

Carta ao Editor • ABCD, arq. bras. cir. dig. 34 (03) • 2021 •

<https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1619>

Carta ao Editor

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
CECCONELLO¹, Sérgio Carlos **NAHAS**¹

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

ORCID

Flavio Roberto Takeda - <https://orcid.org/0000-0001-7338-922X>

Rubens Aissar Sallum - <https://orcid.org/0000-0003-1823-0042>

Ivan Ceconello - <https://orcid.org/0000-0002-3535-4170>

Sérgio Carlos Nahas - <https://orcid.org/0000-0002-2268-4146>

Correspondência:

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

DESCRITORES – Esofagectomia. Anastomose Cirúrgica. Fistula.

HEADINGS – Esophagectomy. Surgical Anastomosis. Fistula

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.

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: 10.1097/0000658-198110000-00007.
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. Chevallay 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, Cecconello 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, Cecconello 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, Cecconello 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.

Recebido: 28/07/2021

Aceito: 02/09/2021