



OPERAÇÃO DE HELLER-DOR: A OPÇÃO TERAPÊUTICA NA ACALÁSIA

HELLER-DOR PROCEDURE: THE SURGICAL OPTION IN ACHALASIA

 SARA CASTANHEIRA RODRIGUES, VÍTOR DEVEZAS, CATARINA PESTANA MULLER, ANDRÉ PEREIRA, RICARDO VIVEIROS, ANTÓNIO PEREIRA, ELISABETE BARBOSA,  JOSÉ BARBOSA

Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

 <https://www.youtube.com/watch?v=tLLPlwf0iS0>

INTRODUÇÃO

A acalásia um distúrbio neuro-degenerativo, idiopático, raro, da motilidade do esófago caracterizado pelo não relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) e ausência de peristalse esofágica, com obstrução ao nível da junção gastro-esofágica (JGE) e consequente estase e dilatação esofágicas. Tem incidência estimada de cerca de 1:100 000. Sintomas à apresentação incluem disfagia, regurgitação, pirose, dor torácica e emagrecimento, com grave impacto na qualidade de vida.

O objetivo do tratamento é a diminuir a obstrução na JGE e melhorar os sintomas através da redução da pressão de repouso do EEI.

Uma avaliação pré-operatória completa com trânsito esofago-gástrico, manometria esofágica e endoscopia digestiva alta é mandatória a definir a estratégia terapêutica mais adequada.

A miotomia de Heller laparoscópica com procedimento anti-refluxo associado, é a 1ª linha de tratamento em candidatos adequados.

Esta operação não é curativa da acalásia. Permite uma melhoria significativa na qualidade de vida, com taxas de sucesso >90%. No entanto, 10-20% dos doentes podem ter recorrência dos sintomas. Possíveis causas incluem miotomia incompleta, falência da funduplicatura, estenose peri-esofágica, estenose péptica, disfagia funcional e progressão da doença com dilatação e tortuosidade esofágicas.

O *follow-up* adequado é essencial. A longo-prazo a estase esofágica pode estar associada a transformação maligna ou esofagite de refluxo com metaplasia e deterioração da capacidade de deglutição em até 35% dos casos.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 21 anos, com acalásia tipo 2, antecedentes de escoliose e atopia.

Submetida a operação de Heller-Dor.

Período pós-operatório sem intercorrências.



Aos 19 meses de *follow-up* está assintomática, com *score* de Eckardt 0.

VÍDEO

O vídeo mostra de forma sistematizada a abordagem por via laparoscópica, com a utilização de 5 portas em que 4 são de 5 mm e uma de 10 mm para o laparoscópio. A porta de 10 mm localiza-se aproximadamente a meia distância entre o apêndice xifóide e a cicatriz umbilical. Uma porta de 5 mm subxifoideia para afastador de fígado. Uma de 5 mm na linha axilar anterior esquerda cerca de 2 cm abaixo do rebordo costal. Duas portas de trabalho de 5 mm, em que uma se situa cerca de 4 a 5 cm abaixo do rebordo costal direito na linha da articulação esternoclavicular direita e outra na linha médio-clavicular esquerda cerca de 3 cm abaixo do rebordo costal.

A cirurgia inicia-se por libertação de algumas aderências que não são visíveis no vídeo e depois dá-se seguimento á cirurgia com um passo inicial de abordagem da pars flácida e identificação do primeiro

ponto de referência que é o pilar direito do diafragma. Segue-se a secção da membrana frenoesofágica e a criação de uma passagem retroesofágica com referenciação do esófago para melhor manipulação deste órgão. Aqui usámos um nastro, mas também pode ser usado um dreno por exemplo. Ao longo do vídeo é possível apreciar várias vezes a diferença de calibre do esófago ao nível da junção esofagogástrica e a dilatação que já existe no esófago mais proximal a esta região o que atesta da necessidade de intervenção precoce nesta patologia. É feita abordagem do hiato e disseção do esófago por grande extensão, para assegurar espaço para a miotomia mas também para obter um segmento de esófago abdominal mais extenso para benefício da manobra antirefluxo.

Após identificação dos nervos vagos inicia-se a miotomia ao nível da junção Esofagogástrica estendendo-se por cerca de 6 a 8 cm proximalmente e mais ou menos 2 cm distalmente, com auxílio de bisturi ultrasónico.

Seguidamente faz-se a libertação do fundo gástrico e a realização da valvuloplastia tipo Dör com fio não reabsorvível após o que se dá por finalizada a cirurgia.

Correspondência:

JOSÉ BARBOSA

e-mail: jalbarbosa@netcabo.pt

Data de recepção do artigo:

08-09-2020

Data de aceitação do artigo:

08-09-2020

