

Reconstrução microcirúrgica do esôfago cervical nas lesões decorrentes de trauma

GUSTAVO EMILIO LLANO
CABRERA^{1,2,3,4*}



MARIA CAROLINA ANTONY FEITOZA⁵

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0158

INTRODUÇÃO

A reconstrução do esôfago cervical, sempre é um desafio para o tratamento nas lesões por traumas, câncer, perfurações e outras patologias. A utilização da reconstrução microcirúrgica com segmento de jejuno, possibilita o restabelecimento do trato digestório, de forma fisiológica, considerando o diâmetro da alça jejunal compatível com as bocas faríngeas e esofágica, adicionalmente, a possibilidade de manter em posição isoperistáltica.

Especificamente nas sequelas de trauma, com perda do segmento esofágico cervical, a técnica de autotransplantes viscerais revascularizados permite a reparação de forma segura e funcional.

OBJETIVO

Demonstrar o retalho microcirúrgico de jejuno, como adequada opção para o tratamento da perda do esôfago cervical decorrentes do trauma.

MÉTODO

Este estudo foi realizado de forma retrospectiva, analisando 7 operações consecutivas realizadas em um período de cinco anos pelo autor.

Em 2 casos houve trauma por arma de fogo na região cervical, em 1 caso ferimento por arma branca (degola) e em 4 casos perfuração por corpo estranho, evoluindo com fístula e/ou abscessos, que resultou em perda do segmento esofágico cervical. Os pacientes foram operados tardiamente ao trauma, exceto no caso do trauma por arma branca.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Após avaliação e definição da perda segmentar do esôfago cervical, os pacientes com esofagostomia foram preparados para a cirurgia de reconstrução microcirúrgica com jejuno; posicionados em decúbito dorsal, com cervicotomia esquerda, laparotomia mediana supraumbilical, sob anestesia geral (Figura 1).

RESUMO

Introdução: A reconstrução microcirúrgica do esôfago cervical com jejuno é uma das técnicas para reparação dos defeitos resultantes de trauma cervical. Possibilita um restabelecimento fisiológico do trato digestório, isoperistáltico e com diâmetro compatível das bocas esofágicas e jejunal. **Objetivo:** Demonstrar o retalho microcirúrgico de jejuno como opção adequada e segura nas reconstruções na perda do esôfago cervical devido ao trauma. **Método:** No período de 5 anos, 7 pacientes foram submetidos à reconstrução de esôfago cervical com retalho de jejuno, sendo transposto o segmento de jejuno para a região cervical, na posição isoperistáltica, como opção de um neoesôfago. **Resultados:** Não houve perda de nenhum retalho nesta casuística e houve 2 casos de estenose na anastomose do esôfago distal. Não houve nenhum caso de fístula. Todos os pacientes operados voltaram a se alimentar por via oral. **Conclusão:** O emprego do retalho microcirúrgico de jejuno é seguro, reproduzível e eficiente na reconstrução do esôfago cervical decorrente de traumas.

Descritores: Esofagoplastia; Jejuno; Microcirurgia; Reconstrução.

Foi realizado o preparo dos cotos proximais e distais esofágicos, a dissecação do tronco tireolinguofacial na região cervical e no abdome, feito a escolha de um segmento de jejuno há 40cm do ângulo de Treitz, com dissecação dos vasos mesentéricos superiores como pedículo (Figura 2).

Após a transferência do segmento de jejuno para a região cervical, o comprimento do jejuno foi ajustado ao defeito, realizado as anastomoses viscerais termino-terminais com prolene 3-0 (Ethicon) e as anastomoses microvasculares termino-terminais com mononylon 10-0 (w2814 Ethicon) (Figura 3). No abdome, enteroanastomose com caprofyl 3-0 (Ethicon) em 02 planos e o fechamento da parede abdominal por planos (Figura 4).

