

RELATO DE CASO: PACIENTE JOVEM SUBMETIDO À GASTRECTOMIA PARCIAL ASSOCIADA À TRANSPOSIÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX PARA TRATAMENTO DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO COM ESÔFAGO DE BARRET ULTRA LONGO

PHILIPPI, Bruno¹
TANAKA, Tomaz Massayuki²

RESUMO

Introdução: Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma doença crônica resultado do fluxo retrógrado, de conteúdo gástrico e/ou biliar. Esse refluxo acarreta em substituição do epitélio esofágico normal, por epitélio metaplásico do tipo intestinal, elevando o risco de adenocarcinoma. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, no Brasil, o câncer de esôfago ocupou o sexto lugar entre os homens e o décimo quinto entre as mulheres no ano de 2014, com estimativa de 10.780 novos casos. O diagnóstico de DRGE é estabelecido pela anamnese, exames laboratoriais como endoscopia digestiva alta, manometria do esôfago e pHmetria. Em comparação ao tratamento medicamentoso, a funduplicatura de Nissen reduz o tempo de pH menor que quatro, além de melhorar os sintomas. Transposição gástrica em Y de Roux com Ressecção parcial gástrica é outro método cirúrgico utilizado, visto que suprime a secreção de ácido, interrompe o refluxo, permitindo a interrupção da agressão e evolução para epitélio metaplásico. O presente estudo relata o caso de um paciente jovem submetido à gastrectomia parcial associada à transposição gástrica em Y de Roux, para tratamento de DRGE com esôfago de Barrett ultra longo. **Desenvolvimento:** Paciente do sexo masculino, trinta e três anos de idade, procurou atendimento na Gastroclínica de Cascavel em 2003, relatando sintomas típicos de DRGE. Após nove anos de acompanhamento clínico, dois procedimentos de funduplicatura, o paciente foi submetido à gastrectomia subtotal videolaparoscópica associada à transposição gástrica. **Considerações finais:** Analisando a evolução do paciente diante da técnica utilizada, justifica-se a importância da divulgação e estudo de casos semelhantes.

PALAVRAS-CHAVE: Doença do refluxo gastroesofágico. Esôfago de Barrett. Derivação duodenal. Neoplasia de esôfago.

CASE REPORT: YOUNG PATIENT SUBMITTED TO PARTIAL GASTRECTOMY ASSOCIATED WITH ROUX-EN-Y GASTRIC TRANSPOSITION FOR THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH ULTRA LONG BARRETT'S ESOPHAGUS

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a chronic result of retrograde flow of gastric contents and / or bile. This leads to reflux in place of normal esophageal epithelium by metaplastic epithelium of the intestinal type, increasing the risk of adenocarcinoma. According to the National Cancer Institute in Brazil, esophageal cancer ranked sixth among men and the fifteenth among women in 2014, with estimated 10,780 new cases. The diagnosis of GERD is established by medical history, laboratory tests such as endoscopy, esophageal manometry and pH monitoring. Compared to drug therapy, the Nissen fundoplication reduces pH time less than four, and improve gastric symptoms. Roux-en-Y transposition is another surgical method used, as suppresses acid secretion, stops the reflux, allowing regression of metaplastic epithelium. The present study reports the case of a young patient undergoing partial gastrectomy associated with Roux-en-Y gastric transposition for the treatment of GERD and Barrett's esophagus ultra long. **Development:** A male patient, 21 years old, sought treatment in Cascavel's Gastroclínica at 2003, reporting typical symptoms of GERD. After nine years of clinical follow-up, two fundoplication procedures, the patient underwent laparoscopic subtotal gastrectomy associated with gastric transposition. **Final considerations:** Analyzing the evolution of the patient on the technique used, justified the importance of dissemination and study of similar cases.

KEYWORDS: Gastroesophageal reflux disease. Barrett's esophagus. Duodenal diversion. Esophageal neoplasms.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Federação Brasileira de Gastroenterologia (2011), a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma doença crônica resultado de fluxo retrógrado, tanto de conteúdo gástrico quanto biliar, acarretando uma diversidade de sinais e sintomas esofágicos ou extra-esofágicos, associado ou não a lesões teciduais. Este refluxo acarreta em esôfago de Barrett (EB), caracterizado pela substituição do epitélio esofágico normal, por epitélio metaplásico do tipo intestinal, elevando o risco de adenocarcinoma em 30 a 125 vezes se comparado com a população geral (GOLDMAN, 2009).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014), no Brasil, o câncer (CA) de esôfago é o sexto entre os homens e o décimo quinto entre as mulheres, sendo que em 2014 a estimativa de novos casos foi de 10.780. A alta prevalência de EB, combinada com o aumento do refluxo gastroesofágico, tem colaborado para a incidência elevada de CA de junção gastroesofágica (LAGERGREN *apud* BUTTE, 2010).

