

INFORTÚNIO DURANTE GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA: POR QUE ISSO ACONTECEU? COMO PREVENIR E RECUPERAR-SE?

*Misadventure during laparoscopic sleeve gastrectomy:
Why it happened? How to prevent and recover from it?*

Deborshi SHARMA¹, Priya HAZRAH¹, Swati SATTAVAN¹,
Pavitra Kumar GANGULY², Romesh LAL¹

Trabalho realizado no ¹Department of Surgery, Lady Hardinge Medical College & Associated Dr RML Hospital, and ²Department of Surgery, Hamdard Institute of Medical Sciences and Research, New Delhi, India

DESCRITORES - Gastrectomia. Complicações. Intubação gastrointestinal.
HEADINGS - Laparoscopic sleeve gastrectomy. Complications.
Nasogastric tube.

Correspondência:

Deborshi Sharma
Email: drdeborshi@gmail.com,
deborshi_sh@yahoo.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 03/05/2015

Aceito para publicação: 24/05/2016

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

INTRODUÇÃO

Gastrectomia vertical laparoscópica (LSG) está ganhando popularidade como uma única fase para obesidade mórbida¹. É considerada como um processo mais seguro do que outros procedimentos mais complexos, uma vez que evita a deficiência de micronutrientes em longo prazo. LSG pode se apresentar com grandes complicações em até 29% e, entre elas, o vazamento na linha de grampeamento pode ser em 0-7%². Aqui é relatada uma complicação muito rara e incomum com LSG que é completamente evitável.

RELATO DE CASO

Mulher de meia idade com história de infarto do miocárdio de parede inferior e IMC 42 foi submetida à LSG. Ela estava em período intra-operatório sem intercorrências e foram usados cinco disparos de grampeadores, verde e azul, para cobrir o comprimento do tubo gástrico. Ao final foi verificada a existência de qualquer vazamento usando o teste de vazamento de ar. Naquele momento um alarme soou dado pelos médicos adjuvantes referindo que a sonda nasogástrica (NG) ficou presa em algum lugar, uma vez que não estava saindo. Imediatamente, concentrando-se no tubo gástrico remanescente uma covinha foi notada na altura do meio do tubo toda vez que o anestesista estava tentando puxá-lo. O espécime gástrico extraído foi examinado através da abertura da grande curvatura para encontrar a extremidade distal cortada do NG que estava firmemente fixado na peça (Figura 1).

Sabendo-se que a NG tinha sido grampeada no tubo

gástrico (Figura 2), o tubo de calibração gástrica 36 Fr foi reinserido, e os grampos da área anexa ao NG foram cortados e abertos usando-se tesoura ultrassônica criando orifício de cerca de 1 cm, que laçou o NG proximal e foi retrogradamente puxado para fora sob visão direta. O tubo de calibração gástrica foi mantido in situ e o orifício no tubo foi suturado com sutura poliglicólica 2-0 em duas camadas. Teste de vazamento foi refeito e os portais foram fechados após a inserção de um dreno abdominal. A paciente ficou com algum refluxo no pós-operatório, que se restabeleceu com tratamento conservador; verificação endoscópica após seis semanas não mostrou evidência de estenose ou ulceração no local da sutura.



FIGURA 1 - Espécime ressecado mostrando a sonda nasogástrica incorporada na linha de grampeamento

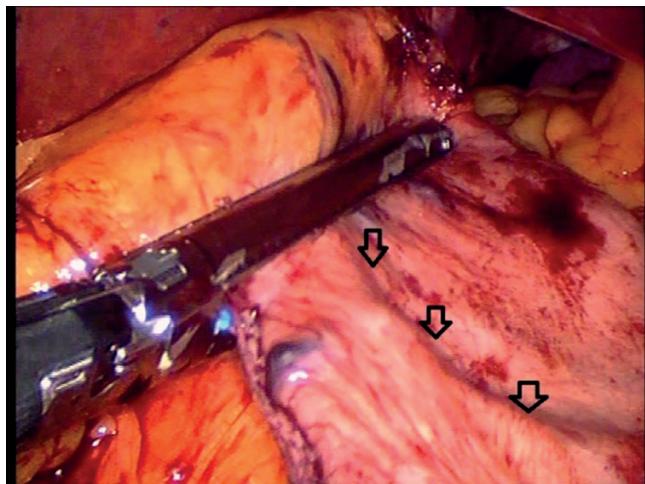


FIGURA 2 - Retrospectiva da imagem de vídeo mostrando a sonda nasogástrica (setas) aprisionada no stapler logo antes de dispará-lo

DISCUSSÃO

LSG é operação muito comum e considerada por muitos como opção cirúrgica em um tempo para pacientes com obesidade mórbida^{1,3}. Ela vem com suas próprias complicações e a fundamental dentre elas é o vazamento - comparável com outras técnicas de cirurgia bariátrica - na parte proximal da longa linha de grampeamento^{1,2}. No entanto, as complicações raras como NG seccionado e grampeado ao tubo gástrico, embora possível, foi relatado somente uma vez antes deste caso⁴. No único relatório anterior, o NG cortado foi detectado no pós-operatório fora da sala de operação; foi retirado

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 reavaliada⁴.

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: /10.1590/0102-6720201600510033

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

Gastrectomia 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 grelina⁴. Nos seguintes oito meses após a operação, ele passou de IMC de 47 para 27,5. Como