

Complicação de Gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux: relato de caso

Complication of total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction: case report

DOI:10.34119/bjhrv5n2-183

Recebimento dos originais: 14/01/2022

Aceitação para publicação: 28/02/2022

Luiz Eduardo Leal Canton

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: luiz.leal@edu.pucrs.br

Ágatha Schommer de Oliveira

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: agatha_so_@hotmail.com

Marcelo da Mota Iglesias

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: marcelo.iglesias@acad.pucrs.br

Laura Pinho Fillmann

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: laura.fillmann@edu.pucrs.br

Anna Maria Garcia Cardoso

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: annamariagarciacardoso@gmail.com

Luiz Henrique Capaverde

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: lcapaverde@gmail.com

Lucas Alano Sffair

Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo
Instituição: Escola de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, RS
Endereço: Av. Ipiranga, 6690 - Partenon, CEP: 90610-001 - Porto Alegre - RS
E-mail: lucasalano@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: o adenocarcinoma gástrico possui como única alternativa terapêutica para a sua cura a cirurgia. A gastrectomia apresenta uma taxa de complicações de 30%, entre elas, a síndrome da alça aferente (cerca de 1%).
Relato do caso: paciente masculino, 35 anos, apresentava dor abdominal há cerca de 6 meses associada à alimentação. Havia realizado uma gastrectomia total há 3 anos por adenocarcinoma gástrico. Internou eletivamente para realizar videolaparoscopia diagnóstica, em que foram identificadas múltiplas aderências, tratadas por meio de lise com ultracision. Identificou-se uma alça pós anastomose (com origem da alça biliar) com importante dilatação e aderências. Foi optado pela conversão para cirurgia aberta pela dificuldade em liberar a alça.
Conclusão: a síndrome da alça aferente é resultado da obstrução parcial ou completa do membro aferente ao longo de seu curso ou na anastomose, tendo a tomografia computadorizada como base do diagnóstico. O manejo do paciente depende da etiologia da síndrome da alça aferente. A maioria das causas benignas têm a cirurgia como tratamento definitivo.

Palavras-chave: neoplasias gástricas, gastrectomia, síndrome da alça aferente.

ABSTRACT

Introduction: gastric adenocarcinoma has surgery as the only therapeutic alternative for its cure. Gastrectomy has a complication rate of 30%, including afferent loop syndrome (about 1%).
Case report: male patient, 35 years old, presented with abdominal pain associated with food for about 6 months. He had undergone a total gastrectomy 3 years ago for gastric adenocarcinoma. He was admitted electively to perform diagnostic videolaparoscopy, in which multiple adhesions were identified, treated by means of lysis with ultracision. A post-anastomosis loop (originating from the biliary loop) with significant dilatation and adhesions was identified. The conversion to open surgery was chosen due to the difficulty in releasing the loop.
Conclusion: afferent loop syndrome results from partial or complete obstruction of the afferent limb along its course or at the anastomosis, with computed tomography as the basis of diagnosis. Patient management depends on the etiology of the afferent loop syndrome. Most benign causes have surgery as the definitive treatment.

Keywords: stomach neoplasms, gastrectomy, afferent loop syndrome

1 INTRODUÇÃO

O câncer gástrico é o quinto mais comum no mundo, representando 6% da incidência total de cânceres. Além disso, é a quarta principal causa de morte, contabilizando aproximadamente 8% das mortes relacionadas a neoplasias malignas¹. No Brasil, o câncer de estômago é o terceiro mais frequente entre os homens e o quinto entre as mulheres. O tipo

histológico mais comum é o adenocarcinoma, responsável por cerca de 95% dos casos, sendo os outros 5% linfomas e sarcomas ².

Dentre as opções de tratamento disponíveis para o adenocarcinoma gástrico, a única que proporciona a possibilidade de cura é a cirurgia, apesar de que a provável existência de metástases ocultas no momento do diagnóstico indicam o possível benefício da associação com quimio e/ou radioterapia ^{3,4}. Independentemente da técnica cirúrgica escolhida e do estágio clínico da neoplasia, o principal fator prognóstico é a ressecção completa do tumor primário ⁵. O procedimento de escolha é a gastrectomia com margem de segurança adequada e reconstrução do trânsito intestinal, associada à linfadenectomia regional e à ressecção total do epíplon ⁶. Para tumores da região proximal do estômago é indicada uma gastrectomia total, com remoção da porção distal do esôfago, podendo ser realizada por cirurgia aberta ou videolaparoscópica ⁷. A técnica para restauração do trânsito intestinal mais utilizada após uma gastrectomia total é a esofagojejunostomia em Y de Roux, a qual consiste na secção do jejunum a cerca de 40 centímetros do ligamento de Treitz, de modo que a extremidade distal fará uma anastomose com o esôfago, para conduzir o bolo alimentar, e a extremidade proximal carregará o suco pancreático e biliar (alça aferente), realizando-se outra anastomose entre ambas as alças mais distalmente ⁵.