Não foi utilizado alça do jejuno – monitor em nenhum caso. O período de internação variou de 10 a 21 dias, sendo utilizado clexame 40mg subcutâneo/dia durante a internação e ácido acetilsalicílico 100mg via oral por 7 dias em domicílio. Teste com azul de metileno via oral no décimo pós-operatório, comprovou a presença ou não de fístula e foi liberado dieta líquida via oral (Figura 5).

Os pacientes foram acompanhados por um período de 6 meses.

RESULTADOS

Foram operados 2 pacientes do sexo feminino e 5 do sexo masculino, 6 casos cirurgia tardia e 1 imediata. Não houve perda do retalho nesta casuística, nem a ocorrência de fístulas cervical ou abdominal. Estenose da anastomose no coto distal do esôfago ocorreu em 2 casos (28,5%), tratadas com dilatação endoscópica. Não houve deiscência da ferida operatória cervical, nem abdominal.

Dois pacientes (trauma por arma de fogo) permaneceram com traqueostomia, devido sequela nervosa decorrente do trauma (Figura 6).

¹ Clínica privada.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Brasil.

³ Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, Coroado, Manaus, AM, Brasil.

⁴ Hospital Militar de Área de Manaus, Cachoeirinha, Manaus, AM, Brasil.

⁵ Universidade Nilton Lins, Manaus, AM, Brasil.



Figura 1. Trauma por arma branca.

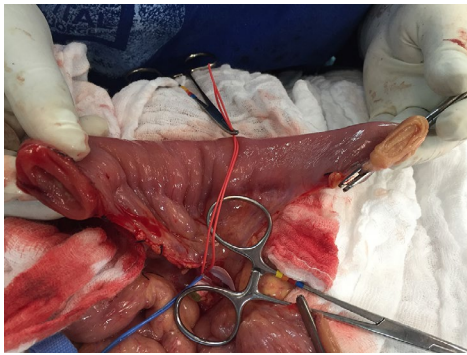


Figura 2. Segmento de jejunum com pedículo isolado.

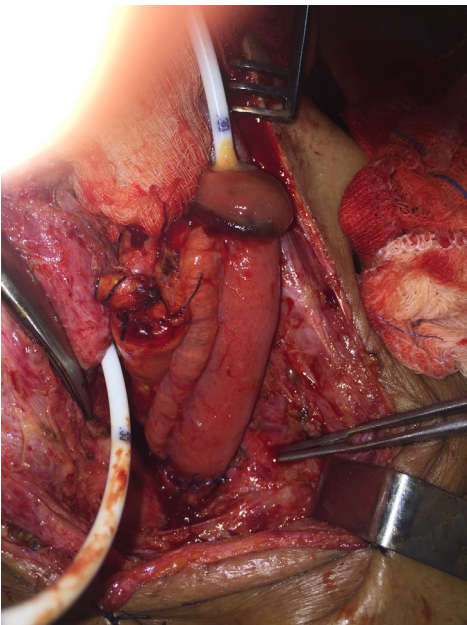


Figura 3. Anastomose visceral distal concluída e vascular idem.

DISCUSSÃO

Existe várias técnicas de reconstrução de esôfago cervical, desde retalhos locais cervicais, transposição do estômago ou segmento de cólon transverso.

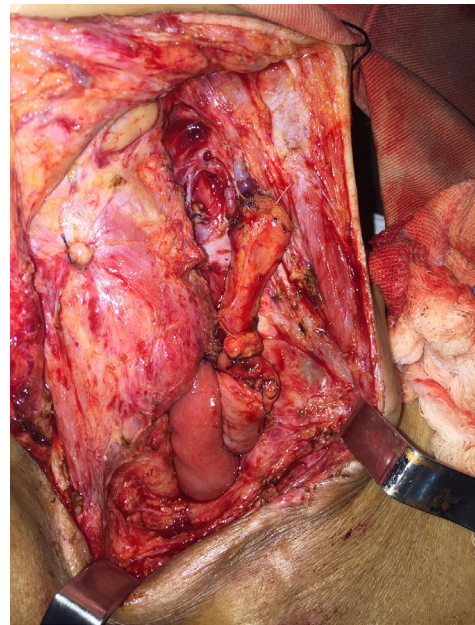


Figura 4. Segmento de jejunum completamente anastomosado.

