

usando-se acesso endoscópico e laparoscópico

### Por que isso aconteceu?

Na re-análise do vídeo da operação, ficou muito claro que o quarto grampeamento (azul) teve o NG em suas mandíbulas e foi fixado durante a criação do tubo gástrico (Figura 2). Mas a parte mais importante foi a de verificar como o NG atingiu o estômago durante o grampeamento?

Temos um protocolo de inserção de um NG no momento da indução da anestesia para descomprimir o estômago, que é retirado depois que todos os portais tenham sido inseridos e a laparoscopia realizada. Infelizmente, naquele dia o anestesista tinha retirado o NG parcialmente e manteve-o no esôfago para uso posterior, se necessário fosse. Quando ele empurrou o tubo de calibração gástrica, antes de disparar os grampeadores, o tubo de calibração sendo de tamanho maior arrastou o NG ao estômago. Sem saber disso a operação concentrou-se no tubo gástrico e disparou inadvertidamente sobre o NG e ocorreu esta complicação inusitada.

### Como prevenir? Sonda nasogástrica é necessária?

Prevenção dessa complicação incomum é de grande importância; portanto, a consciência entre os cirurgiões de que o NG pode ser cortado sem qualquer pressão pelos modernos grampeadores torna ainda mais necessário cuidado de sua aplicação durante o procedimento. A resposta absoluta a ele seria retirá-lo completamente antes de inserir o tubo de calibração e todos os testes de vazamento serem feitos pelo próprio tubo de calibração. Além disso, o papel e a necessidade do NG antes do procedimento para descompressão gástrica e prevenção de vazamento precisa ser reavaliada<sup>4</sup>.

### Como se recuperar de tal acontecimento?

Estas complicações, embora raras, podem acontecer com qualquer equipe cirúrgica. Como é rara, protocolos cirúrgicos não podem ser comparados; no entanto, sem dúvida, a prevenção é sempre melhor do que a recuperação. No nosso caso, achamos que o tubo de calibração gástrica in situ que tinha sido inserido sabendo que o NG tinha sido grampeado agiu como um stent e nos ajudou a manter o tubo gástrico, facilitando a retirada do NG e prevenindo qualquer lesão de vizinhança na mucosa gástrica e, posteriormente, durante a sutura do orifício criado impedindo estreitamento no local.

## REFERÊNCIAS

- Li JF, Lai DD, Ni B, Sun KX. Comparison of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity or type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Surg.* 2013 Dec; 56(6):E158-64.
- Rossetti G, Fei L, Docimo L, et al. Is Nasogastric Decompression Useful in Prevention of Leaks After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy? A Randomized Trial. *J Invest Surg.* 2014 Aug; 27(4):234-9.
- Helmiö M1, Victorzon M, Ovaska J et al. Sleeve-pass: a randomized prospective multicentre study comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and gastric bypass in the treatment of morbid obesity: Preliminary results. *Surg Endosc.* 2012 Sep;26(9):2521-6.
- Péquignot A, Dhahria A, Mensah E P, Verhaeghe, R, Badaoui, C, Sabbagh, J.-M. Regimbeau. Stapling and Section of the Nasogastric Tube during Sleeve Gastrectomy: How to Prevent and Recover? *Case Rep Gastroenterol.* 2011;5(2):350-4.

ABCDDV/1223

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(Supl.1):135-136

DOI: /10.1590/0102-6720201600S10033

Carta ao Editor

## RE-GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA PARA REGANHO DE PESO POSTERIORMENTE À GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA MODIFICADA: PRIMEIRO RELATO DE CASO E CIRURGIA NA AMÉRICA LATINA

*Laparoscopic re-sleeve gastrectomy for weight regain after modified laparoscopic sleeve gastrectomy: first case report and surgery in South America*

Eduardo Henrique **PIROLA**, Felipe Piccarone Gonçalves **RIBEIRO**, Fernanda Junqueira Cesar **PIROLA**

Trabalho realizado na Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

**DESCRITORES:** Gastrectomia. Ganho de Peso.

**HEADINGS:** Gastrectomy. Weight gain.

### Correspondência:

Eduardo Henrique Pirolla

Email: eduardopirolla@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 05/04/2015

Aceito para publicação: 03/05/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

## INTRODUÇÃO

**G**astrectomia vertical laparoscópica modificada (MLSG) é boa opção para controlar o diabetes melito tipo II, obesidade e outras co-morbidades.

No entanto, um desafio comum das operações bariátricas é a recuperação do peso em longo prazo.

