

Hérnia Hiatal por Deslisamento Ocorrendo após Cirurgia de Úlcera Péptica

As alterações patológicas do exôfago terminal e da junção exôfago-gástrica, embora de há muito conhecidas, tem tido seu conhecimento aumentado e difundido nos últimos 20 anos, máximo nos anos 60. Dentre elas, a hérnia do hiato esofágico por deslisamento tem ocupado lugar de destaque, interessando cirurgiões, radiologistas, endoscopistas, e gastroenterologistas, principalmente.

A melhor análise de sua sintomatologia e fisiopatologia veio demonstrar juntamente com documentação radiológica adequada que alguns pacientes, tinham os mesmos sintomas, traduzindo refluxo gastro-esofágico sem no entanto haver hérnia hiatal. Esta entidade descrita por Lortat-Jacob denominada mal posição cardio tuberositária caracteriza-se por uma implantação do exôfago alta no estômago fazendo desaparecer o ângulo esôfago gástrico nos dados radiológicos.

Estas duas entidades clínicas são responsáveis por um elevado percentual de queixas no pós-operatório de pacientes que sofreram intervenções sobre o estômago e a junção esôfago gástrico.

A patogenia destas lesões admite várias hipóteses, talvez mesmo, existam várias causas para produzi-las. As operações sobre o estômago, e a junção esofagogástrica jogam um papel importante na gênese desta afecção.

O presente trabalho visa apresentar, oito casos de hérnia do hiato esofágico que ocorreu após cirurgia para úlcera péptica.

SÚMULA FISIOPATOLOGIA

Para que a cardia seja continente e evite o refluxo gastroesofágico, é preciso que suas estruturas anatômicas e funcionais estejam íntegras. Distinguímos entre os elementos que constituem o complexo funcional da cardia elementos extrínsecos, intrínsecos e funcionais.

1. Extrínsecos
 - a) Pilares diafragmáticos
 - b) Membrana frenoesofágica
 - c) Ângulo esofagogástrico (Ângulo de His)
 - d) Artéria gástrica esquerda
2. Intrínsecos
 - a) Pregas musculares da gravata suíça
 - b) Prega mucosa da junção esofagogástrica (Gubaroff)
 - c) Esvaziamento pilórico
3. Funcionais
 - a) Esfincter interior do esôfago
 - b) Pressão positiva intra abdominal
 - c) Pressão negativa do mediastino

Podemos admitir que alguns destes elementos citados, têm mais importância que outros no desencadeamento da hérnia hiatal por deslisamento. Assim, sendo, para que haja hérnia é necessário que

GUILHERME E. B. CUNHA *

JOSÉ LUIZ GUARINO **

LUTEGARDE VIEIRA DE FREITAS ***

CELIO EDUARDO C. HENRICI ****

JOSÉ CARLOS STODUTTO *****

os pilares esofageanos estejam alargados, resultando um diâmetro maior que o normal do hiato esofageano do diafragma, a membrana frenoesofagca-na perde o seu tonus normal, tornando-se frouxa. O ângulo esofagogástrico desaparece, e com êle, um dos principais elementos na contenção do refluxo gastroesofageano. A artéria gástrica esquerda tem um papel importante na fixação da pequena curvatura e na posição infradiafragmática da junção esofagogástrica.

As pregas musculares da gravata suíssa com o seu sentido oblíquo, tendem no seu momento de contratura ocluir a junção esofagogástrica, impedindo refluxo. A válvula de Gubaroff funcionaria como flap valve permitindo a passagem do esôfago ao estômago e opondo-se ao inverso. Os pacientes com dificuldade de esvaziamento gástrico pelo piloro, apresentam sempre estômagos de volume aumentado com perda da relação esofagogástrica em ângulo agudo, tornando êste ângulo, quase reto, daí, facilitar o refluxo.

O esfinter inferior do esôfago é uma estrutura puramente funcional, descrita como uma zona hiperpressão situada imediatamente acima da junção esofagogástrica, não tem tradução anatômica, e é um dos fatores principais na contenção de refluxo gastroesofageano. Admite-se, que indivíduos possuidores de hérnia hiatal por deslissamento, sem sintomas, tenham o esfinter inferior do esôfago patente. A pressão intrabdominal positiva atua sobre um pequeno segmento esofagoabdominal, auxiliando o mecanismo do esfinter inferior do esôfago.

