

COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA TRANSGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

LAPAROSCOPIC TRANSGASTRIC ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AFTER BARIATRIC SURGERY

Alcides José Branco Filho, TCBC-PR¹; Rafael William Noda²; William Kondo, ACBC-PR¹;
Marco Aurélio de George¹; Marlon Rangel, TCBC-PR¹

INTRODUÇÃO

O número de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica aumentou dramaticamente nos últimos anos, uma vez que a maioria das opções de tratamento conservador para a obesidade mórbida (dieta, exercício físico, alterações comportamentais e medicações) não é capaz de manter uma perda de peso efetiva a longo prazo¹.

Atualmente a cirurgia de bypass gástrico é o procedimento mais comumente realizado para o tratamento da obesidade mórbida nos Estados Unidos, seja por via aberta ou por laparoscopia¹. No entanto, as alterações anatômicas criadas por esta cirurgia representam um grande desafio aos endoscopistas quando o acesso à árvore biliar ou ao estômago excluído é necessário². Há poucos relatos na literatura internacional que descrevem o manejo endoscópico de doenças do trato biliar com sucesso nesses pacientes^{2,4}. Este artigo relata o acesso laparoscópico transgástrico para o tratamento endoscópico de coledocolitíase em paciente previamente submetido a bypass gástrico em Y-de-Roux para obesidade mórbida.

RELATO DO CASO

Paciente de 52 anos, sexo masculino, submetido a bypass gástrico em Y-de-Roux por via aberta em abril de 2001 para o tratamento de obesidade mórbida (Peso = 140kg; altura = 1,80m; índice de massa corporal, IMC = 43,2kg/m²), procurou nosso serviço em dezembro de 2005 com queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito, febre, náuseas e vômitos. Na ocasião seu peso era de 95kg, com IMC de 29,3kg/m².

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral e icterício, com dor à palpação na região subcostal direita, com sinal de Murphy positivo. Os exames laboratoriais demonstraram quadro clínico compatível com icterícia obstrutiva, com aumento dos valores de fosfatase alcalina, gama-glutamil transferase e bilirrubinas (predomínio de bilirrubina direta).

A operação proposta foi uma colecistectomia laparoscópica com colangiografia intra-operatória. A

colecistectomia foi realizada utilizando duas punções de 10mm, uma em região supra-umbilical para a ótica de 30° e outra em hipocôndrio esquerdo, e duas punções de 5mm, em região subcostal direita na linha hemiclavicular e em flanco direito. Após identificação do ducto cístico, um clipe foi posicionado proximalmente e o ducto foi aberto parcialmente para a introdução de um cateter para a realização da colangiografia intra-operatória, que demonstrou uma obstrução sugestiva de litíase no colédoco terminal, sem passagem do contraste para o duodeno (Figura 1A).

Como o paciente havia sido submetido a bypass gástrico, a colangiografia endoscópica retrógrada transoral não pôde ser realizada. Optou-se por realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada e papilotomia por acesso transgástrico.

O estômago excluído foi mobilizado e levado à parede abdominal. A exteriorização gástrica foi realizada através da ampliação do orifício da punção subcostal esquerda de 10mm. A abertura da parede gástrica a céu aberto (Figura 2A) permitiu a passagem do coledocoscópio e o acesso à papila duodenal para a realização da papilotomia endoscópica. Um cálculo da via biliar pôde ser retirado com sucesso e a colangiografia pós-papilotomia demonstrou a passagem do contraste para o duodeno (Figura 1B). A parede gástrica foi

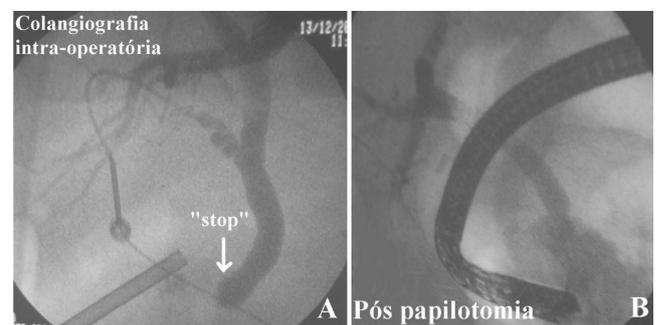


Figura 1 - (A) Colangiografia intra-operatória transcística demonstrando parada do contraste no colédoco terminal, sem progressão para o duodeno. (B) Colangiografia endoscópica retrógrada após confecção da papilotomia e retirada do cálculo, denotando a passagem do contraste para o duodeno.

