

UMA NOVA TÉCNICA DE GASTROSTOMIA CIRÚRGICA A PARTIR DE CONCEITOS DA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA

Surgical gastrostomy based on endoscopic concepts

Emmanuel Conrado **SOUZA**

Trabalho realizado na Clínica Cirúrgica, Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, Itabuna, BA e Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, BA, Brasil

DESCRITORES: Gastrostomia. Laparotomia. Nutrição enteral. Técnica cirúrgica.

RESUMO - Racional: Até 1980, a técnica de Stamm era padrão para gastrostomia. Após introdução da técnica por via endoscópica, devido a sua eficiência e rapidez, rapidamente tornou-se método de escolha para acesso enteral prolongado. **Objetivo** - Descrever uma técnica que combina a visualização direta do estômago pela laparotomia com a simplicidade e menor trauma oferecida pela gastrostomia endoscópica. **Método:** A técnica é laparotômica com o paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia. Inicia-se com incisão pequena no epigástrico e tração do estômago através dela. Associa-se incisão de 3 mm em flanco esquerdo para punção com agulha permitindo a passagem de fio guia. A seguir, realiza-se perfuração punctiforme do estômago, apreensão do fio guia, conexão com sonda e tração percutânea com aproximação do estômago à parede abdominal sem necessidade de sutura em torno da sonda. **Resultados:** Vinte e oito pacientes foram submetidos à essa técnica com dispositivos usados pela endoscopia; seis apresentaram complicações locais menores, sem necessidade de reintervenção; não houve óbito. **Conclusão:** A gastrostomia cirúrgica com incisão mínima no estômago para exteriorização da sonda, utilizando dispositivos da gastrostomia endoscópica, mostrou-se segura, de fácil execução, menos traumática, mais rápida, simples e elegante.

Correspondência:

Emmanuel Conrado Sousa
E-mail: econrado@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 21/05/2015
Aceito para publicação: 15/09/2015

HEADINGS - Gastrostomy. Laparotomy. Enteral nutrition. Surgical technique.

ABSTRACT - Background: Until the early 1980s, Stamm technique was considered standard method to gastrostomy. After description of the endoscopic technique, due to its efficiency and speed, quickly became the method of choice for long-term enteral access. **Aim:** Describe a technique that combines direct view of the stomach from open surgery with the simplicity and less traumatic endoscopic gastrostomy method. **Method:** In patient supine under spinal anesthesia the technique starts with small epigastric incision to pull up the stomach. A 3 mm incision in the left hypochondrium is made to pass needle puncture to guidewire passage. The stomach is drilled, guidewire is seized, connection to catheter and percutaneous approach is made with traction of the stomach to the abdominal wall. Purse suture on the anterior gastric wall is not needed. **Results:** Twenty-eight patients underwent gastrostomy using endoscopy devices; six had local minor complications without the need for re-intervention; there was no death. **Conclusion:** The surgical gastrostomy with minimal incision in the stomach to pull off the catheter using endoscopic gastrostomy devices, proved to be safe, easy to perform, less traumatic, quick, simple and elegant.

INTRODUÇÃO

Alimentação através de uma sonda de gastrostomia é utilizada para manter ou melhorar o estado nutricional de pacientes com distúrbio motor severo da deglutição ou com obstrução devido à neoplasia de orofaringe e esôfago. As primeiras gastrostomias foram realizadas no século 19, e a técnica cirúrgica de Stamm, descrita em 1894, foi considerada padrão durante muito tempo para realização de acesso enteral prolongado. Quando a gastrostomia endoscópica percutânea foi descrita em 1980³, ela tornou-se método de escolha devido à sua rapidez e simplicidade^{5,11,14}. Entretanto, algumas situações clínicas não permitem o acesso endoscópico, seja por obstrução orofaríngea e esofágica ou por alterações anatômicas envolvendo cavidade abdominal e estômago. Diante de tais cenários clínicos a gastrostomia cirúrgica é a opção mais utilizada. A morbidade e mortalidade descritas à ela variam de 4-74% e 2,5-22% respectivamente^{1,6,7,8,10,12,13,15}. As complicações estão relacionadas com a incisão e sutura sobre o estômago e com a incisão da laparotomia.

