

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS PRECOSES NO BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX

Early postoperative complications in Roux-en-Y gastric bypass

Aluisio **STOLL**, Leandro **ROSIN**, Mariana Fernandes **DIAS**, Bruna **MARQUIOTTI**, Giovana **GUGELMIN**, Gabriela Fanezzi **STOLL**

Trabalho realizado no Centro Hospitalar da Unimed e no Hospital Dona Helena, Joinville, SC, Brasil.

DESCRIPTORIOS: Cirurgia bariátrica. Complicações pós-operatórias. Bypass gástrico.

RESUMO - Racional: Bypass gástrico em Y-de-Roux é uma das operações bariátricas mais comuns e leva a perdas consideráveis de peso já nos primeiros meses. **Objetivo:** Quantificar as principais complicações pós-operatórias precoces em pacientes submetidos ao bypass gástrico. **Método:** Coorte retrospectiva observacional. Amostra de 1051 pacientes portadores de obesidade grau II associada à comorbidades ou grau III submetidos ao bypass gástrico com acompanhamento de 30 dias a partir da data da operação. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 36 anos com predominância de mulheres (81,1%). O índice de massa corporal pré-operatório médio foi de 43 kg/m². A principal complicação foi fistula (2,3%), seguida de obstrução intestinal (0,5%) e tromboembolismo pulmonar (0,5%). Óbito ocorreu em 0,6% dos casos. **Conclusão:** No período de 30 dias de pós-operatório a taxa geral de complicações foi de 3,8%; a de reoperação de 2,6% e óbito em 0,6%. A fistula foi a principal complicação e a principal causa de internamento em unidade de terapia intensiva, de reoperação e de óbito.

Correspondência:

Aluisio Stoll
aluisiostoll@gmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 18/02/2016
Aceito para publicação: 07/06/2016

HEADINGS - Bariatric surgery. Postoperative complications. Gastric bypass.

ABSTRACT - Background: Roux-en-Y gastric bypass is one of the most common bariatric surgery and leads to considerable weight loss in the first months. **Aim:** To quantify the main early postoperative complications in patients submitted to the gastric bypass. **Method:** Observational retrospective cohort. Data of 1051 patients with class II obesity associated with comorbidities or class III obesity submitted to the gastric bypass with 30 days of follow-up starting from the date of the surgery. **Results:** The age average was 36 years with a predominance of females (81.1%). The mean preoperative body mass index was 43 kg/m². The major complication was fistula (2.3%), followed by intestinal obstruction (0.5%) and pulmonary embolism (0.5%). Death occurred in 0.6% of the cases. **Conclusion:** In the period of 30 days after surgery the overall complication rate was 3.8%; reoperation was necessary in 2.6% and death occurred in 0.6%. Fistula was the main complication and the leading cause of hospitalization in intensive care unit, reoperation and death.

INTRODUÇÃO

A obesidade afeta milhões de pessoas, sendo assim considerada uma epidemia¹⁰. No Brasil, cerca de 40% da população encontra-se acima do peso e em torno de 10% do total dos gastos com saúde pública são direcionados ao manejo de pacientes obesos¹⁰. A presença de obesidade é considerada em indivíduos com índice de massa corporal (IMC) >30 kg/m², entretanto somente são candidatos à cirurgia bariátrica pacientes que apresentam IMC entre 35-40 kg/m² (obesidade grau II) com comorbidades ou IMC >40 kg/m² (obesidade grau III)^{10,11}.

Operações bariátricas não promovem a cura da obesidade; todavia, podem contribuir para redução do excesso de peso, além de proporcionar melhora de algumas comorbidades e diminuição da mortalidade provocados pelo peso em excesso^{2,7}. Tais procedimentos produzem um estado controlado de subnutrição o que tende a proporcionar perda de peso sustentada^{3,4}.

Uma das operações bariátricas mais realizadas no mundo é o bypass gástrico em Y-de-Roux (bypass gástrico ou derivação gástrica), o qual é considerado como padrão-ouro por muitos cirurgiões por ser seguro ao apresentar baixo índice de complicações⁹. Esta técnica apresenta importante efeito antidiabetogênico com bons resultados antes da ocorrência da grande perda de peso os quais incluem melhora do controle glicêmico e redução do uso de hipoglicemiantes em curto prazo^{12,13}.