A gastrectomia é um procedimento complexo que apresenta uma incidência aproximada de complicações de 30%, a qual depende da técnica empregada e da condição clínica do paciente, geralmente deteriorada e associada à precário quadro nutricional em casos de câncer gástrico ⁸. Além disso, tumores diagnosticados em estágios mais avançados estão associados a maior morbidade, devido à necessidade de cirurgias maiores com risco aumentado de complicações ⁶. As complicações precoces e tardias são causadas pelas síndromes pós-gastrectomia ⁸. Entre elas, temos as alterações nutricionais associadas à má absorção de cálcio, ferro, vitamina B12 e cobre, assim como síndrome da alça aferente, síndrome da estase de Roux, atraso do esvaziamento gástrico, gastrite e esofagite de refluxo, colelitíase, ulcerações e carcinoma em porção gástrica remanescente. A síndrome de Dumping possui uma prevalência importante e pode apresentar manifestações clínicas severas ⁹.

O tratamento da úlcera gástrica/duodenal e do câncer gástrico distal são historicamente procedimentos cirúrgicos associados à síndrome da alça aferente. No entanto, a doença gástrica benigna passou a requerer menos tratamento cirúrgico pelo advento de medicamentos de supressão de ácido e de antibióticos para o tratamento do *Helicobacter pylori*. Assim, a incidência geral da síndrome da alça aferente diminuiu nos últimos anos. Com o aumento da prevalência da obesidade mórbida, houve um maior número de pacientes submetidos a cirurgias

bariátricas. A gastrectomia vertical se tornou o procedimento bariátrico mais comum na América do Norte, passando o bypass gástrico em Y de Roux. Cerca de 1% dos pacientes submetidos à gastrectomia parcial com reconstrução em Billroth II ou Y de Roux apresentarão síndrome da alça aferente ¹⁰. Estudos retrospectivos demonstraram incidência de até 1% após gastrectomia laparoscópica distal com reconstrução Billroth II, com uma incidência inferior de 0,2% após gastrectomia distal aberta com reconstrução em Y de Roux ^{10,11}. A cirurgia aberta ou laparoscópica não demonstrou diferença no risco de desenvolver a síndrome da alça aferente ¹⁰.

1.1 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 35 anos, apresentava dor abdominal há cerca de 6 meses, associado à alimentação negava náuseas, vômitos. De prévio, tabagista, realizou gastrectomia total há 3 anos por adenocarcinoma gástrico (na época estadiamento do AP pT1aN0). Dois anos após a cirurgia, apresentou correção de hérnia abdominal interna por videolaparoscopia não realizou QT. Tomografia abdominal e pélvica recente não apresentação coleções, pneumoperitônio ou alterações de imagem que justificassem sintomatologia. Internou eletivamente para realizar videolaparoscopia diagnóstica, onde foram identificadas múltiplas aderências intestinais, as quais foram realizadas lise com ultracision. Houve liberação de alça alimentar e alça biliar. Anastomose entero-entero estava íntegra e pérvia. Identificou-se alça pós anastomose (com origem da alça biliar) com importante dilatação e aderências (figuras 1 e 2). Foi optado por conversão para cirurgia aberta pela dificuldade técnica em liberar esta alça. Realizada então incisão mediana supra umbilical, abertura por planos, liberação de aderência e liberação completa da alça patológica, realizando a septação da mesma com grampeador linear 75mm carga azul e ligadura dos vasos dos mesentérios com polycot.

Figura 1: alça pós anastomose (com origem da alça biliar) com importante dilatação.

