



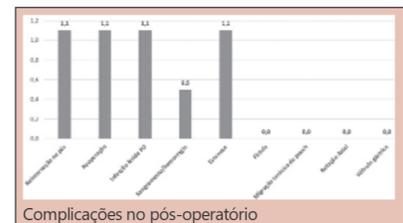
HÁ BENEFÍCIOS EM REALIZAR GASTRO-OMENTOPEXIA NA GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA?

Are there benefits in performing gastro-omentopexy in laparoscopic vertical gastrectomy?

Maíra Danielle Gomes de **SOUZA**¹®, Lyz Bezerra **SILVA**¹®, Álvaro A. B. **FERRAZ**¹®, Josemberg Marins **CAMPOS**¹®

RESUMO - Racional: A gastro-omentopexia promove a reconexão do estômago aos ligamentos gastroesplênico e gastrocólico e pode constituir alternativa para prevenção de complicações na gastrectomia vertical laparoscópica. **Objetivo:** Demonstrar os benefícios da gastro-omentopexia em pacientes submetidos à gastrectomia vertical laparoscópica com redução de complicações. **Métodos:** Estudo prospectivo, não randomizado, do tipo série de casos, constituído por população de 179 pacientes que realizaram a técnica, com acompanhamento entre 6-12 meses no pós-operatório. **Resultados:** Dos participantes 71,5% eram mulheres, com faixa etária entre 30-40 anos (36,3%). Quanto às complicações no pós-operatório evidenciou-se baixa prevalência delas com destaque para reinternação (1,1%); reoperação (1,1%); infecção de ferida (1,1%); sangramento/hemorragia (0,5%); e estenose gástrica (1,1%). Entretanto, surgiram sintomas temporários como náusea/vômito, intolerância alimentar, dor epigástrica e sensação de plenitude, logo após a operação. Houve melhora nas variáveis de qualidade de vida analisadas. **Conclusão:** A técnica promoveu melhora na qualidade de vida e no controle das comorbidades. Além disso, esteve associada à baixa prevalência de estenose, e sem ocorrência de fístula, tornando o método mais seguro.

DESCRITORES: Obesidade. Cirurgia bariátrica. Complicações pós-operatórias. Perda de peso. Qualidade de vida.



Mensagem central

O uso da técnica da gastro-omentopexia na gastrectomia vertical laparoscópica esteve associado à baixa prevalência de complicações como sangramento/hemorragia, estenose e ausência de outras, como fístula, aumentando a segurança dos pacientes no pós-operatório.

ABSTRACT - Background: Gastro-omentopexy promotes the reconnection of the stomach to the gastroesplenic and gastrocolic ligaments and constitutes an alternative for the prevention of complications in laparoscopic vertical gastrectomy. **Aim:** To demonstrate the benefits of the gastro-omentopexy technique in patients undergoing sleeve gastrectomy, with possible reduction in postoperative complications. **Methods:** Prospective, non-randomized, case series type study, consisting of a clinical population of 179 patients who underwent the technique in 2018, with follow-up between 6-12 months in the postoperative period. **Results:** From the participants 71.5% were women, aged between 30-40 years (36.3%). As for the prevalence of complications in the postoperative period, the low prevalence was evident, with emphasis on readmission (1.1%); reoperation (1.1%); wound infection (1.1%); bleeding hemorrhage (0.5%); and stricture (1.1%). However, temporary symptoms were present such as nausea/vomiting, food intolerance, epigastric pain and feeling of fullness, right after surgery. **Conclusion:** The technique promoted a significant improvement in quality of life and control of comorbidities. In addition, it was associated with a low prevalence of stenosis, and with no fistula, making the method safer.

HEADINGS: Obesity. Bariatric surgery. Postoperative Complications. Weight loss. Quality of life.

