM, Raia AA. Surgical treatment of advanced megaesophagus by sub-total esophagectomy by cervico-abdominal route without thoracotomy with incision of the diaphragm. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 1980;26(10):339-42.
6. Swanstrom LL, Hansen P (1997) Laparoscopic total esophagectomy. *Arch Surg* 1997;132(9):943-7; discussion 947-9. doi: 10.1001/archsurg.1997.01430330009001.
7. Takeda FR, Sallum RAA, Ribeiro U Jr, Ceconello I. Laparoscopic transhiatal esophagectomy in esophageal cancer patients with high-risk post-operative complications. *Dis Esophagus.* 2021:doab022. doi: 10.1093/dote/doab022.
8. Takeda FR, Tutihashi R, Tustumi F, Sallum RAA, de Freitas Busnardo F, Ribeiro U Jr, Ceconello I. Supercharged cervical anastomosis for esophagectomy and gastric pull-up. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;162(3):688-697.e3. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.06.021.
9. Takeda FR Dr, Ceconello I. The complex assessment of anastomosis' perfusion following esophagectomy: Set in stone? *Eur J Surg Oncol.* 2021;47(6):1491-1492. doi: 10.1016/j.ejso.2020.11.010.
10. Vieira FM, Chedid MF, Gurski RR, Schirmer CC, Cavazzola LT, Schramm RV, Rosa ARP, Kruehl CDP. Transhiatal esophagectomy in squamous cell carcinoma of the esophagus: what are the best indications? *Arq Bras Cir Dig.* 2021;33(4):e1567. doi: 10.1590/0102-672020200004e1567.