

DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA COM PRESERVAÇÃO GÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA – SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA

VIDEOLAPAROSCOPIC BILIOPANCREATIC DIVERSION WITH GASTRIC PRESERVATION – TECHNICAL SISTEMATIZATION

Carlos Eduardo Domene, TCBC-SP¹
Irineu Rasera Jr, ACBC-SP²
José Ciongoli, TCBC-SP³

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da obesidade grave vem passando por várias modificações, bem como mudou o perfil dessa doença nos países desenvolvidos do mundo ocidental, mormente nas duas últimas décadas. As principais opções atualmente utilizadas são: balão intragástrico (BIG), banda inflável (BI), gastroplastias verticais com derivação jejunal (GVDJ) e derivação biliopancreática (DBP). Tais procedimentos apresentam distinta diminuição do sobrepeso em seguimento tardio, mínima no BIG e máxima na DBP. A DBP é indicação preferencial nos pacientes superobesos (IMC > 55) e possivelmente também nos grandes obesos (IMC > 50), onde as operações restritivas ou com mínimo componente disabsortivo falham em manter perda significativa e sustentada do sobrepeso a longo prazo. Novas perspectivas aparecem com frequência, como a implantação laparoscópica de estimuladores elétricos no corpo gástrico¹.

Descreve-se a seguir uma modificação técnica e tática da DBP por via videolaparoscópica, apresentando-se o racional de sua construção, bem como os resultados preliminares de sua aplicação clínica.

TÉCNICA OPERATÓRIA

1. Paciente em decúbito horizontal com elevação dorsal. O cirurgião coloca-se à esquerda do paciente e os dois auxiliares à direita. Utilizam-se preferencialmente dois monitores em ambos lados da cabeceira do pa-

ciente; empregam-se os instrumentos convencionais dos procedimentos laparoscópicos; uma das pinças de apreensão deve ser marcada a 10cm de sua extremidade distal, permitindo medir-se o comprimento das alças intestinais.

2. Insuflação puncionando-se com agulha de Verress na região do hipocôndrio esquerdo; pressão intra-abdominal mantida entre 12 e 14mmHg.
3. Introdução de quatro trocartes de 11mm e um de 12mm de diâmetro, este último no hipocôndrio esquerdo para introdução de grampeador linear. Os restantes são introduzidos em: região paramediana esquerda supra-umbilical, subxifóideo, hipocôndrio direito e flanco esquerdo. A óptica é, na maior parte do tempo, colocada no trocar supra-umbilical; o cirurgião opera com os trocartes colocados à esquerda; os restantes servem para apresentação e auxílio. Mudanças de posição podem ser necessárias para facilitar visualização e sutura em alguns passos da operação.
4. Secção completa do estômago na altura do terço proximal (cerca de 13cm da transição esôfagogastrica pela grande curvatura) com grampeador linear cortante laparoscópico.
5. Em posição de Trendelenburg, identificação da válvula íleocecal, medindo-se 50cm proximais do íleo, marcado com um ponto de sutura.
6. Mede-se outros 200cm proximais, onde o jejuno é secionado, utilizando-se grampeador linear cortante,

1. Professor Livre-docente de Cirurgia da FM-USP

2. Médico Cirurgião responsável pelo Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital dos Fornecedores de Cana – Piracicaba-SP

3. Médico Cirurgião do Hospital Stella Maris – Guarulhos-SP

Recebido 13/11/2001

Aceito para publicação em 11/12/2001

Trabalho realizado nos Hospitais: Hospital dos Fornecedores de Cana (Piracicaba-SP), Hospital Stella Maris (Guarulhos-SP), Hospital São Luiz Morumbi (São Paulo-SP).

bem como seu mesentério, com bisturi ultra-sônico ou duas cargas adicionais do grampeador com carga vascular.

7. Anastomose da extremidade da alça jejunal proximal ao íleo previamente demarcado, a 50cm da válvula íleocecal, com grampeador linear cortante.
8. Secção do mesocolon transverso à altura do ângulo de Treitz, realizando orifício por onde se introduz a extremidade distal da alça jejunal seccionada, previamente suturada a um fragmento de dreno de Penrose, que facilitará sua tração.
9. Pela face posterior da extremidade distal do estômago seccionado recupera-se o dreno de Penrose e traciona-se delicadamente o jejuno.
10. Realização de anastomose gastrojejunal com grampeador linear cortante, na face posterior do coto gástrico.
11. Fechamento do orifício mesocólico, bem como aproximação do mesentério proximal e distal (Figura 1).