Embora apresente elevada taxa de mortalidade e morbidade (2% a 10% e 30% a 50%, respectivamente), tanto para abordagem abdominal quanto torácica, o tratamento padrão da neoplasia de esôfago continua sendo a esofagectomia. Atualmente, as técnicas laparoscópicas se mostraram promissoras, apresentando menores taxas de morbidade pós-operatória (BRIEZ, 2011).

Este estudo teve como objetivo apresentar o caso de um paciente jovem submetido à gastrectomia parcial associada à transposição gástrica em Y de Roux, para tratamento de DRGE com esôfago de Barrett ultra longo, analisando sua sobrevida, cura dos sintomas, estabilização do EB e se houve ou não evolução para adenocarcinoma de esôfago. O presente trabalho se mostra relevante devido à agressividade do tratamento padrão para CA de esôfago, o qual apresenta alta taxa de mortalidade, além de várias comorbidades associadas.

¹ Aluno do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: brunophilippi@gmail.com

² Professor do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz

Portanto, novas abordagens terapêuticas devem ser consideradas com a intenção de prevenir que o EB evolua para adenocarcinoma.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho se encontra em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O relato trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e descritiva realizada de maneira longitudinal, sendo a coleta de dados realizada através da análise do prontuário do paciente, na Gastroclínica de Cascavel. A técnica bibliográfica teve como base científica artigos dos últimos 10 anos encontrados em banco de dados do MEDLINE, PUBMED, BIREME e SCIELO.

2.2 DESCRIÇÃO DO CASO

D.V.S, sexo masculino, trinta e três anos de idade, procurou atendimento na Gastroclínica de Cascavel no ano de 2003. Relatava dor do tipo queimação em região retroesternal, de moderada intensidade, sem irradiação, que melhorava com uso de inibidor da bomba de próton (IBP) e piorava em decúbito dorsal, associada a episódios de regurgitação, geralmente após refeição abundante, rica em alimentos ácidos e gordurosos. Negava náusea, vômito, disfagia e sintomas atípicos de DRGE.

História pessoal de inúmeros tratamentos clínicos antirrefluxo, sem outras comorbidades. História familiar positiva para DRGE e negativa para CA gástrico. Exame físico sem particularidades. Foi solicitado exame de endoscopia digestiva alta (EDA), cujo resultado revelou a presença de hérnia de hiato (HH) grau III, esofagite severa e EB extenso. Optou-se pelo tratamento combinado, através de funduplicatura de Nissen e terapia com IBP por três meses. Apresentou boa evolução clínica durante o pós-operatório, EDA de controle demonstrando regressão de HH e competência de funduplicatura. Permaneceu assintomático durante cinco anos, com diagnóstico e tratamento de *Helicobacter pylori* nesse período, quando retornou referindo pirose após alimentação copiosa e ganho ponderal de 10 quilos. Devido à funduplicatura competente ao exame endoscópico, a terapêutica com IBP foi recomendada.

No ano de 2011 iniciou com disfagia aos alimentos líquidos e sólidos, ao exame de manometria esofágica observou-se hipotonia acentuada do esfíncter esofágico inferior (EEI) e motilidade ineficaz do esôfago. Além disso, evidenciou-se refluxo gastroesofágico misto em monitoramento ambulatorial do pH (pHmetria), epitelização colunar do esôfago distal e funduplicatura frouxa em EDA, associado a metaplasia intestinal incompleta ao exame anatomopatológico. Diante do quadro foi efetuada uma nova funduplicatura, durante a qual notou-se válvula de Nissen totalmente desgarrada com bordos afastados.

No primeiro trimestre de pós-operatório (PO) não houve relato de sintomas típicos, exame endoscópico de controle revelou a presença de esôfago de Barrett longo (C12), cromoscopia com azul de metileno sem áreas não coradas, e metaplasia intestinal à biópsia esofágica. Já no segundo trimestre, desconforto em esôfago cervical foi o único sintoma apresentado. No terceiro trimestre de PO, após quadro de vômito, iniciou com pirose associada à recidiva de desconforto esofágico. Solicitado exame de manometria, o qual evidenciou aperistalse e hipocontratibilidade esofágica, bem como hipotonia acentuada do EEI, além de refluxo gastroesofágico em posição supina à pHmetria. Sendo assim, em abril de 2012, foi submetido à gastrectomia subtotal videolaparoscópica associada à transposição gástrica em Y de Roux. Seguiu com evolução clínica satisfatória no PO, após um ano do procedimento, apresentou perda ponderal de vinte quilos. Endoscopia demonstrou EB de aproximadamente 15 centímetros.

