

Fístula tardia pós-sleeve gástrico

Late post-gastric sleeve fistula

Alexsandro Batista da Costa **CARMO**¹, Osvanio Salamao **PIMENTA**¹, Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**², Ronaldo Mafia **CUENCA**³, Orlando Jorge Martins **TORRES**⁴, Nelson Adami **ANDREOLLO**⁵

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia. Pós-operatório. Sleeve. Fístula.
KEYWORDS: Surgery. Postoperative. Sleeve. Fistula.

INTRODUÇÃO

Fístula digestiva ou gastrointestinal é uma das complicações pós-operatórias mais temidas, juntamente com deiscência e infecção. O tema é de grande interesse para o cirurgião e, apesar de numerosas publicações a respeito, uma série de aspectos relativos às fístulas do aparelho digestivo merece sempre considerações.

Fístula gastrointestinal ou digestiva é a comunicação aberrante entre o tubo digestivo e qualquer víscera oca ou cavidade abdominal (fístula interna) ou, com a superfície cutânea (fístula externa). Podem ser classificadas quanto à localização anatômica (gástrica, pancreática, duodenal, jejunal, ileal ou colônica), ao débito (alto débito >500 ml/24 h e baixo débito <500 ml/24 h), à origem (congenitas ou adquiridas) ou, ainda, como primárias (devido a processos patológicos intestinais), ou secundárias (intervenção cirúrgicas).¹ As adquiridas podem ser de natureza inflamatória/infeciosa, neoplásicas ou traumáticas.

Fístulas costumam surgir na primeira semana de pós-operatório, com seu maior pico por volta do 5º/7º dia, o que demanda cuidadosa avaliação pós-operatória, principalmente naqueles com maior risco potencial de evoluir com elas. As principais causas de mortalidade relacionadas às fístulas são a desnutrição, o desequilíbrio hidroeletrólítico e a sepse. Outro fator importante que se associa ao pior prognóstico é o seu alto débito inicial.²

O objetivo deste trabalho foi relatar 1 caso de paciente portadora de fístula gástrica adquirida no pós-operatório tardio de procedimento sleeve.

RELATO DO CASO

Mulher de 60 anos procurou atendimento médico após sleeve gástrico tendo perdido 24 kg. A operação ocorreu sem intercorrências tendo sido retirado o dreno

no 7º dia. Teve boa evolução da dieta. Durante 4 meses do pós-operatório permaneceu assintomática. Porém após, evolui com desconforto em hipocôndrio esquerdo, febre e náusea, e perda de 9 kg em 6 dias. O hemograma apresentava leucocitose de 14.000 e sensação de bacteremia (calafrio). Tratou possível infecção do trato urinário com cetoprofeno e ciprofloxacino por 7 dias obtendo melhora parcial. Entretanto, devido à permanência do desconforto abdominal realizou tomografia de abdome total que identificou sinais de gastroplastia com coleção heterogênea próximo à transição esofagogástrica exibindo focos gasosos de permeio e estendendo-se em direção ao parênquima esplênico adjacente (coleção estimada em 221 ml, coleção 7,1x6x5,2 cm). Iniciou antibioticoterapia com clavulin por 14 dias + metronidazol e, após, solicitou-se hemograma de controle. Retornou em bom estado geral referindo apenas dor epigástrica após ingestão alimentar, associada à pirose e plenitude pós-prandial. Mantinha, contudo, leucocitose. Solicitada tomografia (Figura 1), ficou demonstrado os mesmos dados da tomografia anterior, sem definição de extravasamento do contraste via oral para o seu interior, considerando-a sem alteração significativa em relação ao estudo precedente. Foi então encaminhada para drenagem guiada por tomografia que diminuiu a coleção em hipocôndrio esquerdo para 57 ml (Figura 2), após a drenagem. Endoscopia digestiva alta de controle demonstrou gastroplastia em sleeve gástrico, estômago em ampulheta e fístula gástrica na linha de grampeamento distal ao estreitamento da ampulheta. Após discussão, ela foi submetida a nova endoscopia com realização de dilatação da ampulheta onde observou-se a diminuição da fístula e evolução para bom estado geral.

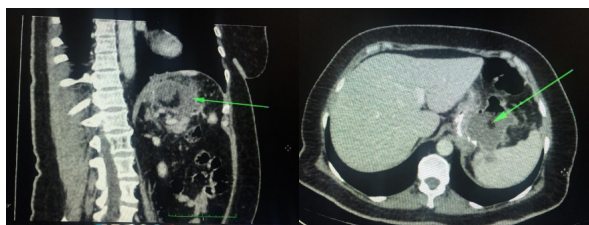


FIGURA 1 - Tomografia computadorizada que, na seta, mostra coleção heterogênea próxima a transição esofagogástrica