Em operações para obesidade, as taxas de complicações gerais variam de 10-17%, as de reoperações ficam em torno de 7% e a mortalidade encontram-se entre 0,08-0,35%³. Neste contexto, apesar da segurança do bypass gástrico estar bem documentada, há complicações que podem ocorrer relacionadas ao procedimento¹.

Este artigo busca quantificar as principais complicações pós-operatórias precoces em pacientes submetidos ao bypass gástrico, considerando como precoce o período de 30 dias após a realização da operação.

MÉTODOS

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt/SES/SC com registro número 47413415.4.0000.5363.

Estudo de coorte retrospectiva observacional. A amostra foi composta por 1051 pacientes portadores de IMC entre 35-40 kg/m² associado a comorbidades ou IMC > 40 kg/m² submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux. As operações foram realizadas no Centro Hospitalar da Unimed e no Hospital Dona Helena, ambos em Joinville, SC, Brasil. Os dados analisados foram coletados prospectivamente. O período de análise foi de novembro de 1999 a maio de 2015 com acompanhamento dos pacientes por 30 dias a partir da data da operação. As variáveis analisadas foram: gênero, idade no dia do procedimento, peso e IMC pré-operatórios, procedimento bariátrico realizado e principais complicações pós-operatórias precoces. As complicações consideradas foram: fístulas, obstruções intestinais, tromboembolismo pulmonar e situações que resultaram em reoperação, internamento em UTI ou óbito.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes acima de 16 anos com indicação cirúrgica e que foram submetidos ao bypass gástrico. Não houve critérios de exclusão, uma vez que todos os pacientes encontravam-se dentro dos critérios vigentes da indicação operatória.

Neste estudo, as variáveis contínuas foram descritas por médias e desvios-padrão e as variáveis nominais e discretas por frequências e percentuais.

RESULTADOS

A idade variou entre 16-68 anos (36±10,3). Oito tinham entre 16-17 anos (16,6±0,5); 358 entre 18-39 anos (30,4±5,3); 680 entre 40-65 anos (48±6,1) e cinco mais de 65 anos (67,2±0,8). Foram contabilizadas 852 (81,1%) mulheres e 199 (18,9%) homens. O IMC pré-operatório variou de 35-61,1 kg/m² (43±4,9) e o peso pré-operatório variou de 80-198 kg (117,7±19).

Constatou-se 236 pacientes com IMC entre 35-40 kg/m² os quais apresentavam hipertensão arterial sistêmica em 48,7% (n=115), dislipidemia em 28% (n=66), diabetes melito tipo 2 em 19,9% (n=47), apneia obstrutiva do sono em 11,4% (n=27) e doença do refluxo gastroesofágico em 5,9% (n=14).

Do total, 40 (3,8%) pacientes complicaram. Desses a principal complicação foi fístula em 24 pacientes (2,3%), seguida de obstrução intestinal em cinco (0,5%) e tromboembolismo pulmonar também em cinco (0,5%). Considerando o IMC dos 40 que apresentaram complicações, foi observado que o maior número deles (n=30) tinham IMC ≥ 40 kg/m², sendo que as complicações também se mostraram mais frequentes dentre eles (Tabela 1).

TABELA 1 - Índice de complicações nos primeiros 30 dias de pós-operatório de acordo com o IMC pré-operatório.

Complicações	IMC de 35 a 40 kg/m ² (n=10)		IMC > 40 kg/m ² (n=30)	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Fístula	6	25%	18	75%
Obstrução Intestinal	1	20%	4	80%
Tromboembolismo	0	0%	5	100%
Reoperações	9	33%	18	67%
UTI	3	19%	13	81%
Óbito	1	17%	5	83%

Internamento em UTI foi necessário em 16 pacientes (1,5%), sendo oito por causa de fístula, três por tromboembolismo, dois por insuficiência respiratória, um por sangramento, um por obstrução intestinal e um por perfuração intestinal (Figura 1).

