

ABCDDV/1322

ABCD Arq Bras Cir Dig

2017;30(3):229-161

DOI: /10.1590/0102-6720201700030015

Carta ao Editor

SLEEVE GÁSTRICO COMO NOVA INDICAÇÃO CLÍNICA PARA GASTROSTOMIA CIRÚRGICA APÓS FALÊNCIA DA ABORDAGEM ENDOSCÓPICA EM DOENTES SOB NUTRIÇÃO ENTÉRICA PROLONGADA

Gastric sleeve surgery as a new clinical indication for surgical gastrostomy after failure of endoscopic approach in patients who need long-term enteral nutrition

Gonçalo **NUNES**¹, Rita **BAROSA**¹, Carla Adriana **SANTOS**¹, Jorge **FONSECA**¹

Trabalho realizado no ¹Hospital Garcia de Orta, Gastroenterology Department, GENE - Artificial Feeding Team, Almada, Portugal

DESCRITORES: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Nutrição Enteral

HEADINGS: Obesity. Bariatric surgery. Enteral Nutrition

Correspondência:

Gonçalo Nunes

E-mail: goncalo.n@hotmail.com; Recebido para publicação: 05/07/2016

goncalo.n@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Aceito para publicação: 20/06/2017

INTRODUÇÃO

A gastrostomia endoscópica percutânea é atualmente o método padrão-ouro para a alimentação enteral de longo prazo em pacientes com disfagia persistente devido a distúrbios oncológicos e neurológicos¹. No entanto, apesar de sua segurança e execução prática, algumas limitações persistem, especialmente quando as lesões obstrutivas impedem o acesso endoscópico gástrico ou a transiluminação da parede abdominal é dificultada pela obesidade, ascite, operação abdominal prévia ou interposição visceral¹.

RELATO DO CASO

Homem de 60 anos submetido à operação bariátrica com gastrectomia vertical foi internado no serviço de neurocirurgia da instituição após trauma agudo que resultou em fratura da 7ª vértebra cervical e lesão medular com tetraparesia. O paciente foi operado com fixação de lesões ósseas, mas foi posteriormente internado na unidade de terapia intensiva para suporte ventilatório mecânico. Traqueostomia foi realizada e uma sonda nasogástrica foi passada para iniciar a alimentação

enteral. Devido à disfagia persistente, ele foi encaminhado para nossa equipe de alimentação e realizada gastrostomia endoscópica percutânea. A endoscopia digestiva alta mostrou estômago tubular pequeno, difícil de distender e examinar. A transiluminação da parede abdominal (diafanoscopia) não foi obtida, impedindo canulação percutânea segura do estômago. O paciente foi submetido à gastrostomia laparoscópica cirúrgica alguns dias mais tarde sem complicações precoces. Atualmente, ele mantém o acompanhamento o ambulatorial com alimentação enteral sem complicações de longo prazo com a gastrostomia.

DISCUSSÃO

Cirurgia bariátrica é cada vez mais utilizada como importante ferramenta no tratamento da obesidade grave. Globalmente, os procedimentos cirúrgicos podem ser classificados em um dos três grupos: restritivos (como a banda gástrica ajustável ou a gastrectomia laparoscópica), malabsortivos (como bypass gástrico) ou combinando restrição gástrica e malabsorção (como o desvio biliopancreático)². Embora os pacientes severamente obesos não sejam considerados candidatos típicos para a alimentação por sondas em longo prazo, eles podem desenvolver qualquer uma das causas de disfagia que geralmente levam à gastrostomia. Mais, estes pacientes frequentemente apresentam doença vascular grave e são propensos a desenvolver episódios de acidente vascular cerebral, mesmo após a cirurgia bariátrica. Necessidade crescente de gastrostomia após a cirurgia bariátrica é de se esperar nos próximos anos.

Naturalmente, a gastrostomia endoscópica percutânea é impossível após procedimentos como bypass gástrico, onde o estômago não é acessível ao exame endoscópico. Gastrectomia vertical é um procedimento restritivo que inclui a remoção da maioria do estômago, especialmente fundo que contém o apetite estimulado pela grelina nas células secretoras, deixando apenas um tubo gástrico fino entre o esôfago e duodeno que contribui para reduzir a ingestão de alimentos³. A endoscopia gástrica é possível após a gastrectomia vertical, mas reduz acima de 80% do volume gástrico⁴, afetando a distensão do lúmen e tornando a transiluminação da parede abdominal tarefa muito difícil. No melhor dos nossos julgamentos, não é aconselhável tentar a abordagem endoscópica para a criação de uma gastrostomia após este procedimento restritivo. Em pacientes que necessitam de nutrição enteral a longo prazo, a gastrectomia vertical surge como uma nova indicação clínica para SG, não relatada anteriormente na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, Rollins H, Singer P, Skelly RH. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr. 2005;24(5):848-61.
2. Margaret AS, Hilary EWP, Adam PC, Darleen AS, Randy JS. All bariatric surgeries are not created equal: insights from mechanistic comparisons. Endocr Rev. 2012; 33(4):595-622.
3. Rosen DJ, Dakin GF, Pomp A. Sleeve gastrectomy. Minerva Chir. 2009; 64(3):285-95.
4. Runkel N, Colombo-Benkmann M, Huttl TP, Tigges H, Mann O, Sauerland S. Bariatric surgery. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(20):341-6.