

**TÉCNICA CIRÚRGICA DE ESOFAGOTOMIA E  
ESOFAGOSTOMIA EM PEQUENOS ANIMAIS**

LEOPOLDINO, Danielly Cristina de Castro

CORTE, Gustavo Correa

Discentes da Faculdade de Medicina Veterinária de Garça – FAMED

[danycccl@yahoo.com.br](mailto:danycccl@yahoo.com.br)

DIAS, Luis Gustavo Gosuen Gonçalves

PEREIRA, Daniela Mello

Docentes da Faculdade de Medicina Veterinária de Garça – FAMED

DIAS, Fernanda Gosuen Gonçalves

Mestranda em Cirurgia e Anestesiologia de Pequenos Animais – UNIFRAN/SP

## RESUMO

O esôfago é um órgão tubular, formado por musculatura estriada em toda sua extensão. Possui a função de conduzir os alimentos da faringe para o estômago através de contrações. Dentre as indicações para cirurgia esofágica está a presença de corpo estranho, neoplasias, perfurações, pós-operatório de afecções orais, estenoses, entre outras. As intervenções cirúrgicas no esôfago requerem maiores cuidados no pós-operatório em comparação às realizadas em outras partes do trato digestivo e o manejo alimentar é um dos fatores responsáveis pelo sucesso do procedimento cirúrgico.

**Palavras- chave:** cão, esofagostomia, esofagotomia, gato.

## ABSTRACT

The esophagus is a tubular organ, composed of striated muscle along its entire length. It has the function of conducting food from the pharynx to the stomach by contracting. Among the indications for esophageal surgery is the presence of foreign bodies, neoplasms, perforations, postoperative oral diseases, strictures, among others. The surgical interventions in the esophagus require greater care after the surgery compared to those performed in other parts of the digestive tract and feeding management is one of the factors responsible for the success of surgery.

**Key-words:** dog, esofagotomia, esophagostomy, cat.

## 1. INTRODUÇÃO

O esôfago, contendo estrias lineares em toda sua extensão, é o órgão responsável por transportar água e alimentos da faringe para o estômago (PARKER et al., 1989).

Anatomicamente, localiza-se à esquerda da linha média, desde a bifurcação da traqueia até o estômago, dividindo-se em porção cervical, torácica e abdominal. A parede esofágica possui três camadas, entre elas a mucosa, submucosa, muscular e adventícia, sendo que as ramificações sanguíneas provêm da artéria tireoidea e subclávia (SCHUNK, 1996; BARCELLOS et al., 2000). Pelo esôfago não possuir a camada serosa, o fechamento precoce com fibrina nas áreas cirúrgicas pode ser mais retardada do que em outros órgãos (FOSSUM, 2008).

Os sinais clínicos de afecções esofágicas incluem regurgitação, disfagia, ptialismo, perda de peso, tosse, estertores pulmonares e secreção nasal secundário a pneumonia aspirativa. Perfurações esofágicas podem causar mediastinite séptica com febre, derrame pleural, dispneia e morte (PARKER et al., 1989; CONTESINI et al., 1992).

O diagnóstico das esofagopatias é complexo e deve ser baseado no histórico do animal, sinais clínicos, exame radiográfico simples e contrastado e/ou endoscopia. A técnica de esofagotomia ou esofagectomia parcial também podem ser realizadas como procedimento diagnóstico e terapêutico se não for possível por outros meios (FOSSUM, 2008).

A cirurgia esofágica é indicada em casos de neoplasias, corpos estranhos, perfurações, hérnia hiatal, fístulas, acalasia cricofaríngea, intussuscepção gastroesofágica, megaesôfago e divertículos (FOSSUM, 2008).

O tratamento de pneumonia aspirativa e esofagite devem ser iniciados antes do procedimento cirúrgico, com administração de antibióticos, antiácidos fluidoterapia e jejum (CONTESINI et al., 1992).

Independente da técnica cirúrgica a ser realizada no esôfago indica-se anestesia geral inalatória (SCHUNK, 1996; BARCELLOS et al., 2000).

As intervenções cirúrgicas no esôfago requerem maiores cuidados no pós-operatório em comparação às realizadas em outras partes do trato digestivo (CONTESINI et al., 1992) e o manejo alimentar é um dos fatores responsáveis pelo sucesso do procedimento cirúrgico (PARKER et al., 1989). Portanto, após o procedimento cirúrgico, indica-se fluidoterapia por 24 a 48 horas, com dieta líquido-pastosa a partir do

segundo ou terceiro dia. O alimento líquido deve ser continuado por 7 dias, e após retornar gradualmente a alimentação sólida (SCHUNK, 1996; BARCELLOS et al., 2000).