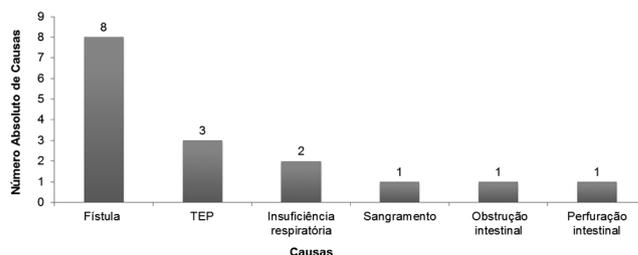


FIGURA 1 - Causas de internamento em UTI nos primeiros 30 dias de pós-operatório

Reoperação foi necessária em 27 pacientes (2,6%), das quais 14 (51,9%) foram por fístula, cinco (18,5%) por obstrução intestinal, quatro (14,8%) por sangramento, duas (7,4%) por suspeita de peritonite, uma (3,7%) por perfuração intestinal e uma (3,7%) por pancreatite necrohemorrágica.

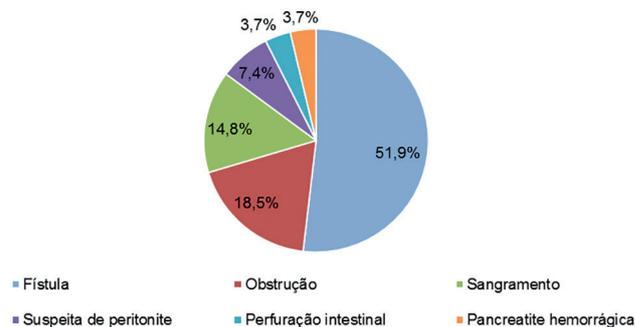


FIGURA 2 - Causas de reoperação considerando-se os primeiros 30 dias de pós-operatório

Óbito ocorreu em seis (0,6%) pacientes, dentre eles quatro por fístula e dois por tromboembolismo.

Analisou-se índice de complicações de novembro de 1999 a maio de 2015 e pôde-se constatar que o maior número de agravos ocorreu nos primeiros anos da série, destacando-se 2001, 2002, 2003 e 2005 (Figura 3).

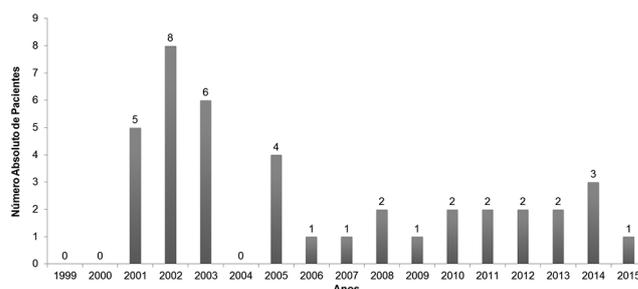


FIGURA 3 - Índice de complicações em número absoluto durante os primeiros 30 dias após a operação no período de 1999 a 2015

DISCUSSÃO

Neste estudo, destacou-se um total de 40 (3,8%) pacientes com alguma das complicações analisadas, sendo que 23 (2,2%) necessitaram reoperação. Estes dados corroboram os do Colégio Americano de Cirurgiões que publicou análise do período de 30 dias de pacientes submetidos ao bypass gástrico por videolaparoscopia com taxa de complicações maiores de 3,3% e de reoperações de 3,6%⁵.

A ocorrência de fístula tem sido uma das complicações precoces mais frequentes associadas ao bypass gástrico e à necessidade de realização de colecistectomia associada como

principal complicação tardia¹⁴. O presente estudo constatou fístula como a complicação mais frequente, presente em 2,3% do total de pacientes.

Pacientes submetidos ao bypass gástrico apresentaram ocorrência de tromboembolismo e trombose venosa profunda em torno de 2-4%¹⁰. Além da obesidade ser um fator de risco para fenômenos trombóticos, a presença IMC > 40 kg/m² constitui um fator de risco independente para o desencadeamento de morte súbita no pós-operatório por tromboembolismo¹⁰. A presente pesquisa diagnosticou-o em cinco pacientes (0,5%) do total analisado, sendo que todos apresentavam IMC > 40 kg/m² e dois morreram.

