

Cirurgia

Quais as complicações mais frequentes da gastroplastia a Fobi-Capella? Como tratá-las?

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Doutor em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo (FCMSCSP); Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

©2011 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

A taxa de mortalidade da gastroplastia a Fobi-Capella pode chegar até 1% nas grandes séries e as complicações gerais podem chegar até 40%.

A seguir, serão discutidas as complicações mais frequentes e tentaremos colocar a melhor maneira de evitá-las e tratá-las, a nosso ver.

1. Fístula da anastomose gastrojejunal: é complicação temida e seu diagnóstico é difícil. O paciente pode apresentar apenas taquicardia, a princípio, e, mais tardiamente, dispneia e derrame pleural. A última coisa a ser percebida é a peritonite. Pode-se diminuir o seu aparecimento com a realização de uma anastomose cuidadosa e de um segundo plano de sutura sobre o grampeamento da pequena câmara gástrica. A manobra de se injetar soro fisiológico com azul de metileno pela sonda orogástrica pode evidenciar pequenos vazamentos na anastomose, que podem ser corrigidos no intraoperatório. Sugerimos, também, a colocação de dreno nessa região com exteriorização pelo flanco esquerdo, que diagnostica e orienta a fístula quando do seu aparecimento. Caso o paciente não tenha sido drenado e o diagnóstico de fístula tenha sido aventado, é indicada a reabordagem cirúrgica imediata com lavagem da cavidade, drenagem ampla da cavidade abdominal e realização de gastrostomia para alimentação na grande câmara gástrica excluída.
2. Hematoma-seroma da incisão: pode ser minimizado pela lavagem exaustiva da ferida operatória e aproximação do subcutâneo. O uso de faixa abdominal elástica também pode ajudar a diminuir a sua incidência no pós-operatório.
3. Hérnia incisional: é maior na cirurgia aberta que na videolaparoscópica. A aponeurose deve ser fechada, de preferência, com fio inabsorvível e com pontos próximos uns dos outros. A cinta elástica pode ajudar e seu uso deve ser incentivado por pelo menos 60 dias após a cirurgia.
4. Embolia pulmonar: é rara, porém temida. Pode-se diminuir sua incidência com o uso de meias elásticas ou massagrador de panturrilhas no intra
5. Atelectasia e pneumonia pós-operatória: pode chegar a até 3% dos casos e devem-se fazer antibioticoterapia profilática e fisioterapia respiratória durante a internação. A fisioterapia com pressão positiva não deve ser realizada, pelo risco de ingestão de ar e ruptura das suturas gastrointestinais.
6. Náuseas e vômitos persistentes: podem ocorrer eventualmente e, nesses casos, é possível o aparecimento da Síndrome de Wernicke, que é grave e pode deixar sequelas neurológicas importantes. Nesses casos, deve-se administrar vitamina B₁ (tiamina) endovenosa enquanto durarem os vômitos.
7. Estenose da anastomose gastrojejunal: é mais frequente quando se usam grampeadores circulares em vez dos lineares na realização da anastomose. Nas anastomoses manuais, tende a ser menor. Recomendamos uma anastomose de cerca de 3 cm ou mais de extensão, para evitar a estenose. O tratamento da estenose é satisfatório através da dilatação endoscópica.
8. Complicações com o anel: pode ocorrer ruptura do anel, escorregamento com obstrução ou erosão do estômago com entrada do anel para a luz gástrica. Devido a essas complicações, diminuímos o uso do anel, indicando-o apenas nos pacientes superobesos. Nos indivíduos com IMC < 50, o anel não é utilizado.
9. Obstrução intestinal: complicação grave que ocorre devido à hérnia interna de delgado. Seu tratamento é cirúrgico e de urgência. O retardo no tratamento pode levar a necrose de segmento intestinal e/ou distensão da alça biliar pancreática e consequente dilatação retrógrada do estômago excluído, com ruptura da linha de grampos e peritonite.

10. Síndrome de Dumping: consiste no esvaziamento rápido do estômago para o delgado levando a mal-estar e sensação de morte iminente. Pode ser tratada pela proibição de alimentos muito concentrados e doces. Caso não haja melhora, é possível usar o Octreotide subcutâneo, que, geralmente, leva ao desaparecimento do quadro.
11. Colecistite calculosa: aparece alguns meses após a cirurgia bariátrica e sua causa parece ser devido ao emagrecimento rápido. Deve ser operada assim que feito seu diagnóstico, preferencialmente por via videolaparoscópica, mesmo quando a

cirurgia bariátrica tenha sido realizada por via laparotômica.

12. Complicações metabólicas: a deficiência de ferro e vitamina B₁₂ com consequente anemia são as mais comuns. Deve-se fazer a suplementação desses elementos preferencialmente sob a forma injetável a cada 6 meses.

Não é pretensão deste artigo esgotar o assunto sobre complicações da cirurgia bariátrica, mas sim ajudar na sua detecção, prevenção e tratamento de forma prática e objetiva, para auxílio no dia a dia do cirurgião bariátrico.