Permanência do padrão histológico e ausência de displasia epitelial no exame histopatológico. Manometria revelou persistência tanto de hipotonia em EEI quanto de motilidade esofágica ineficaz e pHmetria constatou refluxo ácido gastroesofágico em níveis patológicos. No início deste ano, evoluiu com desconforto retroesternal, associado a episódios de odinofagia, tosse seca e alteração no timbre da voz.

Observou-se metaplasia intestinal completa, ausência de epitélio escamoso e de displasia ao exame anatomopatológico, bem como, estabilidade de EB ao exame endoscópico. Desde então, em acompanhamento clínico, referindo episódios pouco frequentes de desconforto esofágico com uso de IBP, sem evolução até o momento para displasia.

3 DISCUSSÃO

O refluxo de pequena quantidade de secreção gástrica no esôfago é um evento fisiológico normal (COELHO, 2006). Muitas vezes, torna-se excessivo, gerando diversos sinais e complicações que são denominadas genericamente de DRGE, sendo a disfunção do EEI a causa mais comum (DOHERTY, 2011).

A DRGE apresenta-se clinicamente com sintomas típicos e atípicos. Sendo pirose e regurgitação ácida sintomas típicos e tosse crônica, sibilos, rouquidão e dor torácica de origem não cardíaca sintomas atípicos (COELHO, 2006).

O diagnóstico se dá com uma cuidadosa anamnese, auxiliada por exames laboratoriais como: EDA, manometria do esôfago e pHmetria. A endoscopia esta indicada para complicações da doença, como esofagite, EB ou estenose. A manometria esofagiana avalia o comprimento, a pressão em repouso e o relaxamento do EEI, além de mostrar a qualidade da peristalse esofágica. A pHmetria, medida do pH do estômago em vinte e quatro horas, possui especificidade e sensibilidade de cerca de 92%, sendo considerado padrão-ouro para o diagnóstico da DRGE (DOHERTY, 2011).

Resultado da lesão causada pelo refluxo gastroduodenal tem-se complicações. Incluindo esofagite, estenose de esôfago distal, esôfago de Barrett, aspiração repetitiva, broncopneumonias recorrentes e fibrose pulmonar progressiva (COELHO, 2006). A presença de hérnia hiatal é um fator importante para o achado de esofagite de refluxo e de esôfago de Barrett (BALBINOT, 2007).

O esôfago de Barrett é definido como a presença histológica de metaplasia intestinal na mucosa esofágica por qualquer extensão (DOHERTY, 2011), uma complicação devido ao refluxo gastroduodenal, o qual induz a modificação do epitélio do esôfago, de escamoso para colunar. A metaplasia é um pré-requisito para o câncer de esôfago. Na atualidade o câncer de esôfago é o terceiro mais frequente das neoplasias malignas gastrointestinais e o sétimo no mundo ocidental (MARTÍN *apud* GONZÁLEZ).

Segundo a Federação Brasileira de Gastroenterologia (2012), para tratamento da DRGE, há indicações clínicas e/ou cirúrgicas. Em pacientes com DRGE (erosiva ou não erosiva), a cirurgia antirrefluxo, em comparação ao tratamento medicamentoso com inibidores da bomba de prótons, reduz o tempo de pH menor que quatro, além de melhorar os sintomas. A técnica utilizada pode ser convencional ou por laparoscopia, ambas operações de funduplicatura, sendo as técnicas de Nissen e Toupet as mais utilizadas.

A funduplicatura de Nissen é o tratamento cirúrgico mais frequentemente aplicado. O esôfago será imobilizado, e a hérnia hiatal, quando presente, reduzida. Depois disso, é utilizado o fundo gástrico para que se produza uma funduplicatura envolvendo toda a circunferência do esôfago distal, criando um mecanismo de válvula (Thoeni *apud* Reibschheid).

Segundo a Federação Brasileira de Gastroenterologia (2012), em pacientes submetidos à cirurgia de Nissen e Toupet, após um ano de acompanhamento, não houve diferença com relação aos sintomas de pirose, regurgitação e outros sintomas típicos e/ou atípicos do refluxo, nem com relação à gravidade dos sintomas pós-operatórios.