1. Cirurgião Geral do Hospital do Hospital Vita.
2. Cirurgião Geral e Endoscopista do Hospital Vita.
3. Cirurgião Geral do Hospital Vita.

Recebido em 06/03/2006

Aceito para publicação em 24/04/2006

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Vita, Curitiba- PR.

fechada em dois planos e o estômago foi re-introduzido na cavidade abdominal (Figura 2B).

O paciente apresentou excelente evolução pós-operatória, iniciando dieta via oral no 2º pós operatório e recebendo alta hospitalar no 3º dia após o procedimento.

DISCUSSÃO

A realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada terapêutica em pacientes que foram submetidos à cirurgia com derivação em Y-de-Roux é trabalhosa, principalmente quando uma longa alça exclusiva de intestino delgado foi criada⁵.

O primeiro caso de confecção cirúrgica de gastrostomia com o propósito único de acessar a papila para o tratamento endoscópico de doença do trato bilio-pancreático após bypass gástrico em obeso mórbido foi descrito por Baron *et al*³, em 1998. Após este relato inicial, essa via de acesso foi utilizada por outros autores para o tratamento de estenose benigna da via biliar⁴ e de coledocolitíase².

A abordagem transgástrica por via laparoscópica oferece distintas vantagens incluindo o acesso rápido ao duodeno, visualização da ampola em sua anatomia usual, uso terapêutico do duodenoscópio e possibilidade de manutenção de um acesso duodenal. Ainda que a intervenção cirúrgi-

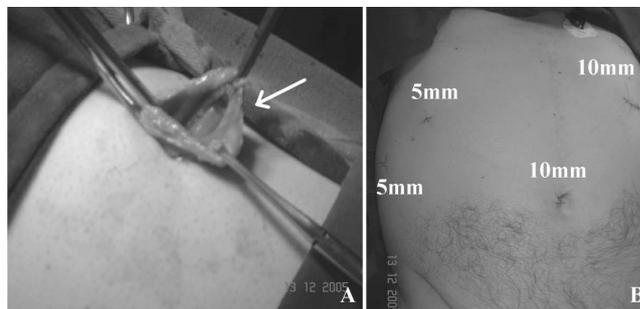


Figura 2 - (A) Exteriorização do estômago através da ampliação do orifício do trocar de 10mm em hipocôndrio esquerdo para a passagem do coledoscópio. (B) Aspecto final da cirurgia.

ca seja necessária, a gastrostomia laparoscópica está associada a uma morbidade limitada².

Acreditamos que este seja o primeiro caso relatado no Brasil de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada por acesso transgástrico laparoscópico para o tratamento de doenças do trato biliar após bypass gástrico em Y-de-Roux em obesos mórbidos. Pudemos reproduzir com sucesso a técnica previamente descrita, confirmando a segurança desta via de acesso nesses pacientes com anatomia cirúrgica alterada.

ABSTRACT

Access to the gastric remnant and duodenum is lost after Roux-en-Y gastric bypasses for morbid obesity. Laparoscopic transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography has recently been described to manage biliary problems in such cases. We describe the first brazilian case of management of choledocholithiasis after a Roux-en-Y gastric bypass using this approach (Rev. Col. Bras. Cir. 2008; 35(6): 445-446).

Key words: Obesity morbid; Bariatric surgery/complications; Choledocholithiasis; Laparoscopic.

REFERÊNCIAS

1. Simpfendorfer CH, Szomstein S, Rosenthal R. Laparoscopic gastric bypass for refractory morbid obesity. *Surg Clin North Am.* 2005; 85(1):119-27.
2. Pimentel RR, Mehran A, Szomstein S, et al. Laparoscopy-assisted transgastrostomy ERCP after bariatric surgery: case report of a novel approach. *Gastrointest Endosc.* 2004; 59(2):325-8.
3. Baron TH, Vickers SM. Surgical gastrostomy placement as access for diagnostic and therapeutic ERCP. *Gastrointest Endosc.* 1998; 48(6):640-1.
4. Peters M, Pappasavvas PK, Caushaj PF, et al. Laparoscopic transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography for benign common bile duct stricture after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2002;16(7):1106.
5. Higa KD, Boone KB, Ho T. Complications of the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 1,040 patients - what have we learned? *Obes Surg.* 2000; 10(6):509-13.

Como citar este artigo:

Branco Filho AJ, Noda RW, Kondo W, George MA, Rangel M. Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada transgástrica laparoscópica após cirurgia bariátrica Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2008; 35(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rbcb>

Endereço para correspondência

William Kondo

Avenida Getúlio Vargas, 3163 ap 21

Curitiba – Paraná

E-mail: williamkondo@yahoo.com