

Derivação gastrojejunal com anel de contenção no tratamento de obesidade mórbida em paciente com *situs inversus totalis*

The gastric bypass banding for morbid obesity in a patient with situs inversus

CÁSSIO JERÔNIMO MACHADO DE BARROS¹; ABRÃO RAPOPORT, ECBC-SP¹; JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO, ECBC-SP¹; ROGÉRIO APARECIDO DEDIVITIS, TCBC-SP¹; EDUARDO HALFEN GRILL¹

INTRODUÇÃO

Situs inversus totalis é uma entidade rara, com predisposição genética, que pode ocasionar dificuldades no tratamento de enfermidades abdominais, especialmente em cirurgia laparoscópica, devido à anatomia de imagem em espelho.

Nesse relato a técnica de derivação gastrojejunal em Y de Roux, com anel de contenção, por via laparoscópica, é indicada em paciente obeso mórbido com cirurgia abdominal prévia e *Situs Inversus Totalis*.

RELATO DO CASO

Paciente de 24 anos, gênero masculino, peso de 149 kg no momento da cirurgia, com 1,93 m de altura, índice de massa corporal de 40 Kg/m², apresentava hipertensão arterial sistêmica controlada com medicamento. Foi indicado tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, segundo critérios referendados pela Federação Internacional para a Cirurgia da Obesidade¹. Durante a avaliação pré-operatória, o paciente informou ser portador de *Situs Inversus Totalis*. Ao exame físico, apresentava cicatriz cirúrgica paramediana direita decorrente de apendicectomia complicada realizada previamente. Realizada avaliação cardiologia e pneumológica, sendo liberado para o procedimento cirúrgico.

Foram realizados tomografia computadorizada de abdômen (Figura 1) e radiografia contrastada do trânsito intestinal (Figura 2).

Optou-se pela gastroplastia em Y de Roux, com anel de contenção, conforme descrito por Capella *et al.*². Devido aos benefícios da cirurgia minimamente invasiva, optamos por iniciar o procedimento por via laparoscópica.

A equipe posicionou-se em posição inversa à de rotina para gastroplastia videolaparoscópica. O cirurgião ficou à esquerda do paciente, juntamente com o auxiliar que controla a óptica, enquanto o assistente e a instrumentadora posicionaram-se à direita.

Iniciou-se com uma punção, utilizando trocarte ENDOPATH™ XCEL^R*, em hipocôndrio direito, afastada da incisão paramediana direita.

Ao inventário da cavidade abdominal, foi confirmada a inversão do posicionamento dos órgãos intra-abdominais, associada à aderência da cirurgia prévia, sendo realizada lise cuidadosa das mesmas, com bisturi Ultracision^R. Foi criada a bolsa gástrica de volume estimado de 50 ml, com endogrampeador de 45 mm, e fixado anel de contenção em torno da nova câmara gástrica. Seguiu-se a secção do intestino delgado a aproximadamente 50 cm do ângulo de Treitz, localizado a direita da coluna vertebral. A alça proximal ou bileo-pancreática foi anastomosada látero-lateralmente a proximadamente 100 cm da alça distal ou alça alimentar. A seguir, foi feita a transposição da alça alimentar em posição retro-gástrica, transmesocólica e fixação da extremidade da alça alimentar em parede lateral da bolsa gástrica, reforçando linha de grampeamento e fixando anel de contenção, para evitar seu escorregamento. Foi realizada gastro-ênteroanastomose com endogrampeador linear cortante, com teste das suturas através da infusão de solução de azul de metileno pela sonda gástrica, até dilatação da área de anastomose, não ocorrendo extravasamento. A seguir, os orifícios criados no mesocólon e no mesentério foram fe-

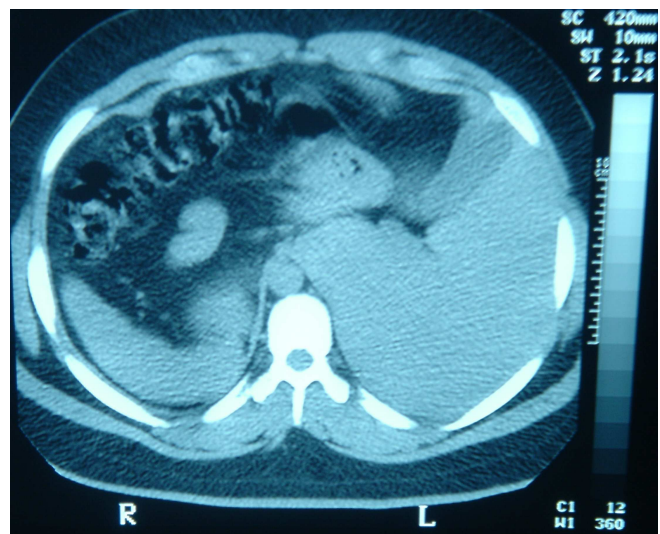


Figura 1 – Tomografia computadorizada de abdômen, mostrando Fígado e vesícula no lado direito e baço à esquerda no abdômen.