Re-gastrectomia vertical começou há alguns anos e é sugerida para ser opção viável para gerir essas situações. Na América Latina não há nenhum caso relatado de re-gastrectomia vertical após MLSG até este momento.

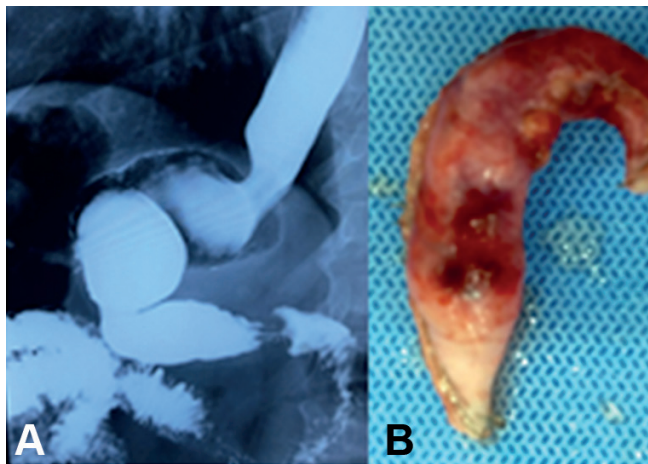
Portanto, é apresentado um relato de caso de um indivíduo submetido à re-gastrectomia vertical por recuperação do peso após sete anos de MLSG.

## RELATO DE CASO

LSF, 48 anos, caucasiano, homem brasileiro, foi a consultório particular em São Paulo, SP, Brasil, em 2009, apresentando as seguintes condições: obesidade grave com IMC de 47, diabetes melito tipo II, esteatose hepática e hipertensão. Portanto, ele tinha síndrome metabólica e obesidade grave. Foi submetido aos seguintes exames: peptídeo C (2,86), anti-GAD e anticorpo anti-insulina negativos e glicemia de jejum (285 mg/dl) em tratamento com Januvia e Glifage.

MLSG (Figura 1) foi realizada em 2009. Ela consiste basicamente na remoção de parte do fundo gástrico e do corpo do estômago até uma polegada a partir da veia pilórica, reduzindo a produção de grelina<sup>4</sup>. Nos seguintes oito meses após a operação, ele passou de IMC de 47 para 27,5. Como

resultado, teve a sua síndrome metabólica e diabetes controlados. Sete anos mais tarde retornou referindo capacidade de comer maior volume e recuperou o peso. Seu novo IMC foi de 34,5. Dado este cenário clínico foram solicitados ultrassonografia abdominal, esôfago, estômago e duodeno contrastado e endoscopia digestiva alta (Figura 1A).



**FIGURA 1** - A) Estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno demonstrando dilatação fúndica moderada; B) peça cirúrgica de re-gastrectomia vertical (12 cm de fundo gástrico)

Colecistectomia laparoscópica com colangiografia foi realizada e também re-gastrectomia vertical parcial (Figura 1B) usando grampeador linear articulado e carga azul com reforço de sutura com polidioxanona 3-0. A operação obteve bons resultados e sem quaisquer complicações intra ou pós-operatórias. Paciente permaneceu no hospital por 48 h.

Após seis meses do procedimento não apresentava nenhuma complicação; teve 12 kg de perda de peso e parou todos os medicamentos. Ele apresentava alteração no IMC=8%, perda de excesso de IMC (%EBMIL) de 84,21% e porcentagem de perda de peso total (%TWL) de 12,37%.

## DISCUSSÃO

A literatura tem poucas publicações que descrevem re-gastrectomia vertical. Nenhuma delas na América Latina e nenhum relato MLSG como procedimento bariátrico primário.

Em 2006, Baltasar A, et al. relataram dois pacientes que foram submetidos à gastrectomia vertical laparoscópica e quando eles recuperaram o peso, re-gastrectomia laparoscópica e switch duodenal foram realizados e reduziu IMC após 3-4 meses<sup>1</sup>. No entanto, switch duodenal é melhor indicação para super-super-obesidade, pois é técnica muito malabsortiva. Re-gastrectomia vertical é boa maneira em pacientes que precisam perder grande parte do peso que re-adquiriu sem outros problemas.