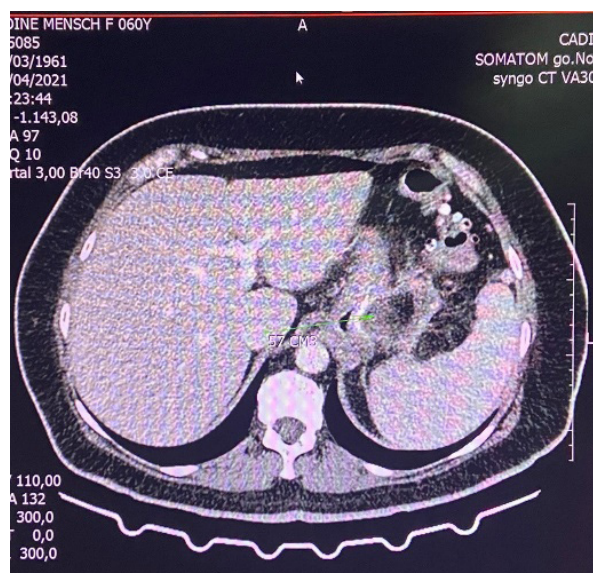


FIGURA 2 - Controle tomográfico mostrando estar diminuída a coleção em hipocôndrio esquerdo (57 ml)

DISCUSSÃO

Nas duas últimas décadas, o papel da cirurgia bariátrica no manejo da obesidade e suas comorbidades relacionadas e suas complicações tornou-se bem estabelecido. Os procedimentos ainda estão evoluindo e há luta constante para melhorar o desfecho em termos de perda de peso e obtenção de melhor controle das comorbidades. Os procedimentos bariátricos podem ser tão simples quanto a banda gástrica ou técnicas mais avançadas e complicadas, como o desvio biliopancreático ou a transposição ileal. Mais recentemente, o bypass gástrico em Y-de-Roux e o sleeve gástrico ganharam popularidade devido aos seus melhores resultados em termos de perda de peso e controle do diabetes melito tipo 2.² O sleeve proporciona perda de 30-40% do peso inicial em 2 anos.³ O percentual de perda do excesso de peso com ele é de 40-70%.⁴

A fístula gástrica nesse procedimento é uma das complicações que mais amedrontam o cirurgião, em função de sua morbidade e difícil resolatividade. Sua incidência varia de 1-7% no procedimento inicial, e de 16-24% nas reintervenções.⁵ A maioria das fístulas ocorre próximo à transição gastroesofágica, no terço proximal do estômago.⁶ Seu manejo pode ser muito desafiador e longo. Em caso de fístula crônica e falha do tratamento anterior, gastrectomia total ou fistulostomia em Y-de-Roux pode ser considerada. Ela é descrita muito raramente como procedimento de salvamento de fístulas gástricas após sleeve.⁵ O procedimento está associado

com complicações graves da linha de grampeamento, como sangramento, fístulas e estenose.

O sleeve é geralmente considerado menos invasivo do que o bypass em Y-de-Roux. No entanto, o risco de fístulas e sangramento na linha de grampeamento continua a ser suas complicações desafiadoras. A taxa de fístulas foi relatada em revisão retrospectiva de 4.888 pacientes em 7%, com o risco médio sendo de 2,6%.²

Para Albanopoulos K et al.⁷ as principais complicações no curso pós-operatório imediato são hemorragia e fístula gástrica. A estenose pode ocorrer em razão da área de estenose no nível da incisura angular; pode ser verdadeira, torção do estômago no seu próprio eixo, acotovelamento do estômago no terço proximal, ou secção mecânica do fundo gástrico muito próximo do esôfago, na área da cárdia. Um alto índice de suspeição e identificação precoce é fundamental para boa evolução.⁸

O manejo das fístulas gástricas depende da condição clínica do paciente, da duração da fístula e dos recursos disponíveis, que podem incluir suporte nutricional, antibiótico, drenagem guiada por imagem, terapia endoluminal com cliques, cola de fibrina, plugs bioabsorvíveis e prótese intraluminal ou procedimento operatório. Estenoses na incisura angular necessitam de dilatações repetidas por balão endoscópico ou conversão para bypass.²

Em consonância com o caso relatado, Parmar CD et al.⁹ também mostraram caso de mulher de 31 anos que foi submetida ao sleeve sem intercorrências. No 6º. dia apresentou dor torácica inferior e tomografia computadorizada estava normal. No acompanhamento de 6 semanas, tinha perdido 44% do excesso de peso e se queixava de dor epigástrica e refluxo. Tomografia mostrou fístula ativa no sleeve que foi tratado com sucesso com a colocação de stent parcialmente coberto. A imagem confirmou o controle da fístula. Dez dias depois, a remoção endoscópica do stent foi realizada com sucesso.⁹

De acordo com Sousa P et al.¹⁰ e Bou NG et al.¹¹ apesar do sleeve ser uma das operações mais populares em todo o mundo, as complicações relacionadas à linha do grampeador podem ser muito graves. Entre as várias complicações a fístula é a mais temida. Seu manejo pode ser muito desafiador e crônico. Em caso de fístula crônica e falha do tratamento cirúrgico, endoscópico e radiológico, gastrectomia total com anastomose esofagojejunal pode ser considerada solução eficaz. Um paciente com fístula gástrica crônica e persistente 9 meses foi assim também e o pós-operatório transcorreu sem intercorrências e avaliado clínica e biologicamente em 1, 3 e 6 meses depois, sem evidência de disfagia ou anormalidade biológica. Neste caso este procedimento foi eficiente; no entanto, séries mais longas e acompanhamento mais longo são necessários para confirmar a eficácia dele.¹¹