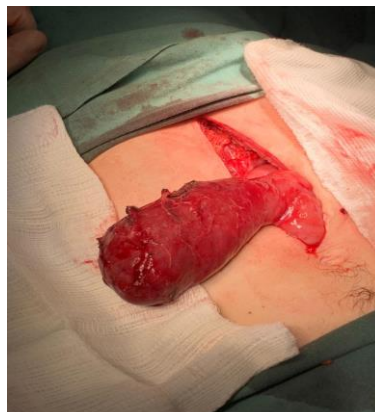
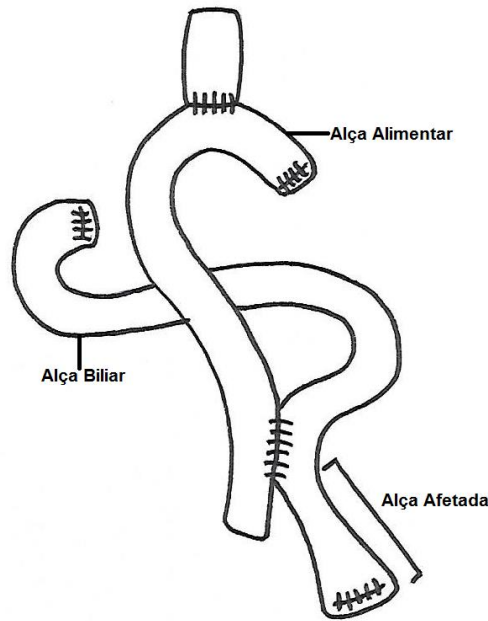


Figura 2: desenho esquemático representando a alça afetada



Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, evoluindo com melhora sintomática da algia e aceitação completa de dieta via oral proposta. Alta no 4º PO em bom estado geral, controle álgico, sem náuseas, vômitos. Follow up em 15 dias e 2 meses sem alterações, com melhora completa da dor abdominal pré-operatória.

2 DISCUSSÃO

A síndrome da alça aferente é uma complicação mecânica que pode ser decorrente de diversos procedimentos gastrointestinais superiores que envolvem a anastomose do estômago ou esôfago com o jejuno. Os procedimentos mais comuns associados à síndrome da alça aferente são a gastrojejunostomia Billroth II, a gastrojejunostomia em Y de Roux, a esofagojejunostomia em Y de Roux e o procedimento de Whipple. A síndrome da alça aferente é resultado da obstrução parcial ou completa do membro aferente ao longo de seu curso ou na anastomose. Os sintomas estão relacionados à distensão do intestino à medida que as secreções se acumulam e ocorre a obstrução da árvore pancreaticobiliar.

Uma obstrução completa ocorre em uma alça fechada e frequentemente se apresenta de maneira aguda com pressões intraluminais acentuadamente aumentadas, resultando em isquemia do ramo aferente. A completa obstrução é uma emergência cirúrgica ^{10,11}. O desenvolvimento de pancreatite e colangite ascendente é contribuído por secreções pancreáticas estagnadas e bile ¹⁰. A distensão intestinal e a isquemia grave podem causar vazamento na anastomose, perfuração e peritonite ^{10,11}. As principais causas são uma hérnia interna, as aderências, que podem resultar em compressão ou torção do membro aferente, as cicatrizes

causadas por ulceração anterior da gastrojejunostomia e a doença recorrente em pacientes submetidos à cirurgia de câncer ¹⁰⁻¹². As demais causas incluem a obstrução intraluminal por corpos estranhos, bezoares ou enterólitos. Intussuscepção de alça aferente e enterite por radiação também é citado ^{10,11}.

Pacientes com síndrome da alça aferente podem apresentar queixas agudas ou crônicas. No período pós-operatório imediato, são vistas a maioria dos casos de síndrome da alça aferente aguda. Os pacientes irão relatar um início súbito de dor abdominal, geralmente com náuseas e vômitos. Durante o exame, o examinador pode provocar sensibilidade localizada no quadrante superior direito ou epigástrico e proteção involuntária. A palpação pode revelar uma massa abdominal superior. A icterícia pode refletir obstrução biliar. Os casos graves demonstraram sinais de peritonite e choque séptico.

A síndrome da alça aferente crônica se apresenta de meses a anos após a cirurgia ^{10,12}. Ela é geralmente insidiosa e mais difícil de diagnosticar em comparação com a aguda. Em geral, o paciente relatará desconforto pós-prandial no abdômen médio. A perda de peso é comum e multifatorial. Os pacientes podem desenvolver aversão à alimentação secundária à dor, enquanto o crescimento excessivo de bactérias pode resultar em má absorção. A doença recorrente também está relacionada à perda de peso.