Em 2009, Iannelli A, et al. realizaram um estudo de viabilidade de revisão da gastrectomia vertical laparoscópica. Eles recrutaram 13 pacientes com recuperação do peso ou perda de peso insuficiente. Eles seguiram seus pacientes no 1º, 6º e 12º meses após a revisão da gastrectomia vertical laparoscópica. Antes da operação o IMC médio era de 44,6 kg/m<sup>2</sup>; um mês após o IMC médio era de 32,3 kg/m<sup>2</sup>; seis meses após o IMC médio era de 32 kg/m<sup>2</sup> e em 12 meses de 27,5 kg/m<sup>2</sup>. Eles concluíram que, para um ano após a revisão o procedimento era seguro e efetivo<sup>3</sup>.

Rebibo L et al. compararam re-gastrectomia vertical com a gastrectomia vertical primária. Descobriram que a re-gastrectomia podia gerar perda de peso similar à primária, mas com maior risco de complicações, tal como fistula gástrica<sup>2</sup>.

Em 2014 Cesana G et al. relataram seus resultados mostrando 201 pacientes que foram submetidos à re-gastrectomia vertical.

Eles não relataram complicações intra ou pós-operatórias, e houve redução de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes nos diabéticos e hipertensos<sup>2</sup>.

A segurança em curto prazo é consistente com a literatura uma vez que nenhuma complicação pré ou pós-operatória ocorreu. Estes resultados são também semelhantes aos de Cesana na redução de hipoglicemiantes. Há necessidade de seguimento destes pacientes para verificar se os resultados são consistentes no médio e longo prazo.

A nossa principal limitação foi o tamanho de amostra de apenas um paciente. Para ter-se resultados mais sólidos seguimentos maiores e maior número de pacientes são necessários.

## REFERÊNCIAS

- Baltasar A, Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M. Re-sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2006 Nov;16(11):1535-8.
- Cesana G, Uccelli M, Ciccicarese F, Carrieri D, Castello G, Olmi S. Laparoscopic re-sleeve gastrectomy as a treatment of weight regain after sleeve gastrectomy. *World J Gastrointest Surg*. 2014 Jun 27;6(6):101-6.
- Iannelli A, Schneck AS, Noel P, Ben Amor I, Krawczykowski D, Gugenheim J. Re-sleeve gastrectomy for failed laparoscopic sleeve gastrectomy: a feasibility study. *Obes Surg*. 2011 Jul;21(7):832-5.
- Pirola EH, Jureidini R, Barbosa ML, Ishikawa LC, Camargo PR. A modified laparoscopic sleeve gastrectomy for the treatment of diabetes mellitus type 2 and metabolic syndrome in obesity. *Am J Surg*. 2012 Jun;203(6):785-92.
- Rebibo L, Fuks D, Verhaeghe P, Deguines JB, Dhahri A, Regimbeau JM. Repeat sleeve gastrectomy compared with primary sleeve gastrectomy: a single-center, matched case study. *Obes Surg*. 2012 Dec;22(12):1909-15.

[ABCDDV/1224](#)

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(Supl.1):136-138

DOI: /10.1590/0102-6720201600S10034

Carta ao Editor

## NECROSE DO RESERVATÓRIO GÁSTRICO APÓS BYPASS GASTROJEJUNAL. A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO CLÍNICA NO PROGRESSO TOMADA DE DECISÃO: RELATO DO CASO

*Gastric reservoir necrosis post gastro-jejunal bypass. the importance of clinical evaluation in the decision making progress: case report*

Manuel **ACEVES** Avalos<sup>1</sup>, Erik Ivan **BARRAGÁN** Veloz<sup>1</sup>, Humberto **ARENAS** Marquez<sup>1</sup>, Raúl **PÉREZ** Gomez<sup>1</sup>, Arturo **MARTINEZ** Medrano<sup>1</sup>, Eduardo Daniel **ACEVES** Velazquez<sup>2</sup>, Enrique **VARGAS** Maldonado<sup>1</sup>, Edgar **CASTILLO** Salas<sup>1</sup>

Trabalho realizado no <sup>1</sup>Obesidad y Laparoscopia Avanzada (OLA), Hospital Puerta de Hierro Sur, Guadalajara, Jalisco, México and <sup>2</sup>Internal Medicine, Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

**DESCRITORES:** Bypass gástrico em Y-de-Roux. Necrose bolsa gástrica. Anastomose esofagojejunal.

**HEADINGS** - Roux-en-Y gastric bypass. Necrosis gastric pouch. Esophagojejunal anastomosis.

**Correspondência:**

Manuel Acevos Avalos

E-mail: acevesma1@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 26/04/2015

Aceito para publicação: 24/05/2016

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.