

RELATO DE CASO: FÍSTULA PÓS-CARDIOPLASTIA A GROHNDAL COM ANTRECTOMIA E RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX (TÉCNICA DE SERRA DÓRIA) - ABORDAGEM COM VÁCUO ENDOSCÓPICO COMO TERAPÊUTICA AUXILIAR

CASE REPORT: POST-CARDIOPLASTY GROHNDAL FISTULA WITH ANTRECTOMY AND ROUX-EN-Y RECONSTRUCTION (SERRA DÓRIA TECHNIQUE) - ENDOSCOPIC VACUUM APPROACH AS AUXILIARY THERAPY

REPORTE DE CASO: FÍSTULA DE GROHNDAL POST-CARDIOPLASTIA CON ANTRECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN DE ROUX-EN-Y (TÉCNICA DE SERRA DÓRIA) - ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE VACÍO COMO TERAPIA AUXILIAR

 10.56238/MedCientifica-077

Raul Melo Oliveira

Médico Residente de Cirurgia Geral

Instituição: Hospital de Urgências de Goiás, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

E-mail: raul.med.uft@gmail.com

Yuji Xavier Eto

Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, Coordenador da Residência Médica em Cirurgia Geral

Instituição: Hospital de Urgências de Goiás, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

RESUMO

Relato de caso de paciente masculino, 63 anos, com diagnóstico de megaesôfago chagásico grupo IV, submetido à cirurgia eletiva com técnica de Grohndal + antrectomia e reconstrução em Y de Roux (Serra Dória). Evoluiu com fístula esofágica no pós-operatório, manejada com drenagem cirúrgica e, posteriormente, com vácuo endoscópico, cuja sonda foi confeccionada manualmente. O paciente apresentou melhora clínica progressiva, com resolução do quadro infeccioso e alta hospitalar. O caso ilustra a aplicabilidade e a segurança da terapia por pressão negativa endoluminal em contextos complexos pós-operatórios.

Palavras-chave: Vácuo Endoscópico. Fístula Esofágica. Megaesôfago Chagásico. Reconstrução Y de Roux. Cirurgia do Aparelho Digestivo.

ABSTRACT

Case report of a 63-year-old male patient diagnosed with Chagas disease group IV megaesophagus who underwent elective surgery using the Grohndal technique, antrectomy, and Roux-en-Y reconstruction (Serra Dória). He developed an esophageal fistula postoperatively, which was managed with surgical drainage and, subsequently, with endoscopic vacuum, the tube being manually created. The patient showed progressive clinical improvement, with resolution of the infectious condition and hospital discharge. This case illustrates the applicability and safety of endoluminal negative pressure therapy in complex postoperative settings.



Keywords: Endoscopic Vacuum. Esophageal Fistula. Chagas Disease Megaesophagus. Roux-en-Y Reconstruction. Digestive Tract Surgery.

RESUMEN

Reporte de caso de un paciente masculino de 63 años con diagnóstico de megaesófago chagásico grupo IV, sometido a cirugía electiva mediante la técnica de Grohndal + antrectomía y reconstrucción en Y de Roux (Serra Dória). Desarrolló una fistula esofágica postoperatoria, tratada con drenaje quirúrgico y posteriormente con aspiración endoscópica al vacío, cuya sonda se construyó manualmente. El paciente presentó una mejoría clínica progresiva, con resolución del cuadro infeccioso y alta hospitalaria. Este caso ilustra la aplicabilidad y seguridad de la terapia de presión negativa endoluminal en contextos postoperatorios complejos.

Palabras clave: Vacío Endoscópico. Fístula Esofágica. Megaesófago Chagásico. Reconstrucción en Y de Roux. Cirugía del Tracto Digestivo.





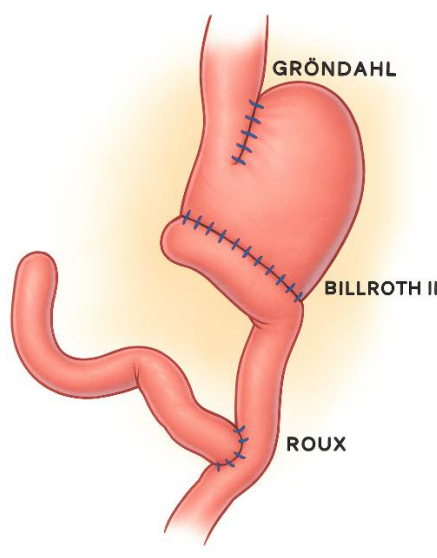
1 INTRODUÇÃO

As fístulas pós abordagens cirúrgicas esofágicas representam complicações graves no pós-operatório de cirurgias esofagogástricas. O vácuo endoscópico vem ganhando espaço como opção minimamente invasiva e eficaz para o manejo dessas lesões, promovendo a drenagem contínua e favorecendo a cicatrização tecidual das raias e anastomoses cirúrgicas. Este relato descreve a aplicação prática do vácuo endoscópico, com montagem manual da sonda, em um caso de fístula esofágica pós-cardioplastia em paciente com megaesôfago chagásico.

