

ABCDDV/1045

ABCD Arq Bras Cir Dig  
2014;27(3):228-228

Carta ao Editor

## DISFAGIA APÓS CORREÇÃO DA HÉRNIA DE HIATO

*Dysphagia after hiatal hernia correction*

Bruno **ZILBERSTEIN**, Juliana Abbud **FERREIRA**,  
Marnay Helbo de **CARVALHO**, Cely **BUSSENS**,  
Arthur Sérgio **SILVEIRA-FILHO**, Henrique **JOAQUIM**,  
Fernando **RAMOS**

Trabalho realizado na Gastromed - Instituto Zilberstein, São Paulo, SP, Brasil

### Correspondência:

Bruno Zilberstein  
brunozilb@uol.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 15/02/2013

Aceito para publicação: 22/04/2014

## INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico é condição crônica e frequente que acomete cerca de 10% da população geral<sup>22</sup> e corresponde a cerca de 75% das afecções esofágicas, com aumento progressivo de sua incidência ao longo dos anos<sup>18</sup>. 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 hernia hiatal associada. Trata-se de procedimento antigo, com os primeiros relatos descritos em 1956 por Nissen por laparotomia e em 1991 com as primeiras descrições por laparoscopia feitas por D'Allemagne. O tratamento cirúrgico por via laparoscópica demonstrou ser mais benigno ao longo dos anos, por apresentar melhora importante da dor pós-operatória, menor tempo de internação, retorno mais rápido às atividades e resultados estéticos mais satisfatórios<sup>4,8,13,30</sup>.

Atualmente não há dúvidas de que o tratamento cirúrgico da DRGE por videolaparoscopia é efetivo e seguro, com taxas de sucesso acima dos 85%<sup>2,6,7,11,12,17,21,26,28</sup> sendo considerado o "padrão-ouro" da videocirurgia. Entretanto, algumas complicações e falhas têm sido descritas no pós-operatório<sup>3,9,16,23,24</sup>, 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. Além disto, pode ocorrer a recidiva do refluxo gastroesofágico, conseqüente à migração da válvula com deiscência total ou parcial de suturas. Contudo, nem sempre estas alterações anatômicas pós-operatórias apresentam sintomas típicos<sup>20</sup>.

É objetivo do presente estudo é descrever e relatar os métodos diagnósticos empregados na ocorrência de disfagia pós-operatória persistente após operação laparoscópica para correção de hérnia hiatal e da DRGE, assim como a conduta terapêutica empregada nestes casos.

## RELATO DOS CASOS

Foram estudados três pacientes, dois homens com idade de 33 e 53 anos e uma mulher com 24 anos que foram submetidos há quatro anos, dois anos e oito meses respectivamente, a tratamento cirúrgico da DRGE, que evoluíram com disfagia persistente. Todos tinham sido submetidos a várias endoscopias

pós-operatórias, sem diagnóstico conclusivo. Em função disto, foi indicado e realizado cindeglutograma em todos, que revelou dificuldade de esvaziamento da substância de contraste para o estômago (Figura 1), com formação de imagem diverticular ao nível do fundo gástrico, com esvaziamento em forma de cascata para o estômago (Figura 2).



FIGURA 1 - Dificuldade de esvaziamento do contraste para o estômago



FIGURA 2 - Imagem diverticular ao nível do fundo gástrico, com esvaziamento em forma de cascata para o estômago

Feito este diagnóstico, todos foram re-operados, novamente por videolaparoscopia, tendo-se encontrado fundoplicatura à Nissen, feita com o corpo gástrico em vez do fundo gástrico. A operação consistiu em desfazer a fundoplicatura e reconstruir nova válvula do tipo Lind ou Toupet, ou seja, fundoplicatura parcial de 270°.

Todos os pacientes evoluíram sem intercorrências com alta hospitalar em 48 horas. A evolução em dois anos após mostrou desaparecimento dos sintomas de disfagia e ausência de refluxo gastroesofágico.

