

Doi: <https://doi.org/10.37497/JMRReview.v1i1.8>

Degastrectomia Sem Vagotomia Por Úlcera Perfurada De Coto Gástrico E Deiscência Completa De Anastomose Prévia Em Gastrectomia Subtotal Em Y-De-Roux

Degastrectomy without vagotomy for perforated gastric stump ulcer and complete dehiscence of previous anastomosis in subtotal Roux-en-Y gastrectomy

Marcelo Fiusa Antunes Silva¹, Jurandir Marcondes Ribas Filho²

¹Médico, Cirurgião Geral e do Trauma, Membro Efetivo do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva e Pós-graduando em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sorocaba, São Paulo, Brasil. ²Médico, Cirurgião Geral, Doutor em Clínica Cirúrgica pela Universidade Federal do Paraná, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Curitiba, Paraná, Brasil.

Resumo

Introdução: Duas das principais complicações do bypass gástrico em Y-de-Roux (RYGB) são as deiscências das anastomoses e ulcerações marginais, ainda que a associação entre as duas seja considerada rara. **Objetivo:** Relatar um caso de degastrectomia sem vagotomia realizada em nosso Serviço devido a uma úlcera perfurada de coto gástrico e deiscência completa da anastomose após RYGB. **Relato do Caso:** Trata-se de paciente atendido na Urgência do Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Sorocaba - SP. O paciente havia passado por uma RYGB e, seis meses após a cirurgia, seu coto gástrico apresentou uma úlcera perfurante, tendo sua anastomose tido uma deiscência completa. A resolução baseou-se na realização de uma degastrectomia sem vagotomia. Após o procedimento, o paciente se recuperou bem e obteve alta após sete dias de pós-operatório. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada foram essenciais para o diagnóstico da complicação. **Conclusão:** A degastrectomia é uma opção cirúrgica de alta eficiência para a ulceração perfurante de coto gástrico com deiscência da anastomose, e deve ser realizada com urgência visando o melhor prognóstico.

Palavras-chave: RYGB, Degastrectomia, Úlcera Gástrica, Deiscência.

Abstract

Background: Two of the main complications of Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) are anastomoses dehiscence and marginal ulcerations, although the association between the two is considered rare. **Aim:** To report a case of degastrectomy without vagotomy performed in our Service due to a perforated gastric stump ulcer and complete dehiscence of the anastomosis after RYGB. **Case Report:** This is a patient treated at the Emergency Department of the General Surgery and Digestive System of Santa Casa de Sorocaba - SP. The patient had undergone an RYGB and, six months after the surgery, his gastric stump presented a perforating ulcer, and his anastomosis had a complete dehiscence. The resolution was based on performing a degastrectomy without vagotomy. After the procedure, the patient recovered well and was discharged seven days after the surgery. Ultrasonography and computed tomography were essential for the diagnosis of the complication. **Conclusion:** Degastrectomy is a highly efficient surgical option for perforating gastric stump ulceration with anastomotic dehiscence, and should be performed urgently for the best prognosis.

Keywords: RYGB, Degastrectomy, Gastric Ulcer, Dehiscence.

Introdução

O número de cirurgias para correção de úlceras pépticas vem diminuindo consideravelmente nas últimas décadas. Há aproximadamente 20 a 30 anos, provavelmente era a cirurgia mais realizada por residentes (1). A gastrectomia de emergência para úlcera péptica complicada, incluindo sangramento, perfuração e obstrução, confere uma alta taxa de mortalidade de cerca de 12 a 24%. Desde o advento da erradicação do *Helicobacter pylori* aliada a intervenções endoscópicas para tratamento da doença ulcerosa, a gastrectomia de emergência é frequentemente considerada como uma cirurgia de resgate após falha das intervenções primárias, embora seja um procedimento tecnicamente exigente. Fatores associados a maus resultados do paciente após gastrectomia incluem idade avançada, presença de comorbidades e necessidade de transfusão de sangue (2).

