

ÚLCERA DUODENAL PERFURADA EM PACIENTE SUBMETIDO A BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX

Mariangela Latini de MIRANDA¹

Paula Lutfalla PESSÔA²

¹Médica Residente de Cirurgia Geral no Hospital Márcio Cunha - Ipatinga – MG - mariangela_latini@hotmail.com

²Médica Residente de Cirurgia Geral no Hospital Márcio Cunha - Ipatinga – MG - paulalutfalla@hotmail.com

Recebido em: 24/07/2016 - Aprovado em: 02/12/2017 - Disponibilizado em: 30/12/2017

RESUMO:

A obesidade é uma doença relevante nos dias atuais e de grande impacto na saúde da população mundial, sendo o Bypass Gástrico em Y-de-Roux amplamente utilizada no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, entretanto esta técnica não é isenta de complicações. A úlcera duodenal perfurada no segmento excluído em pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y-de-Roux é uma patologia rara sendo encontrado na literatura apenas 21 casos no mundo. Existem evidências que o segmento excluído mantém-se produtor de ácidos gástricos sem a neutralização do alimento, Este relato de caso trata-se de uma paciente com história de Bypass Gástrico em Y-de-Roux há 5 anos, que apresentou quadro de dor abdominal após uso prolongado de AINE, sendo encaminhada para videolaparoscopia. Foi diagnosticado úlcera duodenal perfurada em segmento excluído e o tratamento definitivo procedeu em seguida, sendo realizado ulcerorrafia e omentoplastia.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico. Úlcera duodenal perfurada. Úlcerorrafia. Reparo laparoscópico.

ABSTRACT:

Obesity is an important disease in the present day and of great impact on the health of the world population, being the Roux-en-Y gastric by-pass widely used in the surgical treatment of morbid obesity, however this technique is not without complications. The perforated duodenal ulcer in the excluded segment in patients undergoing Roux-en-Y gastric by-pass is a rare disease being found worldwide in the literature only 21 cases. There is evidence that the excluded segment keeps producing gastric acid without food neutralization. This case report it is a patient with a history of Roux-en-Y gastric by-pass 5 years before, who presented abdominal pain after prolonged use of NSAIDs, being referred to laparoscopy. It was diagnosed perforated duodenal ulcer in excluded segment and thereafter definitive treatment, being fulfilled ulcerorrafia and omentoplasty.

Keywords: Morbid obesity. Laparoscopic Roux-en-Y gastric by-pass. Duodenal ulcer perforation. Ulcerorrafia. Laparoscopic repair.

1.Introdução

A obesidade é uma doença de grande importância no mundo, atinge aproximadamente 2 bilhões de pessoas e sua prevalência atualmente é crescente. Ela está associada a múltiplas comorbidades como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias e apneia do sono (GARRIDO JÚNIOR, 2006). Os critérios para indicação de tratamento cirúrgico compreendem em

pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) $> 40\text{kg/m}^2$ ou $\text{IMC} > 35\text{kg/m}^2$ com a presença de comorbidades. Embora o grupo de pacientes com indicação cirúrgica são a minoria na obesidade, representado por apenas 10% da população obesa, o mesmo se encontra em constante ascensão (GARRIDO JÚNIOR, 2006; MONKHOUSE *et al.*, 2009).

O número de cirurgias para o tratamento da obesidade vem aumentando

consideravelmente, já que se mostrou como um método seguro e eficaz na redução de peso e também tratamento das comorbidades, conforme apresentado pelo Instituto Nacional de Saúde de 1996 (NIH-USA) (TINOCO *et al.*, 2002). No Brasil há quatro técnicas aprovadas: Banda Gástrica Ajustável, Duodenal Switch, Gastrectomia Vertical e o Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGYR), sendo essa última a técnica mais usada atualmente por ser mais segura e eficaz (ABESO, 2009).

A úlcera duodenal perfurada em pacientes submetidos a BGYR é uma complicação rara sendo encontrado na literatura apenas 21 casos bem reportados no mundo (ISKANDAR *et al.*, 2014). O tempo entre a cirurgia e a perfuração da úlcera duodenal pode variar entre 20 dias e 12 anos (MACGREGOR *et al.*, 1999), porém a maioria dos casos notificados apontam uma incidência maior no pós-operatório precoce em pacientes que não estavam em uso de Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) (ISKANDAR *et al.*, 2014).