Visando minimizar o impacto destes dois fatores, este autor idealizou procedimento que combina a visualização direta do estômago obtida pela laparotomia com a simplicidade e menor trauma da gastrostomia endoscópica.

MÉTODO

Descrição da técnica

Paciente e colocado em posição supina sob raquianestesia e introduzida antibioticoprofilaxia. Após antisepsia, realiza-se incisão inicial de 2 cm em ponto médio entre apêndice xifoide e cicatriz umbilical, com cuidado de manter o ligamento redondo à direita quando da abertura peritoneal. Escolhe-se local para punção com incisão de 3 mm entre hipocôndrio e flanco esquerdo, orientado pela mobilidade gástrica. Por ela passará a punção percutânea com agulha de grosso calibre e introdução de fio guia perpendicularmente na parede abdominal sob visão direta e exteriorização do fio guia na incisão (Figura 1A). A seguir, identifica-se e apreende-se o antro gástrico com pinças atraumáticas, escolhe-se local para a gastrostomia e faz-se perfuração punctiforme no antro distal, a 5 cm do local já realizado para o guia e futura passagem sonda de gastrostomia (Figura 1B). Segue-se a apreensão do fio guia, conexão com sonda de gastrostomia e tração suave dela até que o elemento em forma de flange de trava interna da sonda aproxime o estômago ao peritônio parietal; neste momento parte da sonda foi exteriorizada (Figura 1C). Após colocação dos elementos externos de fixação, a sonda no estômago fica tracionado contra a parede abdominal (Figura 1D). O fechamento da incisão gástrica é feito com fio inabsorvível distante da saída da sonda de gastrostomia (Figura 1E). Sutura da pele e colocação dos elementos externos de fixação encerra o procedimento (Figura 1F).

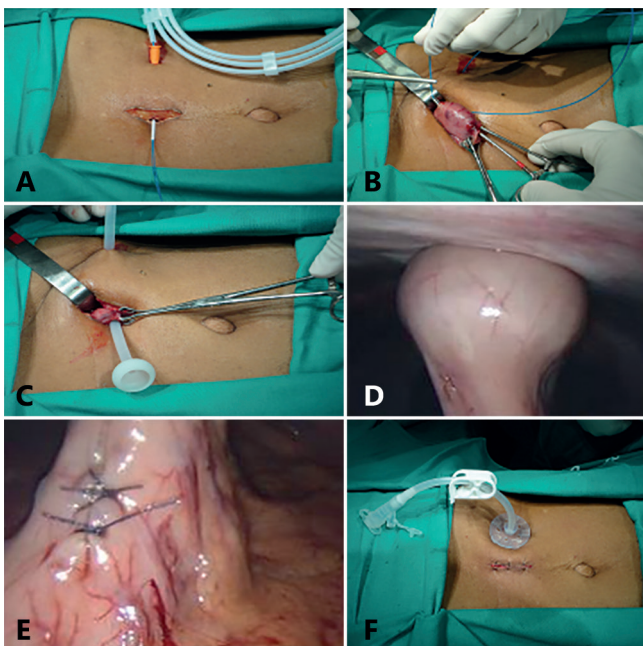


FIGURA 1 – Técnica operatória da gastrostomia: A) passagem de fio guia perpendicularmente à parede abdominal sob visão direta e exteriorização do fio guia na incisão; B) identifica-se e apreende-se o antro gástrico com pinças atraumáticas, escolhe-se local para a gastrostomia e faz-se perfuração punctiforme no antro distal, a 5 cm do local já realizado para o guia e futura passagem sonda de gastrostomia; C) apreensão do fio guia, conexão com sonda de gastrostomia e tração suave dela até que o elemento em forma de flange para trava interna da sonda aproxime o estômago ao peritônio parietal com exteriorização da sonda; D) colocação dos elementos externos de fixação na sonda do estômago tracionado - visão videolaparoscópica; E) fechamento da incisão gástrica distante da saída da sonda de gastrostomia - visão videolaparoscópica; F) sutura da pele e colocação dos elementos externos de fixação encerrando o procedimento

