

FÍSTULA TARDIA PÓS-SLEEVE GÁSTRICO

DELAYED POST-SLEEVE GASTRIC FISTULA

Alexsandro Batista da Costa **CARMO**¹, Marcelus Vinicius De Araujo Santos **NIGRO**², Paulo Roberto Ferreira **ROSSI**², Fernanda Marcondes **RIBAS**², Juliana Cristina Romero Rojas **RAMOS**², Paulo Afonso Nunes **NASSIF**²

REV. MÉD. PARANÁ/1668

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). As fístulas podem ser classificadas quanto à localização anatômica (gástrica, pancreática, duodenal, jejunal, ileal ou colônica), débito (alto débito >500 ml/24 h e baixo débito <500 ml/24 h), origem (congenitas ou adquiridas) ou ainda como primárias (devido a processos patológicos intestinais), ou secundárias (intervenções cirúrgicas)¹. Fístulas adquiridas podem ser de natureza inflamatória/infecciosa, neoplásicas ou traumáticas.

As fístulas costumam surgir na primeira semana de pós-operatório, com seu maior pico por volta do 5-7º dia, o que demanda rigorosa avaliação pós-operatória, principalmente em pacientes com maior risco de evoluir com estas complicações. 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 alto débito inicial da fístula².

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de paciente portadora de fístula gástrica adquirida no pós-operatório tardio do sleeve gástrico.

RELATO DO CASO

Mulher de 60 anos procurou atendimento médico após cirurgia bariátrica - sleeve gástrico tendo perdido 24 kg. A operação transcorreu sem intercorrências, tendo sido o dreno retirado no 7º dia do pós-operatório. Houve boa evolução da dieta. Durante 4 meses do pós-operatório permaneceu assintomática. Porém, no 5º. mês evoluiu com desconforto em hipocôndrio esquerdo, febre e náusea com perda de 9 kg em 6 dias. O hemograma apresentou leucocitose de 14000 e calafrios. Tratou possível infecção do trato urinário usando cetoprofeno e ciprofloxacino por 7 dias, com 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 com coleção estimada em 221 ml (7,1x6x5,2 cm). Iniciou-se antibioticoterapia com clavulin por 14 dias + metronidazol e após solicitou-se hemograma

de controle. Retornou com bom estado geral referindo apenas dor epigástrica após ingestão alimentar, associada à pirose e plenitude pós-prandial, contudo mantendo-se com leucocitose. Nova tomografia (Figura A) apresentou sinais de gastroplastia com coleção heterogênea próximo à transição esofagogástrica exibindo ainda focos gasosos de permeio, estendendo-se à porção medial do parênquima esplênico, sem definição de extravasamento do contraste via oral para o seu interior, sem alteração significativa em relação ao estudo precedente. Ela foi encaminhada para drenagem guiada por tomografia, com diminuição da coleção em hipocôndrio esquerdo para 57 ml (Figura B). Endoscopia digestiva alta realizada posteriormente demonstrou sleeve gástrico com estômago em ampulheta e fístula gástrica na linha de grampeamento distal ao estreitamento da ampulheta. Foi submetida à nova endoscopia para dilatação da ampulheta; observou-se diminuição da fístula tendo ela evoluído para bom estado geral.

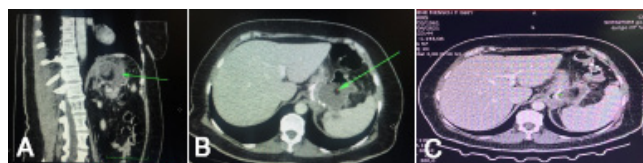


FIGURA – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR: A) A SETA APONTA SINAIS DE GASTROPLASTIA COM COLEÇÃO HETEROGÊNEA (221 ML) PRÓXIMO À TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA EXIBINDO FOCOS GASOSAS DE PERMEIO E ESTENDENDO-SE À PORÇÃO MEDIAL DO PARÊNQUIMA ESPLÊNICO, SEM EXTRAVASAMENTO DO CONTRASTE VIA ORAL PARA O SEU INTERIOR; B) A SETA MOSTRA COLEÇÃO HETEROGÊNEA PRÓXIMA À TRANSIÇÃO ESOFAGOGÁSTRICA APÓS DRENAGEM ASPIRATIVA GUIADA POR TOMOGRAFIA (57 ML); C) CONTROLE FINAL NORMAL.

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 (BGRY) e a gastroplastia sleeve (SG) ganharam popularidade devido aos seus melhores resultados em termos

Trabalho realizado no ¹Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil; ²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

DESCRIPTORES - Cirurgia. Pós-operatório. Sleeve. Fístula.

HEADINGS - Surgery. Postoperative. Sleeve. Fistula.

de perda de peso e controle do diabetes melito tipo 2². O sleeve proporciona perda de 30-40% do peso inicial em dois anos³. O percentual de perda do excesso de peso com ele é de 40-70%⁴.

A fistula gástrica do sleeve é das complicações que mais amedrontam em função de sua morbidade e difícil resolutivez. Sua incidência varia de 1-7% para operações iniciais e de 16-24% para reintervenções⁵. A maioria delas ocorre próximo à transição esofagogástrica, no terço proximal do estômago⁶. Seu manejo pode ser muito desafiador e longo. Em caso de fistula crônica e falha do tratamento anterior, gastrectomia total ou fistulosejunostomia em Y de Roux podem ser consideradas, mas descritas muito raramente como procedimento de salvamento de fistulas gástricas⁵. Contudo, elas estão associadas com complicações graves, sangramento, novas fistulas e estenoses. A SG é geralmente considerada menos invasiva do que a BGYR. A taxa de fistulas foi relatada em revisão retrospectiva de 4.888 pacientes em 7%, com o risco médio de 2,6%^{2,7,8,9}.

Apesar da SG ser uma das operações bariátricas mais populares em todo o mundo, as complicações relacionadas à

linha do grampeamento podem ser muito graves^{10,11}. Ferraz et al¹², traçaram o perfil clínico dos casos de fistula após SG 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 pacientes foram submetidos a mais de duas sessões de septotomia. Houve um caso de sangramento após septotomia. A dilatação foi necessária em 71,4% dos pacientes e uma média de duas sessões por paciente. O diagnóstico de fistula ocorreu 14,4 dias após a operação. O tempo médio de resolução foi de 50,6 dias. Os autores concluíram que o tratamento cirúrgico e endoscópico das fistulas gástricas após SG foi seguro e eficaz. O índice de complicações foi muito baixo. O tempo de aparecimento das fistulas não foi decisivo para a melhora clínica¹².

O tratamento conservador através de dilatação endoscópica é uma alternativa para o fechamento da fistula, sendo que o caso apresentado logrou sucesso com esta técnica.

REFERÊNCIAS

1. Sobhani Z, MoeinVaziri N, Hosseini B, Amini M, Setoodeh M, Karimi A. 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, Haluzik M. 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 Fistulo 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, Menenakos, E. 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, Sayegh M. 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, Bhan C, Sufi P. 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, Carepa F, Rosa R, Barão A, Marques Ferreira C, Girao J, Ruivo A, Bicha Castelo H, Lopes J, Almeida A, Carrilho Ribeiro L, Velosa J. 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, Aquino MR, Dompieri LT, Santos EM, Siqueira LT, Kreimer F. Gastric Fistula After Sleeve Gastrectomy: Clinical Features and Treatment Options. *Obes Surg.* 2021;31(3):1196-203.