O esôfago está sujeito à movimentação constante decorrente da deglutição e esses movimentos contínuos podem interferir na cicatrização da região cirúrgica, assim como a distensão do bolo alimentar e intolerância ao estiramento longitudinal. Deiscências de pontos também podem ocorrer caso haja tensão excessiva no local operado (CONTESINI et al., 1992). Outras complicações como infecções, estenose, regurgitação, fistulações e recidivas da doença são comuns após cirurgias nesse órgão (FOSSUM, 2008).

Os animais operados devem ser monitorados em relação à febre e neutrofilia, parâmetros que podem indicar infecção secundária a extravasamento (BARCELLOS et al., 2000; FOSSUM, 2008).

O objetivo do presente trabalho foi discorrer as técnicas de esofagotomia e esofagostomia em pequenos animais.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 ESOFAGOTOMIA**

Esofagotomia é a abertura cirúrgica do esôfago com o intuito de proporcionar acesso à luz do órgão com a finalidade terapêutica ou exploratória, podendo esta abordagem ser feita nas porções cervical, torácica ou abdominal (FOSSUM, 2008).

O acesso ao esôfago cervical é realizado com o animal em decúbito dorsal, com incisão na linha média cervical ventral, após tricotomia ampla e rigorosa assepsia da região. As alterações torácicas são abordadas com toracotomia lateral, e as craniais e caudais ao coração, com toracotomia esquerda. Comprometimentos abdominais são acessados por celiotomia ventral (SLATER, 1998; FOSSUM, 2008).

No acesso cervical do esôfago, é feita incisão cutânea e subcutânea desde a região da laringe até o manúbrio. Os músculos esterno-hioideos e esterno-tireoideos devem ser rebatidos para exposição da traqueia subjacente; e esta também é rebatida para a direita para facilitar o acesso das estruturas como esôfago, tireoide, nervo laríngeo recorrente, carótida e jugular interna. Para facilitar a identificação do esôfago e consequentemente da lesão é indicado introduzir uma sonda esofágica (FOSSUM, 2008).

A separação do esôfago do restante das estruturas anatômicas pode ser feita com compressas cirúrgicas umedecidas. É importante aspirar todo material do esôfago antes de fazer a incisão para minimizar a contaminação do local cirúrgico (SLATER, 1998).

Suturas de fixação adjacentes ao local da incisão podem ser feitas para estabilizar, auxiliar a manipulação e evitar traumatismo nas bordas esofágicas (CONTESINI et al., 1992).

A incisão no lúmen esofágico deve ser feita em tecido saudável e estendida longitudinalmente, conforme necessário. Em casos de corpos estranhos, removê-los com pinças, tendo cuidado para evitar traumatismos adicionais no órgão (CONTESINI et al., 1992; SLATER, 1998).

Após a manobra cirúrgica, incorporar a mucosa e submucosa esofágica na primeira camada de sutura com pontos simples separados e fio monofilamentar não absorvível de modo que os nós fiquem intraluminais; e na segunda camada incorporar a adventícia e muscular com padrão de sutura simples separado, utilizando o mesmo tipo de fio, deixando os nós extraluminais. O fechamento do órgão em duas camadas resulta em maior resistência da ferida, melhor aposição do tecido e cicatrização favorável. Confira a integridade do fechamento por meio de oclusão do lúmen esofágico, injetando solução salina e observando se haverá vazamento entre as suturas (FOSSUM, 2008).

Após o término do procedimento, lavar a região cirúrgica com solução salina estéril aquecida e retornar a traqueia na sua posição anatômica. Os músculos rebatidos devem ser suturados com fio absorvível (3-0 ou 4-0) em padrão simples contínuo. O tecido subcutâneo deve ser suturado com fio absorvível (3-0 ou 4-0) com padrão de

sutura simples contínuo e a pele com fio não absorvível (monofilamentar 3-0 ou 4-0) com pontos simples separados (CONTESINI et al., 1992; SLATER, 1998).

## 2.2 ESOFAGOSTOMIA

O oferecimento de alimentação por sonda esofágica é indicada em animais anoréxicos, com comprometimento na cavidade oral e faringe. Por outro lado, é contraindicada em pacientes com disfunção esofágica primária ou secundária, após cirurgias de remoção de corpo estranho ou megaesôfago (SLATER, 1998; FOSSUM, 2008).

