

DUODENOJEJUNOSTOMIA LÁTERO-LATERAL - UMA ALTERNATIVA CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DO “DUMPING” PÓS GASTRECTOMIA

SIDE TO SIDE DUODENOJEJUNOSTOMY- A SURGICAL ALTERNATIVE FOR DUMPING AFTER GASTRECTOMY

Elizabeth Gomes dos Santos, TCBC-RJ¹
Renato Abrantes Luna, ACBC-RJ²
Orlando Marques Vieira, TCBC- RJ³

INTRODUÇÃO

As síndromes pós gastrectomias formam um conjunto de afecções muitas vezes de difícil identificação e tratamento. Os pacientes submetidos a ressecções gástricas podem ser divididos em três grupos de acordo com sua adaptação ao estado pós-operatório: a maioria se adapta às alterações fisiológicas impostas pelo tratamento cirúrgico; outros por sua vez desenvolvem sintomas que necessitam de tratamento dietético e medicamentoso; uma minoria não responde ao tratamento clínico e necessita de reintervenção cirúrgica.¹

A abordagem cirúrgica destes pacientes requer extensa avaliação pré-operatória. Na maioria das vezes a abordagem ocorre diretamente sobre a área previamente operada, aumentando assim a morbidade e a dificuldade técnica do procedimento.

Este artigo tem como objetivo relatar um caso de “dumping” tratado através de duodenojejunostomia látero-lateral, idealizada por Vieira O. M., como uma opção tecnicamente mais simples.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 51 anos, há 18 anos submetida à vagotomia troncular e antrectomia com reconstrução a Billroth II para tratamento de úl-

cera duodenal. Um mês após iniciou quadro de diarreia aquosa e profusa associada a tonteira, sudorese e taquicardia que tinha início cerca de trinta minutos após as refeições. Foi submetida a tratamento clínico com dieta pobre em carboidratos sem resultado satisfatório. Ao longo dos 18 anos fez uso de diversas medicações antidiarrêicas sem resultados satisfatórios. Foi ainda internada para correção de anemia e desidratação por diversas vezes. Ao ser avaliada pela primeira vez em nossa instituição pesava 37 Kg, sendo seu peso ideal de 50 Kg, e apresentava limitações sociais importantes devido ao quadro de “dumping” precoce. Foi realizada seriografia do esôfago, estômago e duodeno, que confirmou a reconstrução a BII. O trânsito de delgado foi normal. A cintigrafia para avaliação do esvaziamento gástrico revelou esvaziamento líquido de 100% em 60 minutos (discreto aumento da velocidade). A endoscopia digestiva alta mostrou gastrite moderada, com teste do vermelho do Congo negativo. A paciente não apresentava anemia, linfopenia ou hipoproteinemia. A dosagem de vitamina B12 e cálcio eram normais. Não foi dosada transferrina. Dos testes cutâneos, apenas o PPD foi realizado sendo não reator.

Com a predominância de sintomas de “dumping” precoce e emagrecimento, tínhamos como opção a transformação do BII em BI para reinclusão do duodeno no trânsito gastrointestinal, ou a conversão em Y de Roux. Baseados em trabalhos experi-

1. Médica do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

2. Aluno do Curso de Mestrado da UFRJ.

3. Professor Titular do Departamento de Cirurgia da UFRJ.

Recebido em 20/03/2003

Aceito para publicação em 23/09/2003

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

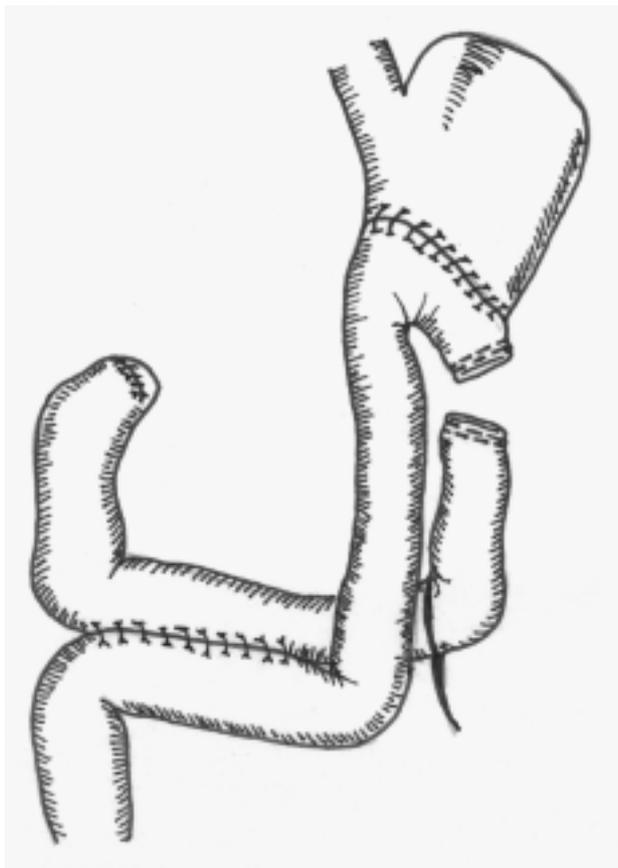
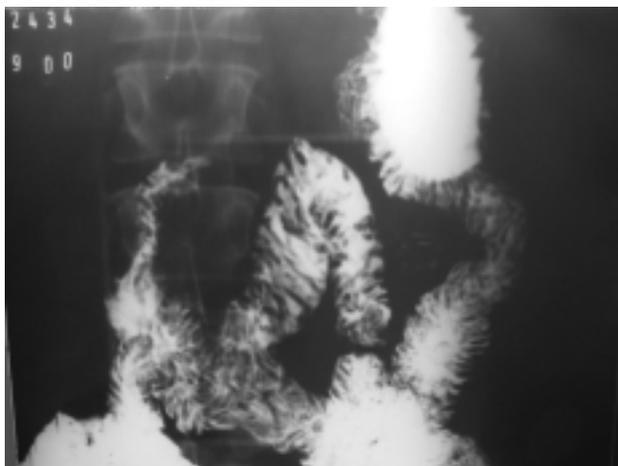


