

ABCDDV/1066

ABCD Arq Bras Cir Dig  
2014;27(3):80-222

Carta ao Editor

## TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULAS PÓS-GASTRECTOMIA VERTICAL: SEPTOTOMIA ASSOCIADA À DILATAÇÃO PNEUMÁTICA DA INCISURA ANGULAR

*Endoscopic treatment of post vertical gastrectomy fistula: septotomy associated with air expansion of incisura angularis*

João Henrique Felício de LIMA

Trabalho realizado no Serviço de Endoscopia Digestiva e Bariátrica – EndoBatel, Hospital Vita Batel, Curitiba, PR, Brasil

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

### Correspondência:

João Henrique Felício de Lima  
jhflima@terra.com.br

Recebido para publicação: 12/03/2013  
Aceito para publicação: 24/07/2014

## INTRODUÇÃO

O tratamento dos escapes pós-gastroplastia conheceu novo desafio com a aprovação da gastrectomia em manga (sleeve gastrectomy) como procedimento bariátrico isolado<sup>1</sup>. Erroneamente visto como mais simples, diversos cirurgiões pouco experientes em videolaparoscopia e cirurgia bariátrica começaram sua utilização nos pacientes. Descobriu-se que fístulas dessa operação são de difícil tratamento com necessidade de diversos tratamentos endoscópicos, reoperações e ressecções gástricas<sup>2,3,4</sup>. Utilizando o mesmo princípio das septotomias realizadas no bypass gástrico, este autor pioneiramente utilizou esse método para os casos de fístulas do ângulo esofagogástrico e corpo gástrico após as gastrectomias verticais ou em manga.

## RELATO DO CASO

Mulher de 54 anos portadora de obesidade grau III (IMC=43,2 kg/m<sup>2</sup>) associada à hipertensão arterial sistêmica e artropatia severa de joelho direito foi submetida à gastrectomia em manga laparoscópica sem intercorrências e com sobressutura da linha de grampeamento. Evoluiu com sinais sistêmicos de fístula (taquicardia, taquipnéia, febre e secreção fétida e ácida no dreno) no 9º dia de pós-operatório. Foi tratada no seu serviço de origem com antibioticoterapia e nutrição via sonda nasoenteral. Na endoscopia digestiva observou-se orifício fistuloso de 10 mm na topografia do ângulo esofagogástrico. Tomografia computadorizada evidenciou cavidade perigástrica, porém sem coleções intra-abdominais. Estudo radiográfico contrastado demonstrou extravasamento no ângulo (Figura 1) e a drenagem média diária pelo dreno de Penrose número 2 era de 30-50 ml. Foi encaminhada para tratamento endoscópico no 30º dia do pós-operatório onde evidenciou-se orifício fistuloso de 10-12 mm no ângulo esofagogástrico e estenose com angulação excessiva da incisura angular (Figura 2).



FIGURA 1 – Radiografia contrastada mostrando extravasamento para cavidade extra-gástrica na altura do ângulo esofagogástrico

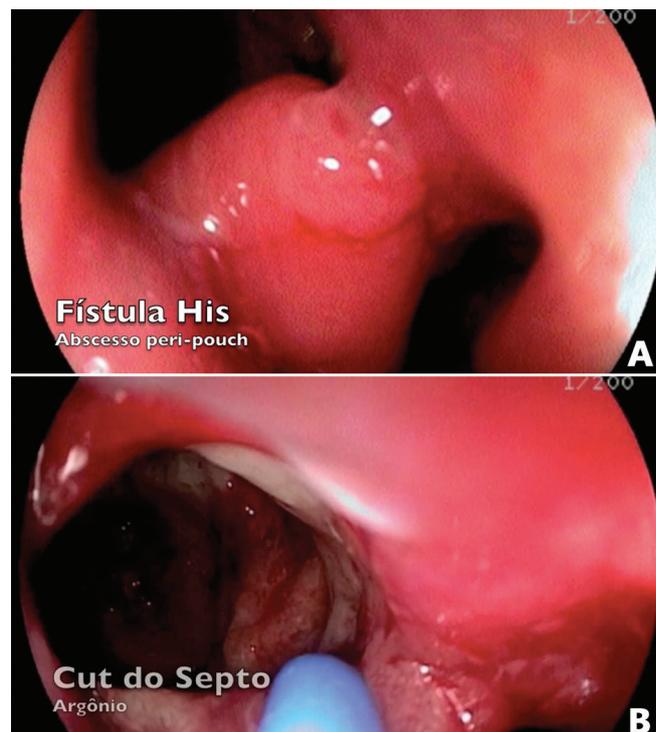
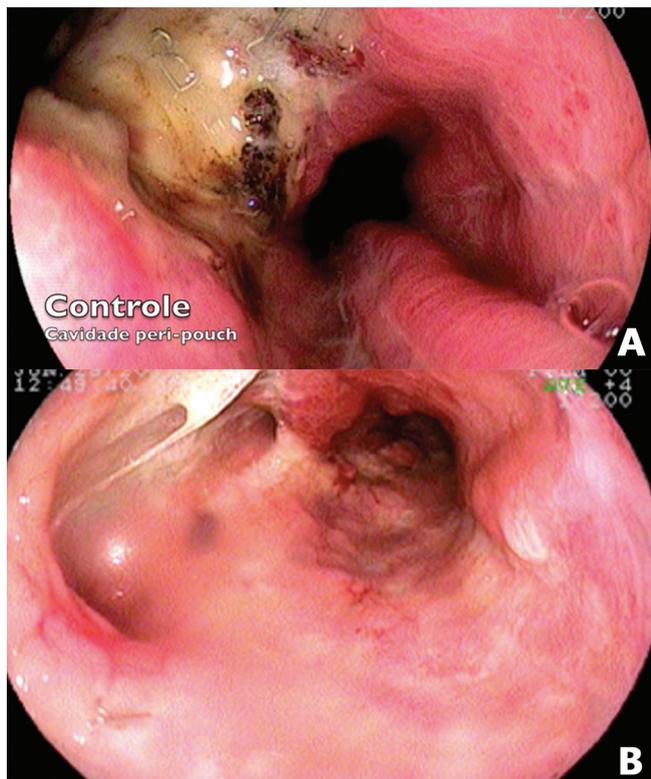