A Tomografia computadorizada (TC) é a base do diagnóstico da síndrome da alça aferente. A partir dela pode se ver se a alça está obstruída, a gravidade da isquemia intestinal e a presença de complicações como perfuração, pancreatite e alterações inflamatórias na árvore biliar. Além disso, a TC pode impactar no manejo, definindo a etiologia da obstrução.

O manejo do paciente depende da etiologia da síndrome da alça aferente ¹⁰⁻¹². A maioria das causas benignas têm a cirurgia como tratamento definitivo. No cenário de malignidade, o manejo neoadjuvante inicial pode ser seguido por tratamento cirúrgico com intenção curativa/paliativa. O tratamento paliativo, como endoscópico e intervenção percutânea, é considerado o principal tratamento devido ao estágio avançado dos cânceres recorrentes ¹¹. A drenagem por sonda nasogástrica demonstrou benefício para alívio dos sintomas pré-operatória e diminuição de complicações cirúrgicas. O uso de antibióticos é útil para tratar o excesso de bactérias que contribuem para a desnutrição do paciente ^(13,14).

O prognóstico com diagnóstico precoce é bom. A taxa de mortalidade para diagnóstico tardio é relatada de forma variável entre 30 a 60%, com desfechos insatisfatórios para os pacientes que sofrem perfuração do membro aferente, com peritonite e choque subsequentes ⁽¹⁰⁻¹²⁾. O manejo no período pós-operatório imediato é semelhante a qualquer outra cirurgia gastrointestinal superior ^(10,13,14).

REFERÊNCIAS

1. Cancer today [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/factsheets-cancers>.
2. Câncer de estômago [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago>
3. Miranda TS, Parreira HM, de Freitas ALR, Franco EM, Netto FPM, Keller GA, et al. Gastrectomia com linfadenectomia a nível de D1 ou D2: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Científico*. 2021 Jan 18;18:e4752–e4752.
4. Toneto MG, Viola L. CURRENT STATUS OF THE MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF GASTRIC ADENOCARCINOMA. *Arq Bras Cir Dig*. 2018 Jul 2;31(2):e1373.
5. Syn NL, Wee I, Shabbir A, Kim G, So JB-Y. Pouch Versus No Pouch Following Total Gastrectomy: Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Studies. *Ann Surg*. 2019 Jun;269(6):1041–53.
6. Toneto MG, Hoffmann A, Conte AF, Schambeck JPL, Ernani V, de Souza HP. Linfadenectomia ampliada (D2) no tratamento do carcinoma gástrico: análise das complicações pós-operatórias [Internet]. Vol. 35, *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2008. p. 229–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912008000400005>
7. Kauppila JH, Lagergren J. The surgical management of esophago-gastric junctional cancer [Internet]. Vol. 25, *Surgical Oncology*. 2016. p. 394–400. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2016.09.004>
8. Andreollo NA, Lopes LR, de Souza Coelho Neto J. Complicações pós-operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico: análise de 300 doentes [Internet]. Vol. 24, *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2011. p. 126–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-67202011000200007>
9. Bolton JS, Conway WC 2nd. Postgastrectomy syndromes. *Surg Clin North Am*. 2011 Oct;91(5):1105–22.
10. Grotewiel RK, Cindass R. Afferent Loop Syndrome. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
11. Termsinsuk P, Chantarojanasiri T, Pausawasdi N. Diagnosis and treatment of the afferent loop syndrome [Internet]. Vol. 13, *Clinical Journal of Gastroenterology*. 2020. p. 660–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12328-020-01170-z>
12. Uriu Y, Kuriyama A, Ueno A, Ikegami T. Afferent loop syndrome of 10 years' onset after gastrectomy. *Asian J Surg*. 2019 Oct;42(10):935–7.
13. Coury BF, Marques ACA, Neto FF, Moraes DCG, Júnior EA. Espaço de Petersen: anatomia e relação com o bypass gástrico [Internet]. Vol. 2, *Brazilian Journal of Health Review*. 2019. p. 5357–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv2n6-037>

14. Santos BMVD, Dos Santos BMV, Sabino IP, Rossi MM, De Souza GS. Alterações endócrinas secundárias à cirurgia bariátrica: revisão sistemática / Endocrine changes secondary to bariatric surgery: systematic review [Internet]. Vol. 4, Brazilian Journal of Health Review. 2021. p. 18945–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n5-038>