

*Cirurgia*

**O EXCESSO DE GORDURA VISCERAL É UM FATOR DE RISCO PARA FÍSTULA PANCREÁTICA APÓS GASTRECTOMIA TOTAL**

O efeito da obesidade na gastrectomia em pacientes com câncer gástrico é controversa. O aumento da gordura visceral aumenta a dificuldade técnica na cirurgia abdominal. O índice de massa corpórea (IMC), apesar de muito utilizado, ainda não mostrou suas reais consequências sobre as complicações da cirurgia gástrica. O IMC aumentado nem sempre reflete o grau de gordura visceral, pois o acúmulo de gordura no organismo varia muito de um indivíduo para outro. A gordura visceral pode ser quantificada por uma tomografia de abdômen com cortes ao nível do umbigo utilizando software específico para isso. Este estudo analisou o efeito da gordura visceral abdominal na gastrectomia total e os fatores de risco associados com a formação de fistula pancreática pós-operatória.

Entre fevereiro de 2001 e abril de 2007, 191 pacientes com câncer gástrico foram submetidos a gastrectomia total com linfadenectomia no Centro Médico de Osaka para câncer e doenças cardiovasculares. Calculou-se a área de gordura visceral por TC ao nível do umbigo utilizando-se o "FatScan Software". Os pacientes foram divididos em grupos de alta gordura visceral (> 100 cm<sup>2</sup>, n= 52) e em baixa gordura visceral (<100 cm<sup>2</sup>, n= 139). Também foram subdivididos em dois grupos de acordo com o IMC em alto (IMC > 25, n= 47) e baixo (IMC < 25, n= 144). Todos os dados referentes aos pacientes (Idade, sexo, IMC, gordura visceral, etc), ao tumor (Estadiamento, linfonodos dissecados, etc), dados da cirurgia (perda de sangue, tempo cirúrgico, etc) e complicações pós-operatórias sofreram análise uni e multi-variada, de acordo com o IMC e o acúmulo de gordura visceral.

Os resultados mostraram que a idade, o sexo, a profundidade do tumor, o nível de comprometimento linfonodal, o estágio, a esplenectomia, a perda de sangue durante a cirurgia, o tempo de operação, o número de linfonodos dissecados, a infecção da incisão, a fístula de anastomose, abscesso intra-abdominal,

hemorragia pós-operatória e íleo paralítico não tiveram significância estatística quando comparados os grupos alta gordura visceral com baixa gordura visceral. A única complicação com significância estatística nesses dois grupos foi o de fístula pancreática, que foi maior no grupo alta gordura visceral (20 em 32 pacientes) quando comparado com o grupo baixa gordura visceral (11 em 128 pacientes).

Quando comparados, não foi encontrada significância estatística entre os dados nos grupos com alto IMC e baixo IMC quanto aos quesitos tempo de operação, número de linfonodos dissecados, infecção da incisão, fistula da anastomose, abscesso intra-abdominal, fístula pancreática, hemorragia pós-operatória e íleo paralítico. O único aspecto com significância nesses grupos foi a perda sanguínea intraoperatória, que foi maior no grupo alto IMC.

Quando foram comparados os pacientes com e sem fístula pancreática, constatou-se que o IMC nos dois grupos foi semelhante. No entanto, a área de gordura visceral, a perda sanguínea intraoperatória e a esplenectomia foram maiores no grupo com fístula pancreática ( $p < 0,0001$ ).

Os autores concluíram que o acúmulo de gordura visceral é um melhor indicador para fístula pancreática pós-operatória que o IMC e que a linfadenectomia e a esplenectomia deve ser realizadas com muito cuidado durante a gastrectomia total nos pacientes com excesso de gordura visceral.

#### Comentário

*Em nossa experiência pessoal já tínhamos constatado a maior dificuldade operatória em cirurgia abdominal em pacientes com grande quantidade de gordura visceral. Tal dificuldade se constata, principalmente quando se realiza a linfadenectomia na gastrectomia por câncer de estômago. Talvez essa seja a explicação do porquê os resultados dos japoneses quanto à linfadenectomia são melhores que os resultados ocidentais, uma vez que os pacientes orientais sabidamente têm um índice de gordura visceral muito inferior quando comparados aos pacientes ocidentais. A nossa experiência em cirurgia para o tratamento da obesidade mórbida também mostrou que pacientes com alto IMC não têm necessariamente aumento proporcional da gordura visceral.*

CARLOS ALBERTO MALHEIROS<sup>1</sup>  
ELIAS JIRJOSS ILIAS<sup>2</sup>

1. Chefe do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Chefe da Área V (estômago, duodeno e obesidade mórbida), São Paulo, SP
2. Professor convidado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP

#### Referência

1. Tanaka K, Myiashiro I, Yano M, Kishi K, Mootori M, Seki Y, et al. Accumulation of excess visceral fat is a risk factor for pancreatic fistula formation after total gastrectomy. *Ann Surg Oncol.* 2009;16:1520-5.