2 RELATO DO CASO

Paciente masculino, 63 anos, lavrador, histórico de disfagia há 30 anos com recidiva sintomática nos últimos sete anos. Diagnosticado com megaesôfago chagásico grupo IV, foi submetido à cardioplastia a Grohndal associada à antrectomia com reconstrução em Y de Roux (Serra Dória, Figura 1), no Hospital de Urgências de Goiás (HUGO), em novembro de 2023.

Figura 1: Cardioplastia a Grohndal com Antrectomia e Reconstrução em Y de Roux (Técnica de Serra Dória)



Fonte: Autores.

Nos primeiros dias de pós operatório o paciente evoluiu com fístula esofágica distal, confirmada por Endoscopia Digestiva Alta (EDA) realizada em 21 de dezembro de 2023, associada a infecção intra-abdominal, choque séptico e necessidade de cuidados intensivos prolongados. Diante da persistência do débito pelo orifício fistuloso, optou-se por abordagem com terapia por pressão negativa endoluminal (vácuo endoscópico).

A sonda utilizada no vácuo endoscópico foi montada artesanalmente pelos profissionais médicos utilizando um dreno tubular (Sonda Nasogástrica), gaze e cobertura de látex (Figura 2), inserida sob visualização endoscópica e mantida com pressão negativa (Figura 3) continua em região



da fistula na região do Grohndal. Houve melhora progressiva das condições clínicas do paciente, com resolução da sepse, retirada dos drenos, sondas e a alta hospitalar ocorreu em 21 de fevereiro de 2024.

Figura 2. Sonda para instalação do vácuo endoscópico.



Fonte: Autores.

Figura 3. Pressão negativa no vácuo endoscópico.



Fonte: Autores.

No ultimo retorno ambulatorial em 03 de dezembro de 2024, encontrava-se assintomático, com boa aceitação alimentar. Apresentava, ao exame físico de abdômen a presença de uma hérnia incisional, que foi optado pelo manejo conservador.



3 DISCUSSÃO

As **fístulas pós-cirúrgicas** do trato gastrointestinal superior, decorrentes de procedimentos complexos como aqueles que envolvem ressecções gástricas e reconstruções esofagojejunais (como uma potencial variação da técnica de Serra Dória ou procedimentos similares que culminam em uma reconstrução em Y de Roux), representam uma complicação grave, associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade. A sua formação pode ser atribuída a fatores como isquemia tecidual, tensão excessiva na linha de anastomose, infecção e comorbidades do paciente. A detecção precoce e o manejo adequado são cruciais para o prognóstico.

Historicamente, o tratamento das fístulas pós-operatórias era predominantemente conservador ou cirúrgico, com taxas de sucesso variáveis e procedimentos muitas vezes invasivos. No entanto, avanços nas técnicas endoscópicas têm revolucionado a abordagem dessas complicações.

A Terapia de Vácuo Endoscópico (EVT), também conhecida como Endoscopic Vacuum-Assisted Closure (E-VAC), consolidou-se internacionalmente como a abordagem de primeira linha para o tratamento de deiscências e fístulas em cavidades pós-cirúrgicas do trato gastrointestinal superior (TGS), particularmente após esofagectomias e gastrectomias complexas. Sua superioridade em relação a métodos tradicionais, como stents ou cliques, reside na sua capacidade de promover o fechamento secundário guiado por endoscopia, removendo ativamente o conteúdo séptico e estimulando a angiogênese e a granulação.

O **vácuo endoscópico**, ou Endoscopic Vacuum Therapy (EVT), emergiu como uma modalidade terapêutica promissora e minimamente invasiva para o manejo de fístulas, deiscências anastomóticas e coleções líquidas intra-abdominais pós-cirúrgicas no trato gastrointestinal superior (Gonçalves et al., 2022). A técnica consiste na colocação de uma esponja de poliuretano diretamente na cavidade da fístula ou na área da deiscência, conectada a um sistema de aspiração contínua que aplica pressão negativa.