A fisiopatologia da ulcerogênese em pacientes submetidos ao BGYR não está bem estabelecida. Vários mecanismos têm sido usados para explicar e acredita-se que a infecção por *Helicobacter pylori* seja o principal fator responsável pela destruição da barreira mucosa além de aumento da secreção ácida gástrica (KINI; KANNAN, 2011; SIQUEIRA *et al.*, 2007). Outro mecanismo

reconhecido é a ausência de neutralização ácido no estômago pelo alimento ingerido, como ocorre em pacientes sem alterações anatômicas, além disso existe um atraso na liberação de bicarbonato, sendo a mucosa exposta ao ácido gástrico e refluxo biliar por um período prolongado (BJORKMAN *et al.*, 1989). As lesões de mucosa também podem ser resultado do uso de drogas não esteroides anti-inflamatórias não esteroides (AINE) ou consumo excessivo de álcool (BJORKMAN *et al.*, 1989).

O diagnóstico da úlcera duodenal em pacientes submetidos a BGYR pode ser desafiador e devemos atentar para pacientes com o histórico cirúrgico de BGYR associado principalmente a dor em abdome superior, mesmo na ausência de pneumoperitônio nos exames de imagem, já que a presença desse é incomum nesse grupo de pacientes (CHARUZI, 1986).

A dor abdominal é uma queixa comum em pós-operatório de BGYR atingindo 15% a 30% dos pacientes (GREENSTEIN; O'ROURKE, 2011). Diante disso a úlcera duodenal perfurada no segmento excluído deverá ser um diagnóstico diferencial em pacientes com dor abdominal e histórico cirúrgico de BGYR, mesmo na ausência de pneumoperitônio. Nesses pacientes a exploração cirúrgica precoce deverá ser cogitada tanto para auxílio diagnóstico quanto terapêutico (ISKANDAR *et al.*, 2014). Este artigo traz o relato de um caso clínico raro

perante a comunidade científica, de uma complicação incomum do Bypass Gástrico em Y-de-Roux, considerando que esse grupo na maioria das vezes apresenta manifestações incomuns, que devem ser atentadas em unidades de pronto atendimento médico.

2. Relato de caso

Uma mulher de 41 anos, deu entrada no pronto-socorro em fevereiro de 2015 com história de dor abdominal há dois dias, com piora progressiva. Dor inespecífica, mais em região inferior do abdome e flanco direito. Negou alterações urinárias, intestinais, ginecológicas ou febre. Estava em uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) devido pós operatório recente de varicectomia bilateral. Relata ter apresentado episódios isolados de dor em flanco direito, e de epigastria com piora ao alimentar-se, desde o ano de 2013. Possui história de cirurgias prévias como colecistectomia videolaparoscópica em outubro de 2010, e pouco antes, em junho de 2010, Bypass Gástrico em Y-de-Roux, onde foi utilizado a técnica Fobi-Capella, para tratamento de obesidade crônica refratária aos tratamentos instituídos. Nesta época, apresentava peso 96kg, com estatura de 1,56m chegando a um IMC de 40kg/m², não apresentava comorbidades associadas, após cirurgia apresentou redução do seu peso gradativamente, segundo dados do prontuário. Ao exame físico apresentava-se com fâscies

de dor, corada, hidratada, eucárdica e eupneica, pressão arterial de 130 por 80 mmHg. Abdome flácido, doloroso a palpação em andar inferior, mais localizado em fossa ilíaca direita, região superior do abdome não apresentava dor, sem sinais de irritação peritoneal, sem massa palpável. Não apresentou alterações nos exames laboratoriais solicitados como creatinina, uréia, amilase, lipase, AST, ALT, exceto por hemograma com anemia e leucocitose discreta, EAS com 8 hemáceas por campo (valor de referência menos de 3 a 5 hemáceas por campo) e PCR no valor de 10mg/L (valor de referência 5mg/L). Foi solicitado exame de ultrassonografia abdominal tendo como achados coleção líquida na pelve à direita, com septos internos, medindo 6,9 x 5,5 x 2,5cm e com volume estimado de 50ml, além de pequena quantidade de líquido anecóide junto a base do ceco. Com a hipótese diagnóstica de um abdome agudo inflamatório ou hemorrágico, a laparoscopia foi indicada.

Na exploração inicial laparoscópica, visualizou-se útero, tubas uterinas e ovários normais, foi identificado cerca de 150ml de líquido amarelado na pelve e goteira parietocólica direita, apêndice cecal hiperemiado e congesto, cólon sigmoide redundante e distendido, sendo realizado apendicectomia e irrigação da cavidade. Em revisão da cavidade observou-se bloqueio inflamatório entre o lobo direito do fígado e colon, em exploração houve saída de pequena

quantidade secreção biliar e visualizado perfuração da parede anterior duodenal, realizado refiação da úlcera duodenal. Durante o ato cirúrgico não houve intercorrências, segundo dados coletados. A paciente seguiu para a enfermaria após recuperação anestésica, recebendo alta no 3º dia pós-operatório, em boas condições clínicas.