SÚMULA PATOGENICA

Quando o cirurgião atua sobre a junção esofagogástrica, lesa sucessivamente em seu acesso:

1. Ligamento triangular do fígado para libertação do lobo esquerdo (Esta manobra é facultativa).
2. Membrana frenoesofageana, inicialmente na face anterior e depois, lateral e posteriormente.
3. Quase sempre alarga o hiato esofageano na direcção do tronco vaginal direito (posterior)
4. Com estas manobras destruimos o ângulo esofagogástrico.

A perda do equilíbrio dinâmico da cardia após êsses acontecimentos, favorece um refluxo gastroesofageano, a esofagite se instala e com ela, espasmos da musculatura longitudinal do esôfago, que traciona a junção esofagogástrica para dentro do mediastino facilitada a passagem por um hiato alargado, e, auxiliada, por uma pressão intra abdominal positiva e uma pressão mediastinica negativa (aspirativa). Constituindo-se, então, uma hérnia hiatal por deslissamento.

Na gastrectomia sub-total, os movimentos de tração no coto gástrico favorecem o desaparecimento do ângulo esofagogástrico como também o favorecem as ressecções gástricas amplas (4/5 do estômago). A ligadura da artéria gástrica esquerda, libera a fixação da pequena curvatura, favorecendo o movimento de bascula de baixo para cima, e da esquerda para a direita, tornando mais fácil o re-



CONFIE!

No futuro e... na tecnologia de homens que comandam o progresso dos povos, usando a mais avançada ciência já concebida pela mente humana.

Você e sua família es arão em boas mãos confiando os seus problemas de seguro a técnicos altamente qualificados, com um lastro de experiência de 80 anos a seu serviço.

CONFIE MESMO, porque, seguros contra: **Acidentes Pessoais; Incêndios; Transportes; Responsabilidade Civil; Automóveis e Lucros Cessantes** a sua garantia é



Av. Amaral Peixoto, 36 — Conjunto 1.301
"Ed. Galeria Paz" — Tel 2-2689

fluxo e a sequência anteriormente descrita para a vagotomia.

Algumas ocasiões, permanece apenas a perda de relação entre o esôfago e o estômago traduzida pelo desaparecimento do ângulo de His, e refluxo gastroesofageano, porém, sem hérnia hiatal por deslissamento. Esta afecção é a malposição cardiotuberositária.

COMENTÁRIOS

De nosso conhecimento, Hélio Barbosa e José Hilário, foram os primeiros entre nós a chamar atenção para estas alterações.

De 1964 em diante, encontramos oito casos de hérnia hiatal por deslissamento após cirurgia de úlcera péptica.

Cinco casos acontecem após vagotomia com piloroplastia e, três após gastrectomia sub-total a B2.

Dos cinco pacientes, após vagotomia, quatro foram operados e ficaram curados livres de sintomas.

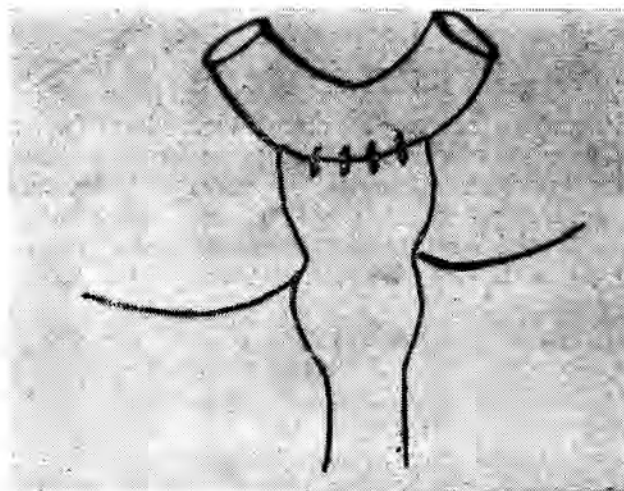
O quinto paciente tinha uma bolmosa hérnia hiatal, figura () foi aconselhado internação para tratamento cirúrgico, na ocasião, o paciente não aceitou, por motivos particulares a intervenção cirúrgica corretiva. Pouco tempo depois teve violenta hemorragia digestiva seguido de choque e acidente vascular cerebral, vindo a falecer.

Dos três, previamente operados de gastrectomia, um havia sido operado duas vezes após a primeira intervenção, a fim de curar sintomas de refluxo, fig. () porém as operações executadas, sempre ressecaram mais o estômago com novas anastomoses não sendo abordada a junção esofagogástrica. Os dois outros tiveram corrigidas a sua hérnia numa segunda única operação.