Apesar de a efetividade e segurança do procedimento de funduplicatura à Nissen, ainda hoje existem várias complicações no pós-operatório: como recidiva da hérnia, estenose da junção gastroesofágica, migração da válvula e deiscência total ou parcial das suturas, sendo esses achados nem sempre acompanhados de sintomas (REIBSCHEID, 2007).

Baseados na hipótese de que os fatores que precedem o EB e o adenocarcinoma são o refluxo misto de suco gástrico e sais biliares, *Csendes et al.* (2003), realizaram por mais de uma década uma operação que suprime a secreção de ácido gástrico e evita completamente o refluxo duodeno-gástrico. A cirurgia é realizada através de uma vagotomia, seguida de gastrectomia parcial e anastomose em Y de Roux a uma região disfuncional de jejuno. Suas análises sugeriram que nos pacientes em questão, ao suprimir a secreção de ácido e, cessar o refluxo duodeno-gástrico é possível obter uma regressão de epitélio metaplásico não displásico em 58% dos casos, regressão esta que será inversamente proporcional ao tamanho do epitélio colunar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença do refluxo gastroesofágico com evolução para esôfago de Barrett exerce influência sobre o aumento da incidência de adenocarcinoma. O CA de esôfago, principalmente o adenocarcinoma, encontra-se entre os mais frequentes da população brasileira e contribui para o aumento da taxa de mortalidade.

Diante do estudo realizado, concluiu-se que a transposição gástrica em Y de Roux combinada à gastrectomia parcial, demonstra efetividade no tratamento de pacientes acometidos por doença do refluxo e EB. A não evolução para displasia intestinal e melhora dos sintomas é proporcionada pela diminuição da produção gástrica e interrupção do refluxo.

O presente trabalho revela a importância do desenvolvimento de novos métodos cirúrgicos, bem como o aprimoramento de técnicas que já se mostraram efetivas no tratamento de DRGE, com o objetivo de evitar a progressão da metaplasia para adenocarcinoma esofágico, assegurar a melhora da qualidade de vida e reduzir a taxa de mortalidade.

REFERÊNCIAS

BALBINOT, Silvana Sartori et. al. **Hérnia Hiatal, Esôfago de Barret e a gravidade de esofagite de refluxo.** Arquivos Catarinenses de Medicina, vol. 36, número 3, 2007.

BRIEZ, Nicolas, et. al.. **Open versus laparoscopically-assisted oesophagectomy for cancer: a multicentre randomized controlled phase III trial – the MIRO trial.** BMC cancer, 2011.

BUTTE, M. Jean, et. al.. **Cáncer de la union gastroesofágica. Evaluación de los resultados quirúrgicos, sobrevida alejada y factores pronósticos en enfermos con terapia resectiva.** Rev. Méd. Chile vol. 138 Santiago jan, 2010.

COELHO, Júlio Cezar Uili. **Aparelho digestivo- clínica e cirurgia.** 3ª ed. São Paulo: Ateneu, 2006.

CSENDES, Attila et al. **Efecto de la derivación duodenal mediante gastrectomía parcial con anastomosis em Y de Roux sobre la displasia de bajo grado en pacientes con esofago de Barrett corto y extenso.** Rev. Chilena de Cirugía. Vol 55 – N 6, Dezembro 2003; págs. 554-559.

DOHERTY, Gerard M. **Cirurgia diagnóstico e tratamento.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA, et. al.. **Doença do refluxo gastroesofágico: diagnóstico.** Revista Assoc. Med. Brasileira vol. 57 no.5 São Paulo, set-out. 2011.

_____. et. al. **Doença do Refluxo Gastroesofágico: tratamento não farmacológico.** Rev. Associação Medica Brasileira vol. 58 no.1 São Paulo jan-fev 2012

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil – Tratado de Medicina Interna.** 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1154, 2009.

GONZÁLEZ, Martín Miguel Ángel, et. al.. **Cáncer de esôfago, esofagectomía videoassistida.** Revista Cubana Cirugía vol. 50 Ciudad de la Habana jul-set, 2011.

ILIAS, Elias J., KASSAB, Paulo. **Efeito da derivação gástrica no esôfago de barret e na metaplasia intestinal da cárdia em pacientes obesos mórbidos.** Rev. Assoc. Med. Brasileira vol. 54, no.4, São Paulo, jul-ago 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer de esôfago.** Disponível em: <
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago>>

REIBSCHEID, Samuel et. al. **Complicações específicas em pós-operatórios de cirurgia Nissen por via laparoscópica: ensaio iconográfico.** Revista Imagem jul-set 2007.