3. Discussão

Esta paciente do caso relatado apresentava dores abdominais inespecíficas e recorrentes anteriormente, com piora súbita da dor, concentrando em fossa ilíaca direita e uma história de uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroidais. O quadro clínico sugeriu abdome agudo de etiologia a esclarecer, sendo a úlcera duodenal perfurada uma das possibilidades. Uma vez que se tratava de uma paciente com alterações anatômicas precedente da cirurgia de Bypass Gástrico em Y-de-Roux, os exames de rotina para abdome agudo em muitos casos não evidenciam sinais sugestivos de úlcera perfurada como de costume em pacientes sem estas alterações anatômicas, sendo na maioria das vezes diagnosticado com a videolaparoscopia.

Em busca do tratamento ideal para a obesidade, várias técnicas foram desenvolvidas sendo a derivação gástrica em Y de Roux (DGYR) a cirurgia mais empregada (SANTO *et al.*, 2010). As complicações relacionadas a cirurgia vêm

ganhando importância pois a população está aderindo cada vez mais esse tipo de tratamento (TINOCO *et al.*, 2002; MONKHOUSE *et al.*, 2009).

A úlcera duodenal perfurada no segmento excluído em pacientes submetidos ao Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGYR) é uma complicação rara sendo encontrado na literatura apenas 21 casos bem reportados no mundo (ISKANDAR *et al.*, 2014; GYPEN *et al.*, 2008). MacGregor *et al.* (1999) através de estudo realizado afirmam que o tempo entre a cirurgia e a perfuração da úlcera duodenal pode variar entre 20 dias e 12 anos. A maioria dos casos apontam uma incidência maior no pós-operatório precoce em pacientes que não estavam em uso de Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) (ISKANDAR *et al.*, 2014;), já que os IBPs são responsáveis pela supressão da secreção de ácido gástrico por meio da inibição da enzima H⁺/K⁺-ATPase da célula parietal gástrica (WANNMACHER, 2004).

Vários mecanismos têm sido usados para explicar a ulcerogênese nesse grupo de pacientes e acredita-se que a infecção por *Helicobacter pylori* seja o principal deles (KINI; KANNAN, 2011). O uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) ou consumo excessivo de álcool também são fatores preditivos. Segundo Bjorkman *et al.* (1989), a acidez no estômago excluído não é neutralizada pelo alimento como normalmente acontece em pacientes sem alterações anatômicas, além disso existe um atraso na

liberação de bicarbonato, sendo a mucosa exposta ao ácido gástrico por um período prolongado e ao mesmo tempo também pelo refluxo biliar, agravando os efeitos de lesão na mucosa (BJORKMAN *et al.*, 1989).

É importante atentar-se para o diagnóstico da úlcera duodenal perfurada nos pacientes com histórico cirúrgico de BGYR apresentando dor abdominal principalmente em abdome superior, pois os sinais e sintomas na maioria das vezes são inespecíficos (GREENSTEIN; O'ROURKE, 2011). O pneumoperitônio nem sempre é encontrado nos exames de imagem, sendo relatado em apenas um caso na literatura, segundo Charuzi *et al.* (1986) e Feres e Parra (2008). A tomografia computadorizada (TC) é o exame mais utilizado para o diagnóstico dessa patologia e são encontrados sinais como líquido livre no peritônio e um processo inflamatório no quadrante superior direito, além de identificar outras possíveis causas de abdome agudo cirúrgico relacionados ou não a cirurgia prévia (ISKANDAR *et al.*, 2014). Na atualidade a videolaparoscopia vem ganhando um importante papel na abordagem desta patologia, pois além de possibilitar um diagnóstico precoce, também oferece a oportunidade de tratamento em mesmo procedimento.

O tratamento de urgência consiste em exploração cirúrgica e o fechamento primário da lesão pela técnica de ulcerorrafia e omentoplastia. Já o tratamento definitivo, que

consiste em vagotomia e piloroplastia ou gastrectomia pode ser indicado no momento da abordagem ou posteriormente, de acordo com cada caso, devendo basear-se nos riscos específicos e os benefícios para o paciente. MacGregor *et al.* (1999), Em portadores de alto risco operatório, a terapia IBP a longo prazo é uma alternativa aceitável. A abordagem pode ser aberta ou laparoscópica, onde a última mostrou-se mais segura (ISKANDAR *et al.*, 2014; PORIES, 2008). Uma questão vital para o sucesso do tratamento é a indicação da cirurgia definitiva.