Sempre que possível, a gastrectomia deve ser realizada ao invés de se realizar apenas uma sutura da região perfurada nos casos de perfurações terebrantes ou de grande dimensão. A sutura

acaba por atender apenas a situações de emergência em casos de perfurações de pequena dimensão, mas os fatores predisponentes ainda permanecerão presentes. Sendo assim, a sutura deve ser reservada apenas para pacientes em más condições clínicas, ou mesmo quando a cavidade abdominal estiver contaminada com pus e / ou alimentos. Nestes casos, deve-se preferir a gastrectomia parcial com reconstrução de Bilroth I, sempre que possível, ou Bilroth II, quando o duodeno não apresenta condições ideais para ser utilizado na reconstrução. Ainda, recomenda-se a drenagem da cavidade tanto após a gastrectomia quanto após a sutura da perfuração, pois as condições na cavidade estimulam a deiscência pós-operatória (1).

A degastrectomia é a realização de uma nova abordagem e ressecção gástrica em pacientes previamente já submetidos ao procedimento. Ela é normalmente realizada quando existem recidivas locais de tumores ou desenvolvimento de complicações na área da anastomose ou, menos comumente, como tratamento para a recidiva de úlceras (3). Já a vagotomia consiste da secção do nervo vago que, dentre outras funções, exerce um dos estímulos para a produção de secreção ácida em determinadas células do estômago. Esse procedimento está condicionado à extensão da ressecção do estômago e a realização de gastrectomias alargadas com ressecção quase total do estômago dispensa a realização de vagotomia por eliminar grande parte da área produtora de secreção ácida (4).

Relato do Caso

Tratou-se de um paciente de 42 anos, aparentemente hígido, que foi encaminhado para o Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Sorocaba - SP em junho de 2022, com histórico de quatro dias de cólicas no hipocôndrio esquerdo associadas a náuseas e adinamia. O paciente também referiu a realização de RYGB em janeiro de 2022 por conta de uma úlcera duodenal. O trabalho seguiu as recomendações quanto aos aspectos éticos e legais envolvendo as pesquisas com seres humanos.

Uma ultrassonografia (USG) de abdome total demonstrou borramento de gordura pericólica no mesogástrio, com uma alça intestinal adjacente espessada. Além disso, exame laboratorial demonstrou que o paciente possuía leucocitose, com 33.000 bastonetes/mm³. O quadro álgico do paciente evoluiu com melhora após suporte clínico e, durante a investigação do diagnóstico, foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) do abdome total que demonstrou sinais de manipulação cirúrgica prévia do estômago, uma coleção esplênica de aproximadamente 300 ml com nível hidroaéreo (Figura 1), e um pequeno pneumoperitônio (Figura 2). Por conta dos resultados da TC, optou-se pela intervenção cirúrgica.

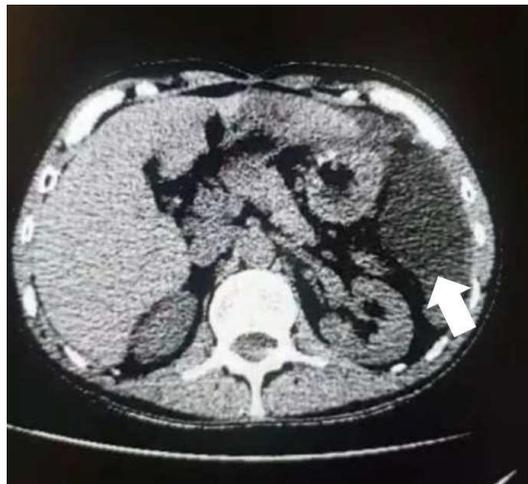


Figura 1 - Líquido livre periesplênico (seta).

Fonte: acervo dos autores.



Figura 2 - Pneumoperitônio (seta).
Fonte: acervo dos autores.