Ferraz AAB et al.¹² traçaram o perfil clínico dos casos de fístula após gastrectomia vertical e avaliaram a eficácia e segurança dos tratamentos endoscópicos. Dos pacientes que realizaram intervenções endoscópicas, foi necessária a colocação de mais de um stent autoexpansível com duração máxima de 4 semanas; seis

foram submetidos a mais de duas sessões de septotomia com um caso de sangramento após ela. Dilatação foi necessária em 71,4% dos pacientes e com média de 2 sessões por paciente. O diagnóstico de fístula ocorreu 14,4 dias após a operação. O tempo médio de resolução das fístulas foi de 50,6 dias. Os autores concluíram que o tratamento cirúrgico e endoscópico das fístulas gástricas após sleeve foi seguro e eficaz. O índice de complicações foi muito baixo. O tempo de aparecimento das fístulas não foi decisivo para a melhora do paciente.¹² Neste trabalho a paciente evolui bem após o tratamento endoscópico, sem necessidade de utilização de prótese.

Como mensagem final, o tratamento conservador através de dilatação endoscópica é adequada alternativa para o fechamento de fístulas.

Afiliação dos autores:

¹Hospital São Mateus, Cuiabá, MT, Brasil;

²Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil;

³Centro de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF, Brasil;

⁴Departamento de Medicina II, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, MA, Brasil;

⁵Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas SP, Brasil.

Correspondência:

Alexsandro Batista da Costa Carmo

Email: alxcarmo@gmail.com

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Como citar:

Carmo ABC, Pimenta OS, Ribas-Filho JM, Cuenca RM, Torres OJM, Andreollo NA.

Fístula tardia pós-sleeve gástrico. *BioSCIENCE* 2023; 81(2):137-139

Contribuição dos autores

Conceituação: Alexsandro Batista da Costa Carmo

Metodologia: Alexsandro Batista da Costa Carmo

Administração do projeto: Jurandir Marcondes Ribas Filho

Redação (esboço original): Ronaldo Mafia Cuenca

Redação (revisão e edição): Orlando Jorge Martins Torres, Nelson Adami Andreollo

Recebido em: 11/04/2023

Aceito em: 29/04/2023

REFERÊNCIAS

1. Sobhani Z, MoeinVaziri N, Hosseini B, et al. Late Gastropleural Fistula after the Management of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Leakage. *Obes Surg.* 2020;30(9):3620-3
2. Kasalicky M, Dolezel R, Vernerova E, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy without over-sewing of the staple line is effective and safe. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2014;9(1):46-52.
3. Rogula T, Khorgami Z, Bazan M. et al. Comparison of reinforcement techniques using suture on staple-line in sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2015;25(9):19-24.
4. Lee CM, Cirangle PT, Jossart GH. Vertical gastrectomy for morbid obesity in 216 patients: report of two-year results. *Surg Endosc.* 2017;21(10):1810-6.
5. Thomopoulos T, Thoma M, Navez B. Roux-En-Y Fistula jejunostomy: a New Therapeutic Option for Complicated Post-Sleeve Gastric Fistulas, Video-Report. *Obes Surg.* 2017;27(6):1638-9.
6. Shah S, Todkar JS, Shah PS. Buttressing the staple line: a randomized comparison between staple-line reinforcement versus no reinforcement during sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2014;3(2):39-45.
7. Albanopoulos K, Alevizos, L, Flessas, J, et al. Reinforcing the staple line during laparoscopic sleeve gastrectomy: prospective randomized clinical study comparing two different techniques. Preliminary results. *Obes Surg.* 2018;22(1):42-6.
8. Sajid M, Khatri K, Singh K, et al. Use of staple-line reinforcement in laparoscopic gastric bypass surgery: a meta-analysis. *Surg Endosc.* 2020;24(7):234-43.
9. Parmar CD, Khalil H, Lakdawala M, et al. Gastro-Colic Fistula After Sleeve Gastrectomy Leak: Our Experience with this Rare Complication. *Obes Surg.* 2019;29(11):3771-2.
10. Sousa P, Noronha Ferreira C, Coutinho J, et al. Fistula Recurrence: a clinical reality after successful endoscopic closure of laparoscopic sleeve gastrectomy fistulas. *GE Port J Gastroenterol.* 2019;26(4):242-50.
11. Bou Nassif G, Paolino L, Lazzati A. Total Gastrectomy with Roux-En-Y esophagojejunostomy for Chronic Complicated Post-Sleeve Gastric Fistula-Video Report. *Obes Surg.* 2019;29(1):356-7.
12. Ferraz ÁAB, Feitosa PHF, Santa-Cruz F, et al. Gastric Fistula After Sleeve Gastrectomy: Clinical Features and Treatment Options. *Obes Surg.* 2021;31(3):1196-203.