Perspectiva

A técnica da gastro-omentopexia promove a reconexão do estômago aos ligamentos gastroesplênico e gastrocólico, fundamentais para a sua fixação na cavidade abdominal prevenindo assim possíveis complicações na gastrectomia vertical laparoscópica. De modo geral, essa técnica é simples e de baixo custo promovendo resultados significativos na melhora da qualidade de vida e comorbidades.



www.facebook.com/abcdrevista



www.instagram.com/abcdrevista



www.twitter.com/abcdrevista

Trabalho realizado no ¹Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Como citar esse artigo: De Souza MDG, Silva LB, Ferraz AAB, Campos JM. Há benefícios em realizar gastro-omentopexia na gastrectomia vertical laparoscópica? ABCD Arq Bras Cir Dig. 2021;34(3):e1598. DOI: /10.1590/0102-672020210003e1598

Correspondência:
Maíra Danielle Gomes de Souza
E-mail: maira.dgomes@gmail.com;
maira.dgomes@gmail.com

Fonte de financiamento: não há.
Conflito de interesse: não há
Recebido para publicação: 18/11/2020
Aceito para publicação: 20/03/2021



INTRODUÇÃO

A gastrectomia vertical por via laparoscópica é técnica cirúrgica para tratamento da obesidade que se baseia na confecção de um tubo gástrico a partir da ressecção do fundo, parte do corpo e do antro gástrico; não apresenta anastomoses e possui caráter majoritariamente restritivo¹⁵. Ela tem apresentado bons resultados, tornando-se o procedimento bariátrico que mais cresce nos EUA, e o segundo mais realizado do mundo, correspondendo a 37% do total³.

A gastrectomia vertical apresenta vantagens como a preservação do trânsito gastroduodenal e o menor risco de carência nutricional; no entanto, algumas complicações pós-operatórias podem ser evidenciadas, pois sua realização promove a desconexão do tubo gástrico aos ligamentos fundamentais para sua fixação, como o gastroesplênico e o gastrocólico. Desta forma, o estômago remanescente se torna mais susceptível à diminuição do diâmetro do lúmen, causando sintomas como estase gástrica, refluxo gastroesofágico, pirose e regurgitação²⁴. Além disso, pode ocorrer rotação axial que leva à angulação do estômago, desencadeando aumento da pressão intraluminal e surgimento de estenoses, predispondo ao desenvolvimento de fístulas^{1,6,9,10,23}.

Considerando que a ausência de fixação do estômago poderá determinar tais complicações, a gastro-omentopexia tem sido discutida recentemente como uma das prováveis medidas preventivas^{10,23}. Esta técnica promove a fixação do remanescente gástrico aos ligamentos gastroesplênico e gastrocólico com o objetivo de reduzir a mobilidade da bolsa gástrica, prevenindo rotação axial, doença do refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal ou migração intratorácica da bolsa gástrica. Entretanto, ainda há poucos trabalhos na literatura científica que comprovem a sua eficácia.

O presente estudo buscou demonstrar benefícios da realização da gastro-omentopexia durante a gastrectomia vertical laparoscópica, com possível redução de complicações e melhora na qualidade de vida no pós-operatório.

MÉTODOS

Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com parecer nº 3.328.904, sob o CAAE Nº. 11737319.0.0000.5208.

Esta pesquisa foi prospectiva, não randomizada, do tipo série de casos, constituído por uma população de 179 pacientes que realizou gastrectomia vertical com a técnica da gastro-omentopexia por via laparoscópica. Foram incluídos todos os submetidos a ela no período de janeiro a dezembro de 2018 em Recife, PE, Brasil. A seleção de pacientes seguiu os critérios tradicionais, como índice de massa corpórea (IMC) acima de 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² associado à comorbidade e idade superior a 18 anos.

