

A gastrojejunostomía longa. Procedimento de resgate para vazamentos da Gastrectomía Vertical do Cruce duodenal

Lutzykowski Marek MD, Department of Surgery, Crittenton Hospital

10 West Square Lake Road Suite 200 Bloomfield Hills MI, USA

✉ (1-248) 601-4616. marekmd@comcast.net

Resumo: Plano de fundo. Gastrectomia vertical (VG) é parte integrante do Cruce Duodenal (CD). A falha da linha de grampo do tubo gástrico no CD normalmente acontece perto Junção Esophago-gástrica (**JEG**) envolvem os passado alguns centímetros da linha de grampo e é mais comum após a cirurgia bariátrica revisional.

Relato de caso. Um mulher super obesa de 56 anos, IMC-56, com uma história de dois anterior falharam VBG ganhado todo o seu peso volta. Ela passou por CD aberto e ensaio com azul de metileno e como estudo gastrointestinal superior no terceiro dia após a cirurgia estudo foi feito para governar para fora para vazamento. Sua recuperação cirúrgica post foi sem intercorrências. Em um dia sétimo post operativo paciente irresponsavelmente comeu carne vermelha que levou a graves vômitos incontrolláveis. A radiografia de emergência com um Gastrographin seguido por TAC regra fora desregulador de linha de grampos. Azul de metileno tem sido dada por via oral que foi captado pelo dreno Jackson Pratt (**JP**), localizado ao longo do tubo. Esophago-gastro-duodenoscopia (**EGD**) a próxima manhã mostrou separação de 4 a 5 cm da linha de grampos. Paciente foi submetido a laparotomia exploratória, encerramento de perfuração gástrica e drenagem com dois JP. Paciente estava se recuperando bem até que uma semana mais tarde quando JP drena saída tornou-se purulenta. O paciente teve uma re-laparotomia novamente e comprimento 10 cm Gastro-jejunostomy em um Y-de-Roux foi realizada. Essa recuperação de tempo foi sem intercorrências e 12 dias depois paciente foi para casa. EGD e TAC computadorizada feito antes da descarga foram negativos. Paciente foi casa tolerarmos completamente líquida dieta.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica Revisional; tubo gástrico; Falha de linha de grampos; longo gastro-jejunostomy; Cruce duodenal; Gastrectomía vertical

Introdução:

Gastrectomia vertical (GV) é um componente restritivo do Cruce Duodenal (CD). Durante a revisão de outros procedimentos juntá-los com falha do estômago muitas

vezes é convertido em um tubo gástrico. Esta revisão pode ser difícil porque o cirurgião tem que lidar com uma anatomia alterada, aderências múltiplas e comprometida suprimento sanguíneo. Remoção de bandas e malhas ou reconexão da bolsa com uma parte

anteriormente excluída da estômago causa dano adicional ao tecido e uma nova grampo-linha muito frequentemente tem de ser aplicado sobre os antigos comprometer sangue fornecer ainda mais. Todos esses fatores causam um trauma de tecido significativa tornando complicações após a cirurgia bariátrica de revisão mais comum. Falha de linha de grampo é a complicação mais terrível. Pequenos vazamentos podem ser tratados conservadoramente, mas maiores geralmente necessário fechamento cirúrgico.

Relato de caso:

Uma mulher de 56 anos super com obesidade mórbida, IMC-56, tinha sido agendamento para operação do CD após falhas de dois anteriores abrir Vertical Banded Gastroplasty (VBG). O primeiro VBG foi realizada em 1974 e foi revista secundária a obstrução ao nível de banda que causou o excesso de peso perdida. VBG outra tinha sido realizado em 1982, mas foi completamente vencida com um peso mínimo perdido na face precoce e peso ganhado logo após. Ela tinha apendicectomia em 1963, colecistectomia em 1974, abdominoplastia e Mama redução em 1982 e histerectomia em 1984. Ela tinha hipertensão, apnéia do sono, gastro esophageal do reflux (GER), artrite, síndrome de dor nas costas e depressão.

Revisão para o CD foi realizada em fevereiro de 2008 por laparotomia exploratória, lyses das aderências, um CD 250-60 e inserção de 2 drenos de JP. A Gastrectomia Vertical (VG) foi feito ao longo de a Hurst 36 F dilator e grampeadores lineares do GI 100 cm com um recargas verde foram usados. Linha de transação foi reforçada pela inversão de um linha de grampo Lambert-tipo com seda 2/0. A malha de Marlesh tinha desgastaram completamente e foi identificada dentro da parte resected do estômago. Azul de metileno tenha sido injetado para a manga e não havia nenhum vazamento e o tamanho do volume do estômago foi cerca de 80 ml.

Após a operação um drenagem mínima da bile do fígado lacerado foi vista no dreno JP. Patologia do estômago resected mostrou "gastrite crônica com erosões e ulcerações e aderências múltiplas".

No segundo dia de post-operatorio (DPO) a EGD (Fig. 1) com Gastrographin sob fluoroscopia não apresentaram extravasationes do contraste nem estenose ou ou estreitamento com um.