Mason et al.⁶, em revisão retrospectiva publicada em 2007 de 38501 procedimentos bariátricos, encontraram taxa de mortalidade de 0,24% (93 óbitos) com destaque entre as três principais causas: tromboembolismo (32%), complicações relacionadas à fístula (15%) e distúrbios de origem cardíaca (13%). Neste estudo, dados analisados evidenciaram fístula como principal causa de mortalidade seguida de tromboembolismo.

Chang et al.³ encontraram taxa de mortalidade de 0,38% (0,22-0,59) no período de 30 dias após bypass gástrico. Similarmente, o obituário no presente estudo foi de 0,6%.

É controversa a realização de cirurgia bariátrica em idosos com mais de 65 anos, uma vez que há neles evidências de maior morbimortalidade cirúrgica⁸. No presente estudo, houve cinco pacientes com mais de 65 anos, sendo que somente um teve fístula da anastomose seguida de óbito.

CONCLUSÃO

No período de 30 dias de pós-operatório a taxa geral de complicações foi de 3,8%; a de reoperação de 2,6% e óbito em 0,6%. A fístula foi a principal complicação e a principal causa de internamento em UTI, de reoperação e de óbito.

REFERÊNCIAS

1. Acquafresca PA, Palermo M, Rogula T, Duza GE, Serra E. Complicações cirúrgicas tardias após bypass gástrico: revisão da literatura. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(1):74-80.

2. Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA, Livingston EH, Van Scoyoc L, Yancy WS, et al. Association between bariatric surgery and long-term survival. *Jama.* 2015;313(1):62-70.
3. Chang S-H, Stoll CRT, Song J, Varela E, Eagon CJ, Colditz GA. Bariatric surgery: an updated systematic review and meta analysis, 2003-2012. *Jama Surg.* 2014;149(3):275-87.
4. Jóia-Neto L, Lopes-junior AG, Jacob CE. Alterações metabólicas e digestivas no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2010;23(4):266-9.
5. Lancaster RT, Hutter MM. Bands and bypasses: 30-Day morbidity and mortality of bariatric surgical procedures as assessed by prospective, multi-center, risk-adjusted ACS-NSQIP data. *Surg Endosc.* 2008;22:2554-63.
6. Mason EE, Renquist KE, Huang Y-H, Jamal M, Samuel I. Causes of 30-day Bariatric Surgery Mortality: With Emphasis on Bypass Obstruction. *Obes Surg.* 2007;17:9-14.
7. Novais PFS, Junior IR, Leite CV de S, Oliveira MRM de. Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica - derivação gástrica em Y de Roux. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010;54(3):303-10.
8. Pajek D, Santo MA, Joaquim HDG, Morita F, Riccioppo D, Cleve R De, et al. Cirurgia bariátrica em idosos: resultados de seguimento de cinco anos. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(1):15-8.
9. Ramos AC, Silva ACS, Ramos MG, Canseco EGC, Galvão-Neto M dos P, Menezes M de A, et al. Bypass gástrico simplificado: 13 anos de experiência e 12.000 Pacientes operados. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(1):2-8.
10. Sanches GD, Gazoni FM, Konishi RK, Guimaraes HP, Vendrame LS, Lopes RD. Cuidados Intensivos para Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007;19(2):205-9.
11. Stol A, Gugelmin G, Lampa-Junior VM, Frigulha C, Selbach RA. Complicações e óbitos nas operações para tratar a obesidade mórbida. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2011;24(4):282-4.
12. Stoll A, Silva JC, Bahten LC Von, Gugelmin G, Vedan AB, Souza BV de. O efeito em curto prazo do bypass gástrico sobre pacientes diabéticos. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(1):11-5.
13. Varaschim M, Nassif PAN, Moreira LB, Nascimento MM Do, Vieira GMN, Garcia RF, et al. Alterações dos parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes obesos com diabetes melito tipo 2 submetidos à derivação gastrojejunal em y de Roux sem anel. *Rev Col Bras Cir.* 2012;39(3):178-82.
14. Wizesinski A, Corrêa JM, Fernandes TMB, Monteiro LF, Trevisol FS, Nascimento RR do. Complicações que necessitaram de manejo hospitalar no pós-operatório de cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2015;28(1):3-6.