Tubos de alimentação colocados por esofagostomia cervical causam menos complicações que os nasogástricos e os de faringostomia (FOSSUM, 2008) e possuem como vantagens a facilidade de colocação, administração de alimentos e medicações e facilidade de remoção após colocação (CONTESINI et al., 1992).

Para a realização de esofagostomia, o animal deve estar anestesiado geral e mantido em decúbito lateral direito. A região do ângulo da mandíbula até o início do tórax deve ser preparada assepticamente. A cavidade oral deve ser mantida aberta (SLATER, 1998).

Segundo Fossum (2008), uma sonda de alimentação de cloreto de polivinil (calibre variando de acordo com o tamanho do animal) deve ser medida desde seu ponto de inserção até o nível do sétimo ou oitavo espaço intercostal. Pinças hemostáticas Rochester curva podem auxiliar na colocação da sonda. Colocar a ponta oblíqua do instrumento na boca até a região cervical média. Palpe a ponta à medida que ela se torne saliente através da pele cervical. Faça uma pequena incisão cutânea sobre a ponta do dispositivo e ative a lâmina do instrumento carregada com mola até que fique visível através da incisão cutânea. Usando a ponta da lâmina de bisturi, aumente cuidadosamente a incisão no tecido subcutâneo, na musculatura cervical e parede esofágica, permitindo a penetração do corpo instrumental. Coloque o fio de sutura não-absorvível através dos orifícios laterais da sonda alimentar e do orifício da lâmina do

instrumento. Aperte o fio de sutura até que a ponta da lâmina e a ponta da sonda fiquem bem aproximadas. Retraia a lâmina para o interior do corpo do instrumento e lubrifique a sonda e o corpo do instrumento. Retraia o instrumento e empurre a sonda alimentar para o interior da cavidade oral até sua medição predeterminada.

Ato contínuo remova a sutura para soltar a sonda alimentar da lâmina do instrumento. Lubrifique a sonda e avance-a para o interior do esôfago até que a porção oral inteira da sonda desapareça e a sonda desça até o esôfago, sem torcer ou se curvar. Usar pinça hemostática para avançar a sonda tanto para dentro do esôfago quanto for possível. Fixar a sonda na pele cervical com sutura de armadilha de dedos chinesa (fio não absorvível). Deixe o ponto de saída da sonda exposto e proteja o restante da sonda com atadura (SLATER, 1998; FOSSUM, 2008).

Após colocação, as sondas esofágicas podem ser mantidas por semanas ou meses, desde que seja feita limpezas periódicas. A sonda é removida com corte do fio de ancoragem e tração. A ferida cicatriza por segunda intenção após a remoção do tubo (em 4 a 5 dias) (FOSSUM, 2008).

### 3. CONCLUSÃO

O esôfago é o órgão que comunica a orofaringe ao estômago, transportando alimentos, água e saliva através de movimentos peristálticos.

A esofagotomia é um procedimento cirúrgico realizado em pequenos animais com fins diagnósticos e/ou terapêuticos, ao passo que a esofagostomia é indicada para colocação de sonda em animais que não estão se alimentando ou que precisam poupar a cavidade oral após algum procedimento cirúrgico.

#### 4. REFERÊNCIAS

BARCELLOS, H. H. A.; SILVA FILHO, A. P. F.; BECK, C. A. Influência de três tipos de vias de fornecimento de dietas pós-operatórias na cicatrização de esofagotomia cervical em cães. **Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci.**, São Paulo, v. 37, n.5, p. 112-115, 2000.

CONTESINI, E. A.; PIPPI, N. L.; WITZ, M. I. Avaliação do "flap" muscular na reconstrução parcial da parede esofágica cervical em caninos. **Ciência Rural**, v. 22, n.1, p.51-55, 1992.

FOSSUM, T. W. **Cirurgia de Pequenos Animais**. 3. ed. São Paulo: Mosby, 2008, 1606

PARKER, N.R.; WALTER, P. A.; GAY, J. Diagnosis and surgical management of esophageal perforation. **Journal of the American Animal Hospital Association**, v. 25, n.3, p.587-594, 1989.

SLATER, D. **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1998, 671p.

SCHUNK, C. M. Remoção de corpos estranhos esofágicos. Em: \_\_\_ BOJRAB, M. J. **Técnicas atuais em cirurgia de pequenos animais**. 3. ed. São Paulo : Roca, 1996. p.192-196.