A gastrostomia cirúrgica utilizando dispositivos da gastrostomia endoscópica foi realizada em 28 pacientes portadores de neoplasia de orofaringe e esôfago, com obstrução da via alimentar.

RESULTADOS

Dos 28 pacientes, seis pacientes apresentaram complicações menores (dor e/ou distensão abdominal, hiperemia e secreção junto à sonda de gastrostomia). Não houve complicações maiores, como saída da sonda de gastrostomia, peritonite difusa, hemorragia, deiscência de sutura, necessidade de reintervenção ou óbitos. Os pacientes iniciaram dieta com volume reduzido no primeiro dia do pós-operatório, passando a dieta padrão a partir do segundo.

DISCUSSÃO

As duas principais técnicas de gastrostomia cirúrgica, Stamm com dupla sutura em bolsa e Witzel com criação de um tubo seroso, procuram envolver a sonda em tecido gástrico, buscando evitar as complicações do vazamento do conteúdo gástrico. A gastrostomia endoscópica com perfuração punctiforme do estômago e aproximação do estômago à parede abdominal produz resultados de morbidade e mortalidade menores ou pelo menos iguais aos da gastrostomia cirúrgica, sendo tecnicamente mais simples, menos traumática e com custo menor^{1,2,6,7,8,9,10,12,13,15}.

Gauderer em 2008⁴ descreveu uma técnica que chamou de híbrida por utilizar acesso de laparotomia junto com procedimento endoscópico, descrevendo as vantagens da visualização direta do estômago associado à simplicidade e menor trauma da técnica endoscópica. Foi realizado em um grupo de crianças e adolescentes com cirurgia abdominal anterior e com aderências envolvendo o estômago, dificultando e tornando inseguro o acesso endoscópico. Na técnica descrita aqui, por se tratar de pacientes adultos com obstrução proximal ao estômago, usou-se somente a via aberta, sem realizar sutura em torno da sonda, semelhante à técnica híbrida, confiando no dispositivo de aproximação e trava já testado no procedimento endoscópico.

As vantagens da técnica descrita incluem: laparotomia mínima; tração fácil do estômago para fora da cavidade; incisão punctiforme no estômago para passagem do fio guia e exteriorização da sonda tornando desnecessária a sutura em bolsa no estômago; uso de sonda com flange interna circular, utilizada na técnica endoscópica, permitindo melhor tração e fixação da parede gástrica ao peritônio parietal.

Os resultados obtidos neste grupo de pacientes mostraram frequência baixa de complicações locais, ausência de complicações maiores, principalmente quando comparados à frequência de complicações da gastrostomia cirúrgica relatada na literatura, que variam de 4-74% para morbidade e 2,5-22% para mortalidade^{1,2,6,7,8,9,10,12,13,15}. Este procedimento foi realizado por videolaparoscopia em dois pacientes, de forma fácil e com bom resultado. A visão videolaparoscópica ilustra muito bem a tração gástrica à parede abdominal (Figura 1D) e a sutura para introdução da sonda em local distante da contrabertura para exteriorização da sonda de gastrostomia.