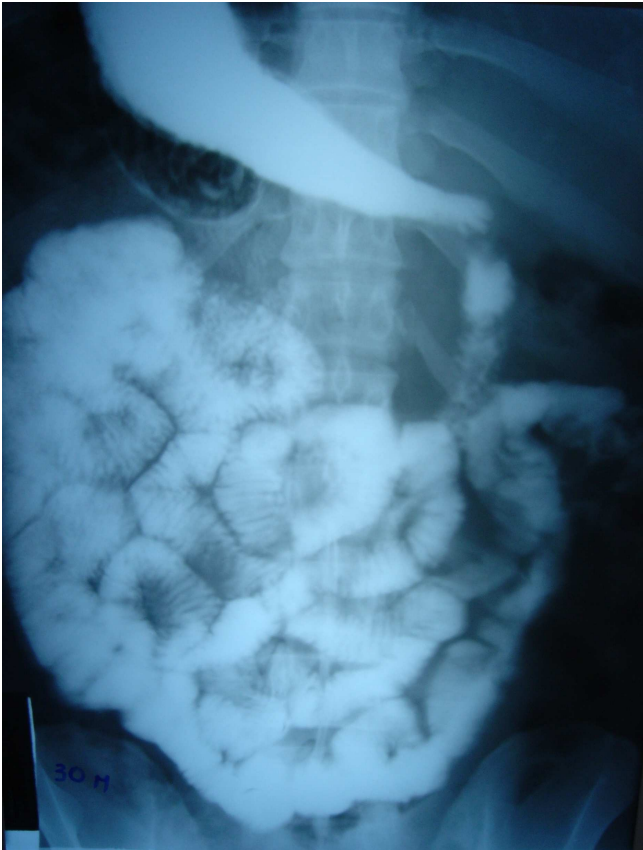


Figura 2 – Radiografia contrastada do trânsito intestinal, mostrando a grande curvatura gástrica voltada para a direita e o ângulo de Treitz à direita da coluna vertebral.

chados. O tempo cirúrgico foi de aproximadamente 400 minutos. Paciente apresentou boa evolução em sequimen-

to ambulatorial, com perda ponderal de aproximadamente 30% em seis meses.

DISCUSSÃO

A cirurgia minimamente invasiva é uma opção oportuna no tratamento de enfermidades cada vez mais complexas, incluindo a obesidade mórbida³.

Foram encontrados dois relatos de tratamento cirúrgico de obesidade mórbida em paciente com *situs inversus*, ambos abordados por via laparoscópica. Em um deles, utilizou-se derivação gástrica laparoscópica sem uso de anel de contenção², e no outro, empregou-se banda gástrica laparoscópica⁴. Não encontramos caso de gastroplastia em Y de Roux, com anel de contenção, conforme proposto por Capella *et al.*² na técnica aberta ou na laparoscópica conforme Szegö *et al.*⁵, em paciente com *Situs Inversus Totalis*.

O tempo cirúrgico de 400 minutos é prolongado, porém, justificado pela situação peculiar, por ser uma situação anatômica rara, fora da rotina. Entretanto, os benefícios da cirurgia minimamente invasiva para o paciente foram evidentes, não necessitando de internação em unidade de terapia intensiva, não recebendo hemotransfusão e apresentando deambulação precoce, com alta hospitalar precoce.

Pacientes obesos mórbidos com *Situs Inversus Totalis* podem ser submetidos à gastroplastia em Y de Roux, com anel de contenção, por via laparoscópica. Cuidados especiais devem ser tomados no posicionamento das linhas de grampeamento e para não ocorrer inversão de alças, durante o processo de reconstrução do trânsito intestinal.

ABSTRACT

The gastric bypass is a good option in the therapy of morbid obesity. Nevertheless, it must be considered the rare condition as occurred in a patient with previous abdominal surgery with Situs Inversus Totalis. A 24 year-old male patient with body mass index of 40 Kg/ m², multiple dietary failures, and arterial hypertension as co-morbidities, with a anterior paramedial right incision due to a previous appendectomy (8 years ago). With a indication for bariatric surgery, was performed Roux-en-Y gastric bypass by laparoscopic procedure, with previous planning of Situs Inversus Totalis.

Key words: *Situs Inversus. Gastric bypass. Bariatric surgery. Morbid obesity. Laparoscopy.*

REFERÊNCIAS

1. International Federation for the Surgery of Obesity. Statement on patient selection for bariatric surgery. *Obes Surg.* 1997;7(1):41.
2. Capella RF, Capella JF, Mandae H. Vertical banded gastroplasty - Gastric bypass: preliminary report. *Obes Surg.* 1991;1(4):389-95.
3. Wittgrove AC, Clark GW. Laparoscopic gastric bypass for morbid obesity in a patient with Situs Inversus. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 1998;8(1):53-5.
4. Ersoy E, Koksall H, Ege B. Laparoscopic gastric banding for morbid obesity in a patient with situs inversus totalis. *Obes Surg.* 2005;15(9):1344-6.
5. Szegö T, Mendes CJL, Bitran A. Derivação gastrojejunal por laparoscopia com e sem anel. In: Garrido Jr. AB. *Cirurgia da obesidade.* São Paulo: Atheneu; 2004. p.189-96.

Recebido em 05/06/2006

Aceito para publicação em 20/07/2006

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar esse artigo:

Barros CJM, Rapoport A, Andrade Sobrinho J, Dedivitis RA, Grill EH. Derivação gastrojejunal com anel de contenção no tratamento de obesidade mórbida em paciente com situs inversus totalis*. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2010; 37(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Abrão Rapoport

E-mail: arapoport@terra.com.br