Diversas revisões sistemáticas e metanálises publicadas por grupos internacionais de endoscopia demonstraram a eficácia robusta da EVT. Uma meta-análise abrangente focada em deiscências anastomóticas do TGS (incluindo esôfago e estômago) relatou taxas de sucesso técnico e clínico variando de 75% a 90%, sendo o tempo médio de tratamento (duração da EVT) crucial, geralmente necessitando de 3 a 5 trocas de esponja por semana. A alta taxa de fechamento primário da fístula alcançada com a EVT, mesmo em fístulas de alto débito ou aquelas com coleções perianastomóticas grandes, reduz significativamente a necessidade de laparotomias exploratórias e internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (Lahat et al., 2020; Schwaiger et al., 2021).

O mecanismo de ação do vácuo endoscópico baseia-se na remoção contínua de exsudatos, promoção de granulação tecidual, redução do edema local e aproximação das bordas da lesão. Isso cria



um ambiente propício para a cicatrização e o fechamento da fístula, evitando a necessidade de reintervenções cirúrgicas em muitos casos. Estudos recentes e revisões sistemáticas têm demonstrado altas taxas de sucesso no fechamento de fístulas anastomóticas esofágicas e gástricas com o uso da EVT, com menor morbidade em comparação com as abordagens cirúrgicas convencionais (Costa et al., 2023). A aplicabilidade da EVT, portanto, se estende a fístulas que possam surgir após procedimentos complexos de reconstrução gástrica, como os que resultam em um Y de Roux, independentemente da nomenclatura específica do procedimento primário.

Em comparação com a colocação de *stents*, a EVT tem demonstrado menor risco de migração e uma eficácia superior no fechamento de deiscências largas ou fístulas que comunicam com cavidades (Schlottmann et al., 2022). O efeito de vácuo, que tipicamente varia de 50 a 125 mmHg de pressão negativa, não só drena a secreção, mas também induz uma força de tração centrípeta que facilita a aproximação das margens da lesão, promovendo a remodelação tecidual. Em casos de fístulas gástricas, como aquelas que podem surgir após gastrectomia com reconstrução em Y de Roux (situações análogas à Fístula Pós-Cardioplastia à Grohndal e Antrectomia), a EVT é considerada o tratamento padrão-ouro, especialmente quando a fístula está confinada ou tem uma comunicação bem definida com a luz gástrica ou jejunal (Bonavina et al., 2022).

A literatura recente tem enfatizado a aplicação da EVT em cenários de infecção e necrose confinada, onde a drenagem e o desbridamento endoscópico são essenciais. O tratamento endoscópico com vácuo se mostrou particularmente benéfico em deiscências localizadas na região da cárdia ou próximas à anastomose esofagojejunal, áreas que são de difícil acesso e reparo cirúrgico. A sua utilização precoce — idealmente dentro de 48 a 72 horas após o diagnóstico da fístula — está associada aos melhores resultados prognósticos, diminuindo a inflamação sistêmica e acelerando a transição para a fase de granulação e epitelização (Probst et al., 2023).

4 CONCLUSÃO

A terapia por vácuo endoscópico é uma alternativa viável e segura no manejo de fístulas esofágicas complexas. Sua aplicação manual e adaptada demonstrou-se eficaz neste caso, contribuindo para a recuperação clínica do paciente sem necessidade de reabordagem cirúrgica.



REFERÊNCIAS

- Bonavina, L., et al. (2022). Endoscopic management of complications after bariatric and metabolic surgery. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*.
- Costa, P. H. S., Almeida, V. L., & Silva, R. A. (2023). Terapia de vácuo endoscópico no manejo de deiscências anastomóticas gastrointestinais: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Endoscopia Digestiva*, 25(2), 78-85.
- Gonçalves, L. M., Fernandes, E. F., & Pinto, C. D. (2022). O papel da terapia de vácuo endoscópico no tratamento de fístulas esofágicas e gástricas pós-cirúrgicas. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 35, e1664.
- Lahat, G. J., et al. (2020). Endoscopic vacuum therapy for gastrointestinal leakages and perforations: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal Endoscopy*.
- Probst, P., et al. (2023). Early application of endoscopic vacuum therapy improves treatment success in anastomotic leakages after upper gastrointestinal surgery. *Surgical Endoscopy*.
- Schwaiger, J., et al. (2021). Endoscopic vacuum therapy for upper gastrointestinal perforations and leakages: an international multicenter study. *Endoscopy*.
- Schlottmann, F., et al. (2022). Comparative effectiveness of endoscopic vacuum therapy versus self-expanding metal stents for anastomotic leak after esophagectomy: a systematic review and meta-analysis. *Diseases of the Esophagus*.