Uma laparotomia exploradora foi realizada, e demonstrou a evidência, no intra-operatório, de uma coleção seropurulenta livre na cavidade, com intenso processo inflamatório de vísceras. Após a lise das bridas, foi identificado um coto gástrico que apresentava uma úlcera perforada na parede interior e deiscência completa da gastroenteroanastomose previamente realizada. A equipe então optou por realizar uma degastrectomia sem vagotomia, com reconstrução do procedimento anterior utilizando grampeadores lineares, e mantendo a via transmesocólica prévia. Além disso, foi realizada a drenagem da cavidade e a passagem de uma sonda enteral de Dobbhoff, colocada 20 cm após a gastroenteroanastomose. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, e o paciente foi encaminhado para cuidados pós-operatórios imediatos em unidade de terapia intensiva (UTI). As Figuras de 3 a 5 trazem detalhes do procedimento cirúrgico descrito.

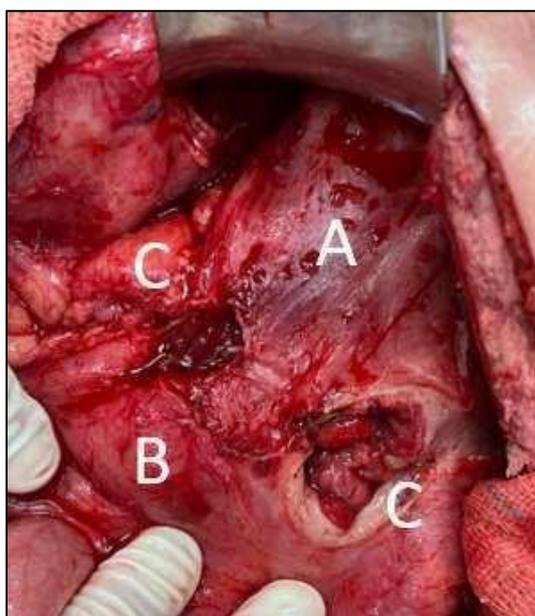


Figura 3 - Aspecto prévio à cirurgia: A - coto gástrico; B - porção ileal de gastroenteroanastomose; C - deiscência de anastomose gastroentérica com úlcera de coto gástrico.
Fonte: acervo dos autores.

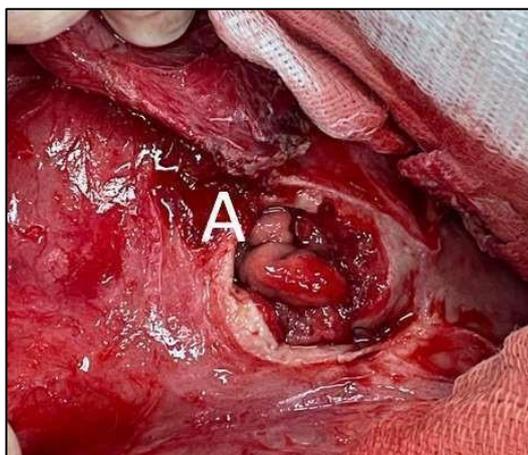


Figura 4 - Úlcera de coto gástrico perfurada (A) em deiscência de anastomose.
Fonte: acervo dos autores.

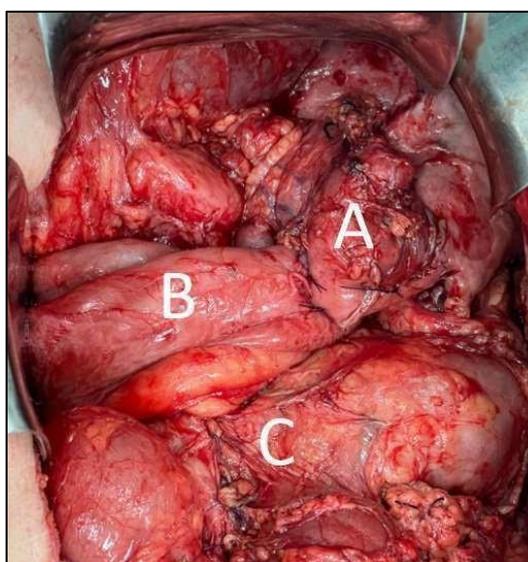


Figura 5 - Aspecto final da cirurgia: A - coto gástrico remanescente de degastrectomia; B - porção ileal de nova gastroenteroanastomose; C - fechamento de brecha prévia transmesocólica.
Fonte: acervo dos autores.