## DISCUSSÃO

Após a correção cirúrgica laparoscópica ou convencional do refluxo gastroesofágico algumas queixas são comuns, como distensão pós-prandial, dificuldade de eructar e vomitar, e às vezes, disfagia<sup>1,10,14,25</sup>. Na maioria dos casos

de disfagia o sintoma é intermitente e tende a desaparecer em até 30 dias após o procedimento, sem necessidade de tratamento específico ou nova intervenção cirúrgica<sup>15,19</sup>.

Porém, no caso de disfagia persistente, principalmente quando associada à perda de peso ou de disfagia importante também a líquidos, deve ser realizada investigação diagnóstica minuciosa<sup>30</sup>. Esta disfagia persistente ocorre em aproximadamente 3% dos casos após o tratamento cirúrgico da DRGE por videolaparoscopia. Este quadro costuma levar à perda da qualidade de vida, emagrecimento e evidentemente muita insatisfação por parte dos pacientes operados<sup>5,29</sup>.

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. A endoscopia embora nem sempre aponte para a real causa da disfagia, pode revelar dificuldade de passagem do endoscópio do esôfago para o estômago, e funduplicatura torcida ou migrada para o tórax. O estudo radiológico contrastado dinâmico avalia a anatomia e a função do trato digestivo alto, auxiliando no reconhecimento das alterações anatômicas e funcionais da transição esofagogástrica. O aspecto radiológico normal, no caso de operação anti-refluxo bem sucedida, é a passagem rápida da substância de contraste do esôfago para o estômago sem falhas ou retenções, a visualização da funduplicatura com imagem de bolha de ar e ausência de refluxo gastroesofágico às manobras para estimulá-lo<sup>20</sup>. No caso de alterações anatômicas da transição elas são facilmente evidenciadas por dificuldade de esvaziamento esofágico, dilatação a montante do esôfago com megaesôfago funcional ou ainda a formação de divertículo gástrico caracterizando funduplicatura inadequada.

As causas anatômicas que justificam a disfagia persistente pós-operatória, são a realização da hiatoplastia e/ou funduplicatura apertada e válvulas mal posicionadas, especialmente a realização da válvula torcida pela utilização equivocada do corpo do estômago em vez do fundo gástrico, na confecção da válvula antirrefluxo<sup>27</sup>. Nos casos estudados observou-se a formação de divertículo logo abaixo da transição, com esvaziamento em cascata. Durante o exame pode-se perceber também a correlação do ato de deglutição com o quadro clínico, referindo ou não disfagia e dor no momento da deglutição.

Quando é feito este diagnóstico, impõe-se a correção cirúrgica do defeito. A re-operação atualmente é realizada também por videolaparoscopia e o inventário da cavidade geralmente revela a causa anatômica da disfagia.

Segundo Lafullarde et al.<sup>16</sup> a necessidade de reoperação por falha da funduplicatura ocorreu em 15% dos seus pacientes, os quais apresentaram no pós-operatório hérnia hiatal paraesofágica, disfagia severa e persistente e recorrência dos sintomas da DRGE.

Na funduplicatura inadequadamente confeccionada com o corpo gástrico a cineradiografia e/ou videodeglutograma é importante para orientar o diagnóstico.

Pode-se concluir que a disfagia grave e persistente no pós-operatório da cirurgia anti-refluxo é sintoma que pode indicar falha na operação e deve ser criteriosamente avaliada com endoscopia alta e exames radiológicos contrastados dinâmicos; reoperação com reconstrução da válvula é indicada para controlar os sintomas e re-tratar a DRGE.