RESULTADOS

Foram operados 12 pacientes, todas do sexo feminino, com idade entre 22 e 49 anos, IMC variando entre 49 e 58kg/m². Realizada antibioticoprofilaxia intra-operatória e profilaxia da trombose venosa profunda. Não houve intercorrências intra-operatórias, com tempo operatório variando entre 2 e 4,5 horas. Não foi deixada sondagem nasogástrica de demora. As pacientes foram estimuladas à deambulação precoce, realimentadas no segundo dia e receberam alta no terceiro dia pós-operatório. Uma paciente apresentou vômito no pós-operatório imediato. Houve recomendação para dieta leve na primeira semana, evoluindo a seguir para uma alimentação normal. Uma paciente foi reinternada após uma semana com dor epigástrica aguda por erro alimentar, permanecendo internada um dia. Outra paciente apresentou trombose venosa profunda de membro inferior, tratada clinicamente.

O seguimento variou de um a oito meses, ocorrendo uma perda de peso inicial em todas as pacientes, com uma média de 27,4% do excesso de peso no quarto mês.

DISCUSSÃO

A GVDJ apresenta alguns problemas significativos. As operações por laparotomia seguem-se de índices de infecção da ferida operatória de 15% a 30%, com hérnias incisionais em cerca de 15% dos pacientes. Existe dificuldade importante na confecção da bolsa em superobesos, aumentando a morbidade e diminuindo a eficiência do procedimento. O sucesso imediato das gastroplastias, se alcançam mais de 90% nos obesos graves, é inferior a 60% nos superobesos. As complicações da bolsa gástrica remanescente atingem mais de 40% dos casos, muitos deles necessitando reoperações. Após cinco anos do procedimento, passa a existir recuperação do peso perdido após as gastroplastias; estes doentes, por outro lado, também encontram-se em risco de apresentar desnutrição grave a lon-

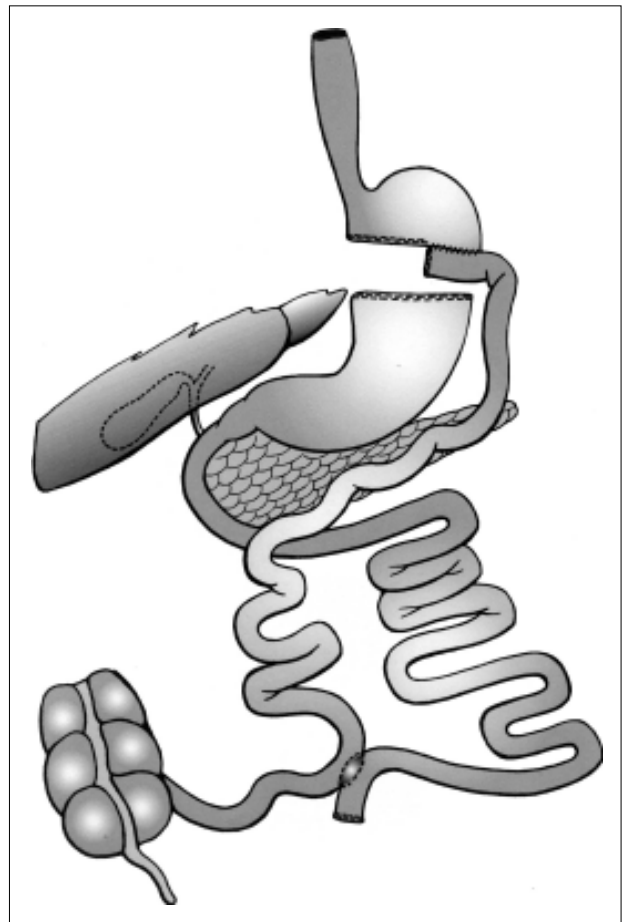


Figura 1 — Esquema da operação proposta, notando-se secção gástrica total e preservação do segmento distal, alça comum de 50cm e alimentar de 200cm.

go prazo, assim como nas operações disabsortivas. Já se passa a preconizar alças exclusas cada vez mais longas nas gastroplastias, devido aos maus resultados tardios observados. As complicações incisionais podem ser diminuídas, assim como outras causas associadas de morbidade, pela realização do procedimento por via videolaparoscópica².

Além disso, mas não menos importante, deve-se considerar que os obesos mórbidos têm distúrbios alimentares gravíssimos – dois terços têm compulsão alimentar importante; quase a metade, distúrbios psiquiátricos significativos. O cirurgião aceita a interdição alimentar e suas consequências como parte necessária, quase inevitável, quando não favorável (!), do procedimento: “o efeito colateral de náuseas, vômitos e anorexia é fator que contribui para o sucesso das gastroplastias”; 30% dos operados de gastroplastia têm vômitos diários; a quase totalidade dos pacientes ingere apenas pequenas quantidades de cada vez, e apenas um terço deles consegue ingerir sólidos². A droga-adicção, principalmente o álcool, já é fator aceito como importante no pós-operatório desses pacientes³. Mesmo após 15 anos da gastroplastia, 70% dos pacientes têm contínuos problemas com vômitos, e 43% deles refe-

rem sensação desagradável de entalento da comida na bolsa gástrica remanescente².