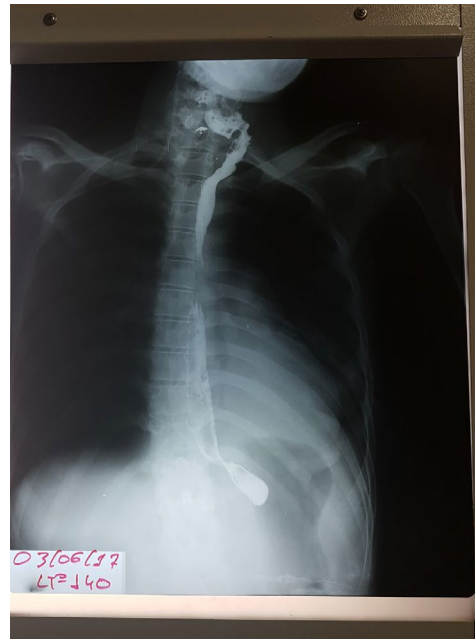


Figura 5. Esofagograma sem fístula.

Considerando a seqüela do trauma, que determina edema, infecções locais, fibrose cicatricial, retração dos cotos esofágicos (não esquecendo a presença de esofagostomia), a dificuldade de isolar os cotos remanescentes e a impossibilidade de aproximação dos mesmos para restabelecer o trânsito digestório, se torna necessário o autotransplante de tecidos revascularizados, seja jejunum, retalho radial antebraquial ou retalho anterolateral da coxa.

A escolha do segmento de jejunum foi feita por ser fisiologicamente bem favorável, considerando o diâmetro das alças e a posição isoperistáltica, que favorece muito a deglutição dos alimentos.



Figura 6. Paciente ao final da cirurgia com traqueostomia.

CONCLUSÃO

O retalho microcirúrgico de jejuno é uma opção segura, fisiológica e reproduzível, nos casos de reconstrução de esôfago cervical, especificamente nos casos de seqüela de trauma.

REFERÊNCIAS

1. Wu CC, Lin PY, Chew KY, Kuo YR. Free tissue transfers in head and neck reconstruction: complications, outcomes and strategies for management of flap failure: analysis of 2019 flaps in single institute. *Microsurgery*. 2014 Jul;34(5):339-44. PMID: 24318866 DOI: <https://doi.org/10.1002/micr.22212>
2. Besteiro JM, Ferreira MC, Tuma Junior P, Bonamichi GT, Aki FE. Free flaps for large reconstructions following tumoral resections in the head and neck. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 1991;46:116-8. PMID: 1843378
3. Nagel TH, Hayden RE. Advantages and limitations of free and pedicled flaps in reconstruction of pharyngoesophageal defects. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014 Oct;22(5):407-13. DOI: <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000081>
4. Carneiro JL, Lage RR, Hara RHA, Cruzeiro CNL, Ferreira CT, Sampaio FD. Reconstrução microcirúrgica de esôfago após acidente cáustico: relato de caso. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(3):50.
5. Zeferino GH, Morais-Besteiro J, Gemperli R, Matos LL, Brandão LG, Cernea CR. Reconstrução faringoesofágica com segmento de jejuno: análise de complicações e resultados funcionais. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2015;44(4):172-177.

*Endereço Autor:

Gustavo Emilio Llano Cabrera

Av Mario Ypiranga, 1620 B, Adrianopolis, Manaus, AM, Brasil.

CEP: 69057-001

E-mail: gustavo.cabrera@terra.com.br