## REFERÊNCIAS

- 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.
- Cathey RP, Henry LG, Bielefield MR – Laparoscopic Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: clinical experience and outcome in first 100 patients. *Surg Laparosc Endosc* 1996;6:430-433.
- Collet D, Cadière GB – Conversions and complications of laparoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Surg* 1995;169:622-626.
- D'Allemaigne B, Weerts JM, Jehaes C, et al – Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:138-139.
- Dallemaigne B, Weerts J, Markiewicz S, Dewandre JM, Wahlen C, Monami B, et al. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. *Surg Endosc.* 2006;20(1):159-65.
- Demeester Tr, Bonavina L, Albertucci M. Nissen fundoplication for gastro-esophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann. Surg.* 1986; 204:9-40.
- Gama-rodrigues Jj. Hérnia hiatal por deslizamento. Esofagofundogastropexia associada à hiatoplastia - avaliação clínica, morfológica e funcional. São Paulo, 1974. (Tese - Livre-Docência - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- Geagea T – Laparoscopic Nissen's fundoplication: preliminary report on ten cases. *Surg Endosc* 1991; 5:170-172.
- 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.
- Hallerbäck B, Glise H, Johansson B. Laparoscopic Rosetti fundoplication. *Scand. J. Gastroenterol.* 1995;30 Suppl 208:58-61.
- Hinder Ra, Filipi CJ. The technique of laparoscopic Nissen fundoplication. In: Paula AI, Hashiba K, Bafutto M. Eds. *Cirurgia videolaparoscópica*. Goiânia, Ed. Independente, 1994;85-87.
- Hunter JG, Trus TL, Branum GD, et AL – a physiologic approach to laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 1996;6:673-687.
- Jamielson A – Laparoscopic antireflux surgery. *Ann Surg* 1992; 200:148-150
- Jamieson Gg, Watson Di, Britten-jones R, Mitchell Pc, Anvari M. Laparoscopic Nissen fundoplication. *Ann. Surg.* 1994;220:137-45.
- Kamolz T, Bammer T, Pointner R. Predictability of dysphagia after laparoscopic Nissen fundoplication. *Am J Gastroenterol.* 2000 Feb;95(2):408-414.
- Lafullarde T, Watson DI, Jamieson GG, Myers JC, Game PA, Devitt PG. Laparoscopic Nissen fundoplication: five-year results and beyond. *Arch Surg.* 2001 Feb;136(2):180-184.
- Nano M, Redivo L, Fonte G, et AL – One year follow-up results in the surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. *Int surg* 1996;81:27-31.
- Ollyo JB, Monnier P, Fontollet C, et al – The natural history, prevalence and incidence of reflux esophagitis. *Gullet* 1993; 3:3-10
- Pessaux P, Arnaud JP, Delattre JF, Meyer C, Baulieux J, Mosnier H. Laparoscopic antireflux surgery: five-year results and beyond in 1340 patients. *Arch Surg.* 2005 Oct;140(10):946-951.
- Reibtscheid S et al. - Complicações pós-operatórias de cirurgia de Nissen laparoscópica. *Rev Imagem* 2007;29(3):97-100
- Rosenthal R, Peterli R, Guenin MO, von Flüe M, Ackermann C. Laparoscopic antireflux surgery: long-term outcomes and quality of life. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2006;16:557-61.
- Stein HJ, Barlow AP, DeMeester TR, et AL – Complications of gastro-esophageal reflux disease. *Ann Surg* 1992; 216:35-43
- Thoeni RF, Moss AA. The radiographic appearance of complications following Nissen fundoplication. *Radiology* 1979;131:17-21.
- Trinh TD, Benson JE. Fluoroscopic diagnosis of complications after Nissen antireflux fundoplication in children. *AJR Am J Roentgenol* 1997;169:1023-8.
- Watson Di, Jamieson Gg, Devitt Pg, et al. Changing strategies in the performance of laparoscopic Nissen fundoplication as a result of experience with 230 operations. *Surg. Endosc.* 1995;9:961-66a.
- Weerts Jm, Dallemaigne B, Hamoir E, et al. Laparoscopic Nissen fundoplication: detailed analysis of 132 patients. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1993; 3:359-64.
- Wills VL, Hunt DR. Dysphagia after antireflux surgery. *Br J Surg.* 2001;88(4):486-99.
- Zaninotto G, Anselmino M, Costantini M, et al – Laparoscopic treatment of gastro-esophageal reflux disease: indications and results. *Int Surg* 1995; 80:380-385.
- Zilberstein B, Eshkenazy R, Pajeci D, Granja C, Brito ACG. Laparoscopic mesh repair antireflux surgery for treatment of large hiatal hernia. *Diseases of the Esophagus* (2005) 18, 166-169
- Zilberstein B, Ramos AC, Sallet JA, Engel FC, Tanikawa DYS. Esofagofunduplicatura videolaparoscópica por técnica mista. *Rev Col Bras Cir – Vol XXVI - nº6 - 345*