O paciente permaneceu quatro dias na UTI sob antibioticoterapia endovenosa e dreno túbulo-laminar. Além disso, apresentou débito seroso em pequena monta, recebendo alta para a enfermaria com dieta enteral liberada ao terceiro dia de pós-operatório. O paciente apresentou boa evolução, sem intercorrências no período, sendo liberada dieta oral líquida no quinto dia de pós-operatório, com retirada da dieta enteral no dia seguinte e progressão dietética conforme sua aceitação até a alta hospitalar, ocorrida no sétimo dia de pós-operatório, com retorno do trânsito intestinal normalizado.

O resultado do estudo anatomopatológico da peça evidenciou um processo inflamatório crônico em agudização, com serosite aguda fibrinopurulenta e ausência de indícios morfológicos de malignidade.

Discussão

Ramos et al. (5), descreveram o caso de um paciente do sexo masculino de 61 anos que foi diagnosticado com tumor infiltrativo de 6 cm localizado na pequena curvatura do corpo gástrico médio invadindo a cárdia. A biópsia revelou adenocarcinoma difuso e as comorbidades incluíam obesidade



mórbida (IMC 40,8) e hipertensão arterial. Uma TC de estadiamento mostrou espessamento da pequena curvatura gástrica sem qualquer aumento dos linfonodos. O paciente foi submetido à gastrectomia total com dissecação linfonodal D2 e reconstrução em Y de Roux. Nenhum vazamento ocorreu após o teste de azul de metileno. A anastomose foi drenada com drenos tubulares bilaterais de silicone. No 5º dia de pós-operatório, o paciente apresentou dor abdominal difusa e drenagem de líquido entérico no dreno abdominal tubular. Uma TC com contraste oral demonstrou vazamento na área anastomótica. Por se tratar de uma fístula precoce associada à peritonite, foi realizada laparotomia exploradora que revelou deiscência de sutura de 40% da parede posterior da anastomose esofagojejunal. Não foram observados fatores locais específicos que pudessem explicar a ocorrência precoce da fístula, fatores esses que também não foram observados neste relato. Posteriormente, a paciente confessou ingestão não autorizada de líquidos desde o primeiro dia de pós-operatório. Foi realizada sutura da área de deiscência, jejunostomia nutricional, sonda nasoentérica para decompressão e drenagem da cavidade. Dois dias após a cirurgia revisional, ocorreu novamente extravasamento de líquido entérico no dreno abdominal, porém sem sinais clínicos de peritonite. Após discussão e avaliação do estado clínico do paciente, optou-se pelo tratamento não cirúrgico da fístula recorrente. O paciente permaneceu estável com antibioticoterapia, nutrição parenteral e enteral. Os autores ainda comentaram que apesar da diminuição da incidência de câncer gástrico no Brasil, as estatísticas mostravam que, dos diagnosticados, houve aumento da incidência de lesões proximais resultando em maior proporção de gastrectomias totais em relação às subtotais. O uso de quimioterapia perioperatória, bem como cirurgia de resgate e paliativa ampliou as indicações de ressecção cirúrgica. Essa tendência levou os cirurgiões a se desafiarem realizando operações em pacientes mais críticos com maiores riscos de complicações, incluindo fístula. No Serviço dos autores, após 169 esofagojejunostomias consecutivas para gastrectomias totais entre 2009 e 2014 houve nove casos (5,3%) de fístula com três desfechos fatais. Especificamente, quando a degastrectomia foi realizada a incidência de fístula foi maior, ocorrendo em quatro dos 30 casos (13,3%).