Fig. 1: DPO. Nenhum vazamento na manga Fig.2. tubo e desvio

O paciente foi descarga doméstica em 4DPO na boa, em condição estável; afebrile e toleramos dieta líquida com uma descarga bilious mínima de dreno JP. Ela foi para casa em Nexium, Zofran, Vicodin e instruções muito específicas sobre dieta e atividade.

Ela era muito bem informada sobre restrições dietéticas e atividade para mais 6 semanas. Em uma 7DPD o paciente irresponsável comeu carne vermelha que levou a graves vômitos incontroláveis. Sobre o 8DPO o paciente chamado cirurgiões escritório e informou a mudança de JP drenar drenagem de palha-esverdeado a marrom. Ela admitiu que dias antes ela comia bife e quase que instantaneamente começou vômitos que eram muito fortes e durou por algum tempo. Caso contrário, ela foi ainda afebrile sem dor e toleramos dieta bem. Ela foi ao hospital foram radiologia e TAC com IV e oral contraste foram feitos. Ambos os testes foram negativos. Mas azul de metileno, tomado por via oral tinha sido apanhada por dreno JP.

A endoscopia EGD realizada na manhã seguinte confirmou o diagnóstico de vazamento, mostrando a separação de 4 a 5 cm da linha de grampos começada às JEG. Ela passou por uma laparotomia exploratória e fechamento do defeito com pontos de interrupção seda um 1/0. Azul teste após procedimento foi negativo, 2 JP drenos foram colocados acima e abaixo área reparada. Ferida foi deixada em aberto com a ferida-Vac no lugar.

Pela 7DPO recuperação foi muito satisfatória, mas a drenagem JP tornou-se purulenta. O EGD confirmou a reabertura da área anteriormente fechada e separação adicional 4 a 5 cm abaixo. A situação foi apresentada para o paciente e sua família, e as opções de tratamento conservador e cirúrgico, explicou. Mas a opção de uma longa gastro-yeyunostomia foi escolhida apesar do fato de que este tipo de operação não foi realizado antes, especialmente nesta situação específica e complicada.

Nestas circunstâncias a gastro-jejunosomia longa apareceu para ser a opção mais lógica.

Alguns dias mais tarde paciente passou por uma operação planejada. Durante uma operação de Y-de-Roux foi feito do asa gastrointestinal por corta jejuno 50 cm abaixo do ligamento de Treitz do que colocado em uma moda retrô cólica ao nível do estômago perfurado. Depois de fazer uma enterotomia longitudinal de 10 cm na fronteira anti-mesenterica um lado para o outro gastro-jejunosomia foi concluída com uma sutura seda o interrompida. Continuidade do intestino foi restaurada 50 cm abaixo Treitz com Endo GIA azul 60 grampeador recarregable.

Discussão:

GV é parte integrante do CD e recentemente ganharam popularidade também como procedimento isolado de juntá-los. Falha de linha de grampo provoca vazamentos e é uma das mais terríveis complicações relacionadas a essa operação. Vazamentos após manga são raras (0.5-3.5) e mais ainda com bolsas maiores (mais de 120 ml). Quando o tamanho da manga diminuiu a taxa de fugas aumentado o que pode ser relacionada com a remoção muito perto o JEG.

Esses vazamentos são geralmente caros, com alta morbidade e infelizmente se não for bem sucedida pode levar à morte dos pacientes. Este problema muitas vezes necessária uma segunda cirurgia, várias endoscopias, prolongar a nutrição parenteral ou enteral, antibióticos IV e vários procedimentos adicionais. Aplicação de cliques, colocação de stents ou injeções de cola de fibrina são os métodos não cirúrgicos mais comuns para controlar um vazamento. Infelizmente, às vezes, nenhum desses métodos funciona e fístula gástrica crônica exigirá solução cirúrgica definitiva, como por exemplo uma gastrectomia total ou parcial.

Ensaio com azul de metileno não mostraram o corante extravasations e 2 JP drenos foram colocados. Desde então, recuperação dos doentes foi rotineiro. Radiolgia (Fig. 2) e TAC realizada sobre o 5DPO não revelou extravasations e EGD feito em 11DPO após a última cirurgia mostrou anastomose intacto. JP drenos haviam sido removidos e paciente foi alta casa no dia seguinte. 12 meses após a cirurgia, ela é IMC - 33 e ela estava livre de todos os seus problemas médicos.

Essa técnica VG causar tensão excessiva no tecido e possivelmente comprometida suprimento sanguíneo para os cardias que manifestar com um vazamento tardio. Escapes são mais comuns em casos de revisões quando elementos adicionais como aderências, tecido espessado, staples antigos e maior inflamação. Pequenos vazamentos podem ser controlados conservadora por drenagem, antibióticos IV e suporte nutricional. Stents e cola de fibrina são úteis no controle da fístula gástrica. Baltasar [1,2] pensa que uma "câmara de alta pressão" com conformidade baixa pode levar até certo ponto e explica porque é tão difícil, especialmente quando em comparação com vazamentos muito semelhantes depois de derivação gástrica em Y-de-Roux. Esvaziamento da manga é muito mais rápido do que o estômago normal especialmente na área do antro se não existem obstáculos.