Figura 1 - Desenho esquemático da técnica proposta.



Figuras 2 - Seriografia de controle mostrando o enchimento por refluxo do arco duodenal.

mentais realizados por Cunha Neto *et al*² em nossa instituição optamos pela duodenojejunostomia látero-lateral, que nada mais é que uma alça em Y curta, e permite a reintrodução do duodeno no trânsito gastrointestinal (Figura 1).

A duodenojejunostomia látero-lateral deve ser realizada entre a alça eferente e a terceira porção duodenal, a 45 cm da gastrojejunostomia, exposta através de abertura do mesocolon. Em seguida realiza-se a secção da alça aferente próximo da gastrojejunostomia, sem a transecção do meso.

No segundo mês após a cirurgia foi realizada uma seriografia do esôfago, estômago e duodeno que mostrou opacificação de todo o arco duodenal, sugerindo refluxo do conteúdo jejunal para o duodeno (Figura 2). Em seis meses de acompanhamento pós-operatório a paciente apresentou, apenas no quinto mês, dois episódios diarreicos isolados, e um ganho ponderal de cinco quilos.

DISCUSSÃO

As alterações metabólicas e nutricionais podem surgir após qualquer cirurgia gástrica. São mais graves e comuns nos pacientes submetidos à gastrectomia total, mas ocorrem também com frequência após gastrectomias subtotais, principalmente com reconstrução a BII. Alça aferente longa e a redução do reservatório gástrico agravam estas complicações.¹

O mais importante é o conhecimento das alterações metabólicas e nutricionais pós cirurgia gástrica e de imediato a implementação de cuidados que visam a profilaxia dos distúrbios que possam advir. Caso se diagnostiquem as alterações, estas devem ser atendidas e as deficiências específicas prontamente repostas.

Nos casos que não respondem a tratamento clínico de reposição, a terapêutica cirúrgica poderá ser indicada. É importante salientar que, na maioria dos casos, o desvio da passagem dos alimentos do duodeno, local de absorção de inúmeros elementos, predomina como fator etiológico fundamental. Deste modo, a maioria dos procedimentos cirúrgicos empregados tem como objetivo retomar o trânsito pela alça duodenal e jejuno proximal². A conversão de uma gastrectomia BII em BI é uma das mais utilizadas, com relatos de bons resultados (Soupault Bucaille em 1955)³⁻⁵.

A técnica proposta evita a abordagem direta do coto duodenal, permitindo menor dissecação e melhor identificação da região da anastomose. Abordando-se o duodeno em sua terceira porção é possível a realização de uma

anastomose ampla de pelo menos 6 cm. O procedimento deve ser complementado pela secção da alça aferente sem transecção do meso.

A revisão e a complementação da vagotomia, em caso de vago residual, deve ser sempre realizada.

ABSTRACT

Most patients with partial gastrectomy have no postoperative problems. Some of them, however, develop severe nutritional disturbance, particularly those with Billroth II reconstruction, which can be treated clinically in the majority of the cases. Those with important mal absorptive problems require surgery. In this article we present a technical alternative for those patients who need reintervention over a BII operation. Our technique has the advantage of not touching the duodenum previously sutured.

Key Words: *Dumping syndrome; postgastrectomy Syndromes.*

REFERÊNCIAS

1. Cunha-Neto SH, Vieira OM, Lima RJ - Absorção duodenal de ferro após duodenojejunostomia na reconstrução do trânsito pós gastrectomia à billroth II com laqueadura de alça aferente: estudo experimental em ratos. Rev Cal Bras Cir, 1997,24(2):59-64.
2. Soupault R, Bucaille M - Correction de certain gastrectomies aux resultats defectueux par la transposition de l'anse afferente au duodenum. Arch Med App Dig, 1955,44:129-141.
3. Mello JB - "Indicações e resultados com a técnica de Henley Soupalt". In Leonardish S - Controvérsias na cirurgia do aparelho digestivo. Rio de Janeiro, Medsi, 1991, pp. 127-134.
4. Merrill JR, McClusky Jr DA, Letton AH - Obstruction of afferent limb of gastrojejunostomy with jejunojejunostomy in treatment of alkaline gastritis. Am Surg, 1978,44(6):374-375.
5. Sawyers JL - Management of postgastrectomy syndromes. Am J Surg, 1990,159(1):8-14.

Endereço para correspondência:
Elizabeth Gomes dos Santos
R. Conde de Bonfim, 211 / s-509
20520-050 - Rio de Janeiro – RJ
Tel: 2568-6262 r-509
Email: eligsant54@globo.com.br