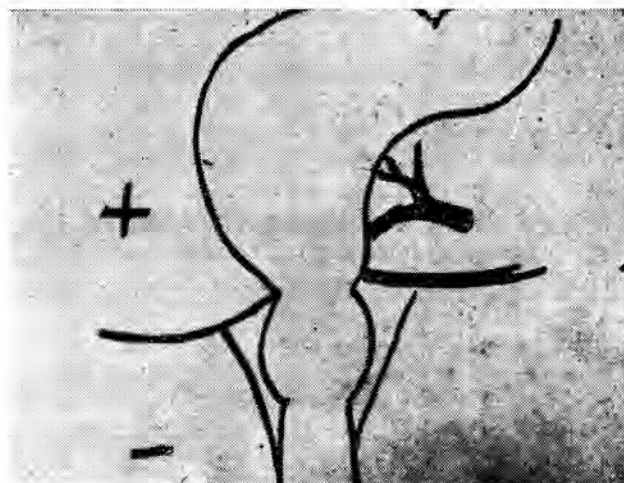
A operação corretora, constou nos vagotomizados, com piloroplastia, de: fechamento com sutura posterior dos pilares diafragmáticos e, reangulação esofagogástrica. Nos gastrectomizados, o procedimento foi o mesmo associado à vagotomia troncular bilateral, que torna mais fácil o abaixamento da cardia do tórax para o abdômem.

De 1964 em diante, é rotina, no Departamento de Cirurgia da Universidade Federal Fluminense, e em nossa clínica particular, o fechamento posterior dos pilares diafragmáticos, deixando-os permiável um dedo o orifício do hiato, a fim de evitar a disfagia orgânica por estenose do mesmo, e compressão esofageana, reangulação esofagogástrica e fixação pelo ponto mais inferior da sutura dos pilares, a dita junção fazendo com isso sua fixação numa posição infradiafragmática mantendo um segmento de esôfago abdominal. Esta manobra introduzida por Hilário é uma modificação da manobra de Hill.

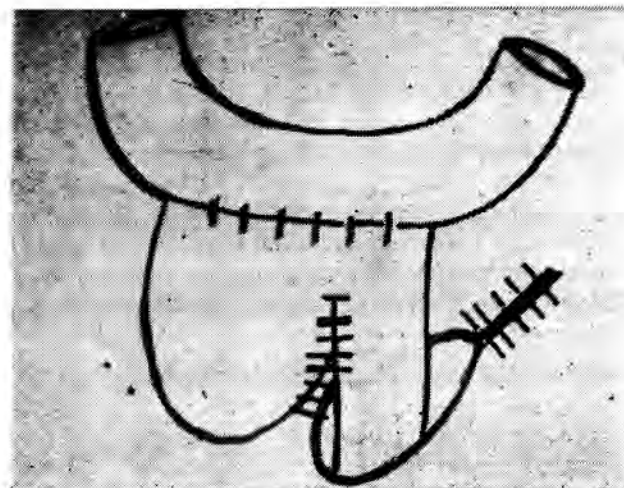
Visando, com isso, evitar a hérnia hiatal por deslissamento e, a malposição cardiotuberositária nos pós operatório deste tipo de intervenção cirúrgica.



Esquema da hérnia hiatal post gastrectomia sub total



Hérnia hiatal post vagotomia



Esquema da técnica empregada para reconstrução e correção da hérnia hiatal post gastrectomia.



JÁ ESTÁ ABERTO NOSSO SALÃO DE BELEZAS.

Com todas as novidades da Volkswagen para 1971.

É beleza que não acaba mais.

Como a do 1600 TL, 2 portas, com carroceria "fast-back" em grande estilo. Conforto para 5 pessoas. Acabamento de luxo.

VW 1500. Fuscão, para os íntimos. Esbanja potência.

Tem estabilidade para dar e vender. E que cores lindas, gente!

E o Karmann Ghia TC, então? Uma sensação! Beleza toda vida. E dentro tem luxo para 4 pessoas.

O novo Fusca 1300

tem muitas novidades, para levar v. a qualquer lugar. Gostosamente.

A Variant e o VW 1600 com novidades também e todas as vantagens que v. gamou. E o Karmann Ghia 1600 com beleza de sobra,

sempre na moda.

Mas, melhor que ler este anúncio, é v. vir ao nosso salão de belezas.

Garantimos que v. sairá daqui mais bonito.

NOVA LINHA VW-71

CASAL Comercial de Automóveis e Serviços Alcântara Ltda.

Rua Manoel João Gonçalves, 500 - Tel. 8586 - São Gonçalo



REVENDEDOR
AUTORIZADO