FIGURA 2 – Procedimento endoscópico da septotomia: A) aspecto endoscópico da fístula no ângulo esofagogástrico; B) septotomia sendo realizada

Durante o procedimento endoscópico realizado em ambiente de centro cirúrgico com paciente intubado, o primeiro passo foi dilatar a incisura com balão tipo Rigiflex de 40 mm sob alta pressão. Posteriormente realizou-se a abertura do septo mucoso entre a cavidade abscedada peri-bolsa gástrica e a própria luz do órgão (septotomia ou septoplastia ou “drenagem endoscópica interna”). Ela foi realizada com catéter de argônio a 2 l/m e 90 w, afim de evitar sangramento

desta área inflamada e hipervascularizada (Figura 3). O dreno que comunicava a cavidade peri-bolsa com a pele foi retirado no mesmo procedimento por considerar-se epitelizado o trajeto fistuloso pelo tempo de evolução da fistula. A dieta líquida foi iniciada em 24 h.



**FIGURA 3** – Evolução do processo cicatricial: A) aspecto inicial após septotomia com abertura completa; B) aspecto final em controle endoscópico no 30º dia pós-septotomia

Foi feito controle endoscópico após cinco dias para complementação da septoplastia com argônio e observação da incisura angular e do eixo bolsa gástrica já retificado. A fístula cessou sua drenagem para a pele no 7º dia após o início do tratamento endoscópico. A cavidade formada previamente pela fístula teve sua resolução endoscópica completa em 30 dias (Figura 3), embora a paciente já realizasse suas atividades normalmente e alimentando-se sem dificuldades.

## DISCUSSÃO

Atualmente o autor tem 10 casos assim tratados com resolução completa em todos em prazo não superior a 60 dias após o início do tratamento endoscópico.

A associação proposta – dilatação e septotomia com argônio -, diferentemente dos demais serviços de endoscopia bariátrica do país, permite a resolução mais precoce das fístulas pós-gastrectomia em manga, reduzindo desta maneira o tempo de internação hospitalar, a necessidade de suporte nutricional enteral ou parenteral prolongado bem como a necessidade de reoperação e o risco de desfecho desfavorável. O autor não realiza a abertura da fístula antes do 30º do pós-operatório pois no caso do sleeve não há estômago excluído para bloquear a fístula e o risco de penetração em cavidade abdominal livre após este procedimento endoscópico é maior antes deste período. Geralmente nas dilatações mais “forçadas” ocorre laceração mucosa com sangramento de pequena monta não necessitando de hemostasia.

## REFERÊNCIAS

1. Campos JM, Pereira EF, Evangelista LF et al. Gastrobronchial fistula after sleeve gastrectomy and gastric bypass: endoscopic management and prevention. *Obes Surg.* 2011; 21(10):1520-9.
2. Maluf-Filho F, Lima MS, Hondo F et al. Experiência inicial no tratamento endoscópico de fístulas gastrocutâneas pós-gastroplastia vertical redutora através da aplicação de matriz acelular fibrogênica. *Arq Gastroentol.* 2008; 45(3):208-11.
3. Thaler K. Treatment of leaks and other bariatric complications with endoluminal stents. *J Gastroint Surg.* 2009; 13:1567-69.
4. Yurcisin BM, DeMaria EJ. Management of leak in the bariatric gastric bypass patient: reoperate, drain and feed distally. *J Gast Surg.* 2009; 13:1564-66.

ABCDDV/1067

ABCD Arq Bras Cir Dig  
2014;27(3):81-222

Carta ao Editor

## CIRURGIA BARIÁTRICA (GASTRECTOMIA VERTICAL) APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO: RELATO DE CASO

*Bariatric surgery (sleeve gastrectomy) after liver transplantation: case report*

Denis **PAJECKI**, Danielle Menezes **CESCONETTO**,  
Rodrigo **MACACARI**, Henrique **JOAQUIM**, Wellington  
**ANDRAUS**, Roberto de **CLEVA**, Marco Aurelio **SANTO**,  
Luiz Augusto Carneiro **D' ALBUQUERQUE**, Ivan **CECCONELLO**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Disciplina de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, Brasil

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

Correspondência:  
Denis Pajeci  
pajeci@netpoint.com.br

Recebido para publicação: 12/03/2013  
Aceito para publicação: 24/07/2014

## INTRODUÇÃO

Obesidade é importante problema de saúde pública em todo o mundo; um quarto da população mundial está na faixa do sobrepeso e 10% é considerada obesa. No Brasil, metade da população está acima do peso (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) e 17,5% é obesa (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>1</sup>. A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz de tratamento do paciente obeso grave ou mórbido (IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> com comorbidades), apresentando resultados superiores em relação à perda de peso, controle de comorbidades, melhora de qualidade de vida e sobrevida, quando comparada ao tratamento clínico<sup>2</sup>.

Intervenções hepatobiliares complexas em pacientes obesos graves estão associadas com maior risco de sangramento, complicações pós-operatórias e mortalidade, em decorrência da dificuldade técnica (exposição) e maior incidência de comorbidades clínicas<sup>3</sup>. Obesidade mórbida é contraindicação relativa para o transplante hepático, pelas