4. Conclusão

A úlcera duodenal perfurada em segmento intestinal excluído de pacientes submetidos previamente ao Bypass Gástrico em Y-de-Roux é uma afecção rara e difícil diagnóstico. Pôde-se observar através deste caso que devemos nos atentar em pacientes que já foram submetidos a Bypass Gástrico em Y-de-Roux apresentando dor abdominal, mesmo que esta seja inespecífica e sem outros sinais ou sintomas. Além disto foi visto a opção da laparoscopia diagnóstica e terapêutica como método a ser considerado, pela eficácia apresentada.

5. Referências

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3.ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

- ADAMI, G.F. *et al.* Metabolic syndrome in severely obese patients. **Obes Surg.** v. 11, n. 5, p. 543-545, Oct. 2001.
- ALVAREZ-CORDERO, R. Treatment of Clinically Severe Obesity, a Public Health Problem: Introduction. **World Journal of Surgery**, v. 22, Issue 9, p. 905-906, September, 1998.
- BJORKMAN, D.J. *et al.* Perforated duodenal ulcer after gastric bypass surgery. **Am J Gastroenterol.**, v. 84, n. 2, p. 1702, Feb. 1989.
- BUCHWALD, H. *et al.* Bariatric surgery: a systematic review and metaanalysis. **JAMA**, v. 293, n. 14, p. 1728, 13 Apr. 2005.
- CHARUZI, I. *et al.* Perforation of duodenal ulcer following gastric exclusion operation for morbid obesity. **J Clin Gastroenterol.** v. 8, n. 5, p. 6056, Oct. 1986.
- FERES, O.; PARRA, R.S. Abdômen agudo. **Simpósio: Fundamentos em Clínica Cirúrgica, 2ª Parte.** Cap. 1. v. 41, n. 4, p. 430-6, Medicina (Ribeirão Preto) 2008.
- FORCINA, D.V. *et al.* Papel da cirurgia bariátrica no controle do diabetes melito tipo II. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.**, v. 21, n. 3, São Paulo July/Sept. 2008
- GARRIDO JÚNIOR, A.B. **Cirurgia da obesidade.** São Paulo: Atheneu, 2006.
- GREENSTEIN, A.J.; O'ROURKE, R.W. Dor abdominal após by-pass gástrico: suspeitos & soluções. **Am J Surg.** v. 6, p. 819-827, jun. 2011.
- ISKANDAR, M.E. *et al.* Diagnosis and Management of Perforated Duodenal Ulcers following Roux-En-Y Gastric Bypass: a report of two cases and a review of the literature. **Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Surgery**, v. 2015, Article ID 353468. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/cris/2015/353468/>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- KINI, S.; KANNAN, U. Effect of bariatric surgery on future general surgical procedures. **J Minim Access Surg.**; v. 7, n. 2, p. 126 -131, Apr./Jun, 2011.
- LAMARCHE, J. Abdominal obesity and its metabolic complications: implications for the risk of ischaemic heart disease. **Coron Artery Dis.** v. 9, n. 8, p. 473-481, 1998.
- MACGREGOR, A.M. *et al.* Úlcera péptica perforada seguinte by pass gástrico para a obesidade. **Am Surg Journal**, v. 65, n. 3, p. 222-225, mar. 1999.
- MASON, E.E. *et al.* Effect of gastric bypass on gastric secretion. **Am J Surg.**, v. 131, n. 2, p. 1628, Feb. 1976.
- MITTERMAIR, R.; RENZ, O. An unusual complication of gastric by-pass: perforated duodenal ulcer. **Obesity Surgery**, v. 17, p. 701-703, 2007.
- MONKHOUSE, S.J.W. *et al.* Complications of bariatric surgery: presentation and emergency management – a review. **Am R Coll Surg Engl**, v. 91, p. 280-286, 2009.
- PORIES, W.J. Bariatric Surgery: Risks and Rewards. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 93, n. 11, suppl.1, 2015.
- SANTO, M.A. *et al.* Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida implicações gestacionais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 56, n. 6, São Paulo, 2010.
- SIQUEIRA, J.S. *et al.* Aspectos gerais nas infecções por *Helicobacter pylori*: Revisão. **RBAC**, v. 39, n. 1, p. 9-13, 2007.
- SPERANZINI, M.B.; DEUTSCH, C.R.; YAGI, O.K. **Manual de Diagnóstico e Tratamento para o Residente de Cirurgia.** São Paulo: Atheneu, 2013, Cap. 7.
- TINOCO, R.C. *et al.* Cirurgia da obesidade mórbida por videolaparoscopia. **Rev. Col. Cir.**, v. 29, n. 3, maio/jun, 2002.
- WANNMACHER, L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. In: **Uso racional de medicamentos: temas selecionados.** v. 2, n. 1. Brasília, dez. 2004.