Pereira e colaboradores (6), descreveram um paciente que desenvolveu dor abdominal aguda, hiperamilasemia e massa abdominal palpável, cinco anos após uma gastrectomia à Billroth II. Na laparotomia o paciente apresentava estenose completa do ramo aferente com evidência de estrangulamento e necrose. Não havia evidência de pancreatite ou pseudocisto pancreático. O paciente foi submetido a duodenopancreatectomia mais degastrectomia e faleceu 18 horas após o procedimento na UTI. A massa foi inicialmente interpretada como pseudocisto pancreático. Uma USG forneceu evidências suficientes para diferenciar um pseudocisto pancreático de alça aferente obstruída, pela presença de massa cística peripancreática, debris dentro da massa e ausência do sinal do teclado, sugerindo apagamento das valvas coniventes do intestino delgado. No entanto, uma TC do abdome tem sido sugerida como altamente característica, sendo que a mesma foi realizada no relato aqui apresentado, se não patognomônica, para uma alça aferente obstruída deveria ser considerada primeiro em pacientes com pancreatite após gastrectomia à Billroth II. Além disso, uma história de gastrectomia prévia, dor abdominal recorrente ou intensa, hiperamilasemia com tomografia característica e achados endoscópicos geralmente estabelecem o diagnóstico e exigem avaliação e intervenção cirúrgica.

Por sua vez, Takano et al. (7), apresentaram um caso de invaginação jejunogástrica (IJG), em uma paciente do sexo feminino, cuja provável etiologia foi o aumento da pressão intra-abdominal decorrente de vômitos incoercíveis, tendo sido a hemorragia digestiva sua principal manifestação, com dor epigástrica secundária, sem presença de massa palpável no epigástrico, diagnosticada por endoscopia. A paciente foi submetida a cirurgia, onde foi realizada uma gastrectomia à Billroth II com invaginação de alça eferente. Foi realizada degastrectomia com reconstrução em Y- de-Roux e enterectomia do segmento invaginado. A paciente apresentou boa evolução clínica. Para os autores, muito embora a IJG seja rara, era importante estar familiarizado com ela, visto que nos casos agudos era fundamental o diagnóstico precoce.

No caso descrito por Ramos et al. (5), de forma contrária à conduta relatada nesse caso, observou-se que os autores não optaram pelo tratamento cirúrgico. Todavia, a reabordagem realizada no caso que aqui descrito seguiu o exemplo demonstrado por Pereira et al. (6), que também optaram pela reabordagem cirúrgica do paciente. De forma semelhante, corroborando nossa conduta, Takano et al. (7), também optaram pela reabordagem cirúrgica.



Conclusão

A degastrectomia é uma opção cirúrgica de alta eficiência para a ulceração perforante de coto gástrico com deiscência da anastomose, e deve ser realizada com urgência visando o melhor prognóstico.

Referências

1. Ilias EJ. What is the role of gastrectomy in the treatment of peptic ulcer? Rev Assoc Med Bras. fevereiro de 2011;57:9-9.
2. Cheng M, Li WH, Cheung MT. Early outcome after emergency gastrectomy for complicated peptic ulcer disease. Hong Kong Med J. agosto de 2012;18(4):291- 8.
3. Volpe P, Domene CE, Santana AV, Mira WG, Santo MA. Complications and late follow-up of scopinaro's surgery with gastric preservation: 1570 patients operated in 20 years. Arq Bras Cir Dig. 35:e1646.
4. Rabben HL, Zhao CM, Hayakawa Y, Wang TC, Chen D. Vagotomy and Gastric Tumorigenesis. Curr Neuropharmacol. 2016;14(8):967-72.
5. Ramos MFKP, Martins B da C, Alves AM, Maluf-Filho F, Ribeiro-Júnior U, Zilberstein B, et al. Endoscopic stent for treatment of esophagojejunosomy fistula. ABCD, arq bras cir dig. setembro de 2015;28:216-7.
6. Pereira GA, Féres O, Andrade JI de, Ceneviva R. Síndrome da alça aferente com necrose simulando pseudocisto de pâncreas. Rev Col Bras Cir. abril de 1998;25:138-40.
7. Takano CK, Souza F de, Okawa M. Invaginação jejunogástrica como causa de hemorragia digestiva. GED gastroenterol endosc dig. 1997;35-6.