Infelizmente o encerramento cirúrgico de fístula gástrica é muito raramente bem-sucedido. Hora de fechar a fístula pode variar de semanas a meses, mas infelizmente, por vezes, apesar de todos os esforços desta tarefa é impossível. Nesta situação é necessária gastrectomia com esophago-jejuno anastomose.

Baltasar [1, 2] descreve encerramento da pequena fístula gástrica com gastro-jejunosomy conectando abertura gástrica cirurgicamente alargada ao jejuno. No caso apresentado aqui a separação entre os grampos foi 10 cm longo e quase de 1 cm de largura, tornando quase impossível a tratamento conservador. Em nossa opinião um gastro-jejunosomia longa se possível foi a melhor opção nesta situação. O estômago é conectado com um fresco e bem intestino bem vascularized, anastomose foi realizada sem tensão e uma "câmara de manga de alta pressão" é sido descompactado por um "loop de intestino de baixa pressão". É uma operação de resgate que salvou este paciente de gastrectomia ou de prolongada e nunca determinado tratamento conservador.

Conclusão:

GV como parte do CD ou como um procedimento isolado, independente, (especialmente as revisões) pode ser complicada por vazamento e formação de fístula gástrica. Neste caso concreto, a falta de responsabilidade do paciente levou ao desastre cirúrgica. Um gastro-jejunosomia longa não só salva paciente estômago mas salvou esta vida dos pacientes. Este procedimento deve ser mantido na mente de qualquer cirurgiões que

enfrenta decisões difíceis quando se trata de uma fístula gástrica difícil fechar ou complicado.

VG as part of DS or as an isolated, independent procedure, (especially revisions) can be complicated by leak and formation of gastric fistula. In this specific case the patient's lack of responsibility led to surgical disaster. A long gastro-jejunostomy not only saved patient stomach but saved this patient life. This procedure should be kept in the mind of any surgeons facing difficult decisions when dealing with a difficult to close or complicated gastric fistula.

Divulgações

O autor não terá nenhuma associação comercial que pode ser um conflito de interesses em relação a este artigo.

References:

- 1.-Baltasar A, Bou R, Bengochea M, Serra C, Cipagauta L: Use of a Roux limb to correct Esophagogastric junction fistula after sleeve gastrectomy. *Obesity Surgery*, 17, 2007, 1408-1410
- 2.-Baltasar A, Serra C, Bengochea M.: Case report.: Use of Roux limb as remedial surgery for sleeve gastrectomy fistulas. *SOARD* 2008; 4:759-763
- 3.-Mejia AF, Bolano E, Chaux CF, et al.. Endoscopic treatment of gastrocutaneous fistula following gastric bypass for obesity. *Obes Surg* 2007; 17; 544-6
- 4.-Langer FB, Wenzl E, Prager G et al. : Post-operative esophageal leaks with the Polyflex self expanding covered stents. *Ann Thorac Surg* 2004; 240: 801-7
- 5.-Consten EC, Gagner M, Pomp A, et al. Bleeding after laparoscopic sleeve gastrectomy with or without duodenal switch for morbid obesity using a stapled buttressed absorbable polymer membrane. *Obes Surg* 2004; 14: 1360-6.
- 6.-Serra C, Baltasar A, Perez N.: Total gastrectomy for complications of the duodenal switch, with reversal. *Obes Surg* 2006; 16; 1082-6.
- 7.-Fukumoto R, Orlina J, McGenty J et al.: Use of Polyflex stents in treatment of acute esophageal leaks after bariatric surgery. *SOARD* 2007; 3: 68-72.
- 8.- Serra C, Baltasar A, MD; Andreo L, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Chisbert JJ. : Treatment of Gastric Leaks with Coated Self-Expanding Stents after Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg*, 17, 866-872
- 9.-Papramidis ST, Eleftheriodis EE, Papramidis TS et al.: Endoscopic management of gastro-cutaneous fistula after bariatric surgery by using fibrin sealant. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 296-300.
- 10.-Constein EC, Gagner M, Pomp A et al. Intraluminal migration of bovine pericardial strips used to reinforce the gastric staple line in laparoscopic bariatric surgery. *Obes Surg* 2004; 14: 549-54.
- 11.-Tan JT, Kariyawasam S, Wijeratne Y, Chandraratna HS.: Diagnosis and management of gastric leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg*. 2009; doi: 10.1007/s11695-009-0020-7.
- 12.-Casella G, Sircelli E, Rizzello M, et al.. Nonsurgical treatment of staple line leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2009; 19:821-6.
- 13.-Lutzykowski M.: Small bowel bypass as treatment for functional gastric obstruction. *Obes Surg*.2008; 18:1053-1055.