O autor exerce atividade cirúrgica em hospital filantrópico com atendimento ao SUS em cidade localizada no interior do estado da Bahia, Nordeste do Brasil e, portanto, não poderia deixar de discutir brevemente o financiamento do material utilizado. A maioria dos pacientes com indicação de gastrostomia são usuários do SUS, cuja tabela não contempla o dispositivo para gastrostomia endoscópica. Diante de muitas complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico, maior custo com diagnóstico e tratamento das complicações, aumento da permanência hospitalar e impacto negativo sobre a evolução

dos pacientes, solicitou-se permissão à administração do hospital para usar material específico neste grupo especial de pacientes, viabilizando o método aqui descrito.

Estudos posteriores comparando diferentes técnicas de gastrostomia cirúrgica com a atual proposta poderão comprovar sua equivalência.

CONCLUSÃO

A realização de gastrostomia cirúrgica com incisão mínima no estômago para exteriorização da sonda e utilizando dispositivos da gastrostomia endoscópica mostrou-se segura, de fácil execução, menos traumática, mais rápida, simples e elegante

REFERÊNCIAS

1. Anselmo CB, Terciotti Junior V, Lopes LR, Coelho Neto J de S, Andreollo NA. Surgical gastrostomy: current indications and complications in a university hospital. *Rev Col Bras Cir*; 40(6): 458-62, 2013 Nov-Dec.
2. Bankhead RR, Fisher CA, Rolandelli RH. Gastrostomy tube placement outcomes: comparison of surgical, endoscopic, and laparoscopic methods. *Nutr Clin Pract*; 20(6): 607-12, 2005 Dec.
3. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg*; 15(6):872-5, 1980 Dec.
4. Gauderer WLM. Experience with a hybrid, minimally invasive gastrostomy for children with abnormal epigastric anatomy. *Journal of Pediatric Surgery*(2008) 43,2178-2181.
5. Grant JP. Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with Stamm gastrostomy. *Ann Surg*, 1988;207(5):598-603.
6. Ho HS, Ngo H. Gastrostomy for enteral access. A comparison among placement by laparotomy, laparoscopy, and endoscopy. *Surg Endosc*; 13(10): 991-4, 1999 Oct.
7. Ljungdahl M, Sundbom M. Complication rate lower after percutaneous endoscopic gastrostomy than after surgical gastrostomy: a prospective, randomized trial. *Surg Endosc*; 20(8): 1248-51, 2006 Aug.
8. Moller P, Lindberg CG, Zilling T. Gastrostomy by various techniques: Evaluation of indications, outcome, and complications. SHYPERLINK "http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713690387~db=all" candinavianHYPERLINK "http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713690387~db=all" JHYPERLINK "http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713690387~db=all" ournal ofHYPERLINK "http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713690387~db=all" astroenterology; Vol. 34 Nr. 10 Página: 1050 - 1054
9. Saitua F, Acuna R, Herrera P. Percutaneous endoscopic gastrostomy: The technique of choice? *Journal of Pediatric Surgery*. Vol. 38 Nr. 10 Página: 1512 - 1515.
10. Samii AM, Suguitan EA. Comparison of operative gastrostomy with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Mil Med*; 155(11):534-5, 1990 Nov.
11. Sangster W, Cuddington GD, Bachulis BL. Percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am J Surg*; 155(5): 677-9, 1988 May.
12. Scott JS, de la Torre RA, Unger SW. Comparison of operative versus percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in the elderly. *Am Surg*; 57(5): 338-40, 1991 May.
13. Stern JS. Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with surgical gastrostomy at a community hospital. *Am J Gastroenterol*; 81(12): 1171-3, 1986 Dec
14. Vanis, N, Saray A, Gornjakovic S, Mesihovic R. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): retrospective analysis of a 7-year clinical experience. *Acta Informatica Medica*. Vol. 20 Nr. 4 Página: 235 - 7
15. Wollman B, D'Agostino HB, Walus-Wigle JR, Easter DW, Beale A. Radiologic, endoscopic, and surgical gastrostomy: an institutional evaluation and meta-analysis of the literature. *Radiology*; 197(3): 699-704, 1995 Dec.