A DBP determina a maior e mais permanente perda do excesso de peso do que qualquer outra operação¹. Ocorre sistemática normalização de hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial secundária, na DBP. As principais complicações da DBP, portanto, devem-se muito mais a excesso de perdas ou inadequada absorção de nutrientes do que por falta de perda do pêso: osteomalacia, perda excessiva de peso por má-absorção, hipoproteïnemia, anemia ferropriva, *dumping*, halitose, diarreia, fezes fétidas e flatulência excessiva e mal-cheirosa; menos de 1% dos pacientes necessitam reoperações tardias para correção de complicações. A úlcera de boca anastomótica é outra complicação previsível, ocorrendo em pouco mais de 3% dos pacientes, até o primeiro ano após a operação; tem boa evolução com tratamento clínico. A colelitíase, por modificação do ciclo êntero-hepático de sais biliares e bilirrubina, é outra ocorrência esperada em mais de 15% dos pacientes, levando mesmo a indicar-se colecistectomia profilática nesses pacientes⁵.

O racional da operação proposta (Figura 1), modificada dos procedimentos de Griffin (1977), Miller (1979) e Scopinaro (1979), tenta levar em consideração alguns problemas dos tratamentos atuais: morbidade elevada, complicações incisionais, interdição alimentar, vômitos freqüentes, insuficiente e irregular perda de peso, reversibilidade difícil, progres-

siva perda de eficiência a longo prazo. A realização do tratamento por via videolaparoscópica, possivelmente diminuindo a ocorrência de infecções e hérnias incisionais, revelou-se factível mesmo em pacientes super-obesas, com vantagem evidente em termos de rápida deambulação e menor dor pós-operatória. A preservação gástrica pode diminuir a morbidade, pelo menor trauma cirúrgico, bem como obviar os riscos de fístulas do coto duodenal, que são causa de mortalidade na DBP; além disso torna o procedimento totalmente reversível, e é provável que não eleve o risco de úlcera de boca anastomótica. A preservação da vesícula biliar, também tem intuito de obviar morbidade; a colecistectomia profilática ainda é tema controverso e não aceita universalmente. Um coto gástrico menor, mas que apresente dimensões suficientes para permitir alimentação totalmente liberada possivelmente favorece o seguimento psicológico-psiquiátrico pós-operatório sem acrescentar outros fatores mórbidos. A alça intestinal alimentar e digestiva pode ser modulada de acordo com as necessidades de cada paciente, aumentando ou diminuindo sua extensão, permitindo criar procedimento sob medida para cada paciente.

Os resultados iniciais da aplicação do método proposto fazem crer que essa possa ser uma boa alternativa no tratamento cirúrgico da obesidade grave, dentro de um programa de atendimento multidisciplinar pré e pós-operatório, visando a atenção global de um ser humano que sofre, dentre outras inúmeras coisas, de grave distúrbio alimentar.

ABSTRACT

Background: *The authors describe a videolaparoscopic technical variation of biliopancreatic diversion, and its rationale, as well as its preliminary results. They operated on 12 female patients, age between 26 and 49 years, BMI range 47,4 and 59,5kg/m². There were no intraoperative complications; operative time ranged from 2 to 4,5 hours; discharge in the 3rd. postoperative day. Liquid dietetic recommendations in the early period, and normal diet after the first week. One patient was readmitted after 1 week with abdominal pain because of excessive ingestion of food; there was deep venous thrombosis in one patient. Follow-up showed loss of excess weight of 27,4% after four months. Initial results of the described operation suggests it may be a good alternative to morbid obesity surgical treatment; it is strongly required a multidisciplinary pre and postoperative treatment program.*

Keywords: *Morbid obesity; Surgical treatment; Biliopancreatic diversion.*

REFERÊNCIAS

1. Toppino M, Mineccia M, Gorrino S et al. Assessment of different bariatric operations: data up to 5 years from the Italian Registry (RICO). *Obes Surg* 2001; 11:390.
2. Mitchell JE, Lancaster KL, Burgard MA et al. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obes Surg* 2001; 11:464-8.
3. Ardelit-Gattinger E, Hofmann I, Angermann E et al. Addictions? Role after bariatric surgery. *Obes Surg* 2001; 11:377.
4. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2001; 11:581-8.
5. Resa J, Solono J. Laparoscopic biliopancreatic diversion for morbid obesity. *Obes Surg* 2001; 11:400.

Obs.: 38 referências bibliográficas disponíveis com o autor.

Endereço para correspondência:
Carlos Eduardo Domene
Av. Arnolfo de Azevedo, 201
01236030 – São Paulo-SP
domene@netway.com.br