

Como eu trato?

Fístula tráqueo-esofágica (FTE)?

A patogenia desta fístula passa pela compressão sustentada do balonete traqueal contra a coluna vertebral, com uma sonda nasogástrica interposta entre ambos. Esta fístula era mais frequente quando as sondas nasogástricas eram de plástico, mais rígidas do que as modernas sondas siliconizadas.

Confirmado o diagnóstico a partir da queixa de tosse intensa depois da ingestão de alimentos (especialmente os líquidos), a primeira medida terapêutica é interromper a via oral. A alimentação é reiniciada por sonda nasoentéricas (para reduzir inclusive o risco de refluxo).

A probabilidade de que uma FTE cicatrizar espontaneamente existe, e é considerada possível em lesões não epitelizadas e com menos de 1 cm no maior diâmetro. Nestes casos a manutenção daqueles cuidados clínicos por cerca de 30 dias é altamente recomendável.

Nas lesões maiores que 1 cm, e especialmente se apresentam sinais de epitelação do trajeto fistuloso, a possibilidade de solução espontânea é zero. Nestes casos o tratamento cirúrgico é feito por cervicotomia, principiando com ressecção do segmento de estenose traqueal usualmente associado, o que resulta em ampla exposição da fístula. Nos poucos casos em que não há estenose traqueal combinada, temos preferido ressecar igualmente o segmento traqueal que serve de teto da brecha esofágica, para facilitar a exposição e garantir controle completo do campo cirúrgico, muito reduzido quando se procede a abordagem pela lateral (sempre pela direita para evitar lesão do nervo recorrente).

Sem ressecção traqueal a reparação da parede membranosa da traqueia ao nível da fístula é mais difícil porque há invariavelmente perda de substância e a aproximação das bordas resultará em alguma tensão, com dois problemas potenciais importantes: algum grau de redução do calibre da traqueia, e risco aumentado de deiscência da linha de sutura. Exposta à fístula esofágica, se procede a ativação de suas bordas que são suturadas no sentido horizontal (para prevenir a estenose esofágica).

A primeira linha de sutura é feita com fio absorvível (PDS 4-0 é excelente para isso) e a segunda linha com invaginação dos tecidos é feita com prolene 5-0.

A seguir se procede a anastomose traqueal como de costume, com sutura contínua da parede membranosa (PDS 4-0) e com pontos separados de Vicryl nas paredes anterior e laterais.

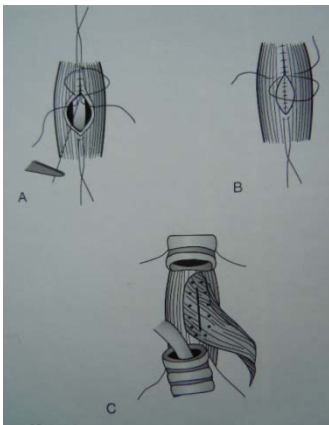


Ilustração clássica da técnica mais utilizada

Observações:

- A produção do retalho aumenta tempo cirúrgico
- Normalmente não há este tecido entre a traqueia e o esôfago
- Resulta num indesejável coxim entre essas duas estruturas
- Questão óbvia: Este retalho é necessário?

Como demonstramos numa série consecutiva de 14 pacientes, não há necessidade de interposição de tecido de qualquer tipo, entre a sutura esofágica e a anastomose traqueal. Todas as operações foram procedidas por via cervical, exceto em um caso em foi necessária uma esternotomia parcial associada, por que fístula era mais baixa.

Não houve mortalidade cirúrgica e 13/14 pacientes foram extubados em 24 horas, o restante permaneceu com tubo por dois dias. Ocorreram 4 complicações: uma pneumonia à esquerda, uma paresia de corda vocal (reversível depois de 4 meses), e duas pequenas deiscências da sutura traqueal anterior, tratadas com tubo T, temporário. O seguimento a longo prazo mostrou evolução anatômica e funcional favorável em todos os casos.

A conclusão é de que a interposição de um retalho muscular entre as linhas de sutura não tem papel crucial na prevenção da recorrência, na fístula traqueo-esofágica tratada cirurgicamente.

Camargo, JJ, Machuca, TN, Camargo, SM, Lobato, V., Medina, CR: Surgical treatment of benign tracheo-oesophageal fistulas with tracheal resection and oesophageal primary closure: is the muscle flap really necessary? Eur J Cardiothorac Surg (2010) 37 (3): 576-580.

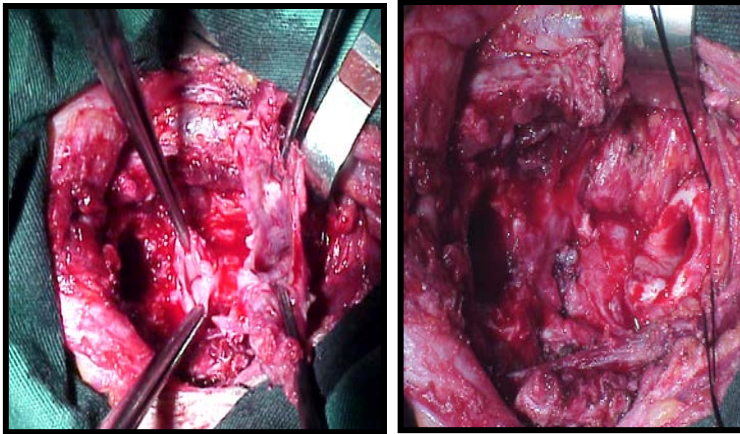


Figura 1: Fistula identificada e preparada para a sutura horizontal

Figura 2: Suturada a fistula em dois planos e preparada à anastomose traqueal

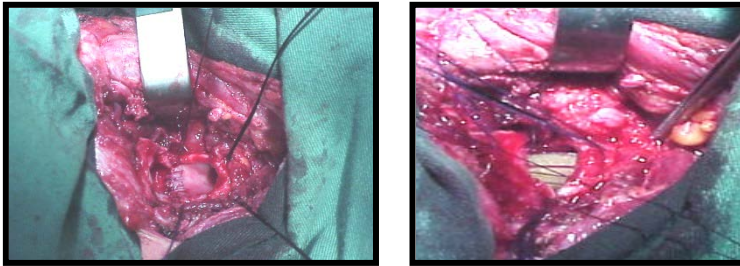


Figura 3: Procedida a anastomose da parede posterior da traqueia com sutura contínua.

Figura 4: Passados os pontos separados de vicryl nas paredes laterais e anterior para complementação da anastomose traqueal