Técnica operatória

A realização da gastro-omentopexia inicia-se com a liberação de toda a grande curvatura gástrica através da secção dos ligamentos gastrocólico (próximo ao piloro), seguido pelo gastroesplênico; o ligamento gastrofrênico não é liberado. Após a liberação dos ligamentos, é realizada a introdução da sonda de Fouchet nº 32 no estômago com o objetivo de evitar estenose e guiar o diâmetro do grampeamento. O estômago é dividido usando-se um grampeador laparoscópico de 60 mm, o primeiro grampeamento inicia-se a cerca 3 cm do piloro, seguido de mais disparos em direção cefálica, até 1-2 cm do ângulo

esofagogástrico. Concluído o processo de grampeamento, inicia-se a fixação de toda a linha de grampo nos ligamentos gastrocólico e gastroesplênico, utilizando fio farpado (Stratafix® Ethicon Inc., Somerville, NJ). A linha de grampeamento dos primeiros 5 cm da porção proximal do tubo gástrico é invaginada com sutura contínua. A sutura invaginante tem como objetivo ajustar o diâmetro, reforçando a região e evitando assim complicações como fístulas, mais comum na porção proximal. Os pontos aplicados aos ligamentos são realizados de forma cuidadosa a fim de evitar lesões vasculares nos vasos gastro-ometais, que passam pela grande curvatura do estômago.

Os pacientes foram contactados por via telefônica para retorno à consulta, onde se realizou a aplicação de um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, com as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, IMC pré e pós-operatório, grau de satisfação quanto à perda de peso. O acompanhamento se deu entre 6-12 meses do período pós-operatório. As perguntas referentes à qualidade de vida foram baseadas no questionário do protocolo BAROS - Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (autoestima, prática de exercício físico, motivação no trabalho, relações sociais e interesse sexual)¹⁸. Avaliou-se ainda a presença/ausência de comorbidades (diabete, hipertensão, refluxo, pirose/azia/queimação, regurgitação, náuseas/vômito, dor no epigástrico ou no peito, sensação de plenitude, tosse ou disfagia) e a sintomatologia de refluxo nos momentos pré-operatório e pós-operatório, a presença/ausência de complicações no pós-operatório (reinternação, reoperação, infecção de ferida operatória, sangramento/hemorragia, estenose, fístula, migração torácica da bolsa, rotação axial, volvo gástrico e vazamentos na linha de grampo).

Análise estatística

O banco de dados foi construído no programa Microsoft Excel 2010, e exportado para software SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Os dados foram analisados através da construção de tabelas e gráficos, com suas respectivas frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado utilizado para comparações entre proporção/percentual foi aplicado para verificar a existência de comparação entre as variáveis categóricas na qualidade de vida (satisfação quanto ao peso, autoestima, prática de exercício físico, motivação no trabalho, relacionamentos sociais e interesse sexual) e comorbidades (diabete, HAS, pirose, regurgitação, náusea/vômito, entalo, dor no epigástrico/peito, sensação de plenitude e tosse). Na análise de medidas repetidas (momentos: pré-operatório, pós-operatório e atual), foi utilizado o modelo de regressão linear misto, que leva em consideração a possível correlação entre os valores da variável resposta que constituem medidas repetidas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança e as conclusões foram obtidas considerando o nível de significância de 5% e força da verdade de 95% (p=0,05).

RESULTADOS

Foram avaliados 179 pacientes, destes 71,5% eram mulheres, com predomínio na faixa etária entre 30-40 anos (36,3%). Houve baixa prevalência de complicações no pós-operatório, com destaque para reinternação (1,1%); reoperação (1,1%); infecção de ferida (1,1%); sangramento/hemorragia (0,5%) e estenose (1,1%). As demais complicações como fístula, migração torácica da bolsa, rotação axial e volvo gástrico não estiveram presentes na população em estudo (Figura 1).

Em relação à prevalência e evolução das comorbidades nos momentos pré e pós-operatório, ocorreu redução nas taxas de diabete (0,6% pós-operatório vs. 15,6% pré-operatório); hipertensão (4,5% pós-operatório vs. 36,3% pré-operatório) e pirose (26,3% pós-operatório vs. 51,4% pré-operatório). No entanto, ocorreu aumento de sintomas como náusea/vômito, entalo, dor em epigástrico/peito e sensação de plenitude. Nota-se