

O anel de contenção no by-pass gástrico (cirurgia de Fobi-Capella) foi muito utilizado no passado com o objetivo de evitar a dilatação da anastomose e perda do efeito restritivo da cirurgia, gerando assim, um melhor resultado na perda de peso a longo prazo.

Apesar das vantagens acima, as complicações do anel são relativamente frequentes. O seu uso está associado à intolerância alimentar (principalmente com carne), vômitos, e em casos mais severos, desnutrição e deficiência de proteínas. Estas complicações costumam ocorrer tardiamente, e muitas vezes, vários anos após a cirurgia.

O tratamento destas complicações é realizado através da remoção do anel, procedimento que por muito tempo foi realizado cirurgicamente. Esta cirurgia costuma ser trabalhosa devido às aderências na região do coto gástrico e com risco de complicações como sangramento e perfuração.

Atualmente, uma opção menos invasiva tem se apresentado. Vários estudos demonstraram sucesso e segurança no tratamento endoscópico das complicações do anel.

Tratamento endoscópico da erosão do anel com extrusão parcial

A incidência da erosão do anel varia na literatura de 1 até 7% dos casos de pacientes operados pela técnica de by-pass com anel. A erosão pode ser assintomática ou estar associada a dor epigástrica, sangramento, náuseas e vômitos.

Após a ocorrência da erosão a remoção do anel deve ser considerada. O diagnóstico desta complicação é fácil, já que é realizado através da identificação de um segmento do anel visível na luz do coto gástrico durante a endoscopia digestiva alta.



Anel extruso na luz do coto gástrico

A remoção endoscópica costuma ser rápida e fácil, desde que pelo menos 50% do anel esteja visível na luz gástrica. O procedimento é realizado através da secção do anel com tesoura endoscópica e posterior tração com pinça de corpo estranho. Algumas vezes a secção do silicone com a tesoura pode ser difícil. A mobilização do anel até a exposição do nó e secção direta do fio muitas vezes facilita o procedimento.

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Remoção-de-anel-de-bariátrica-leg-e-end.mp4>

Remoção endoscópica de anel erodindo para a luz do coto gástrico.

Tratamento endoscópico do deslizamento ou obstrução pelo anel sem erosão

Nos casos em que o anel está parcialmente erodido e visível na luz gástrica ele pode ser facilmente removido com a técnica descrita previamente. O grande desafio para o endoscopista intervencionista ocorre nos casos onde o anel está causando obstrução e não existe erosão da parede gástrica.

Os sintomas de vômitos frequentes, intolerância alimentar e desnutrição podem ocorrer tanto em pacientes com anéis estreitos ou nos casos de deslizamento do anel com angulação e obstrução da saída do coto gástrico.

Dilatação com balão de acalasia

Nestes pacientes uma das opções é a dilatação do anel com balão de acalásia de 30 mm. Este procedimento é realizado através da passagem de fio guia na alça eferente e posicionamento do balão sobre o anel seguido de dilatação progressiva sob controle radiológico até a ruptura do anel. A dilatação da anastomose deve ser evitada mas muitas vezes isso acaba sendo impossível devido ao pequeno tamanho do coto gástrico e o grande tamanho do balão (10 cm de extensão). Na maioria dos casos a transição esôfago gástrica ou a anastomose vão ser dilatados junto com o anel.

Um estudo publicado em 2010 incluindo 39 pacientes obteve 66% de sucesso na ruptura completa do anel. Os outros e 34% obtiveram alargamento com melhora dos sintomas mas sem ruptura. Nenhuma complicação grave foi relatada.

A ruptura do anel costuma ocorrer facilmente. Naqueles em que isso não ocorre, a pressão excessiva deve ser evitada. Outro cuidado muito importante é que anéis deslizados e localizados sobre a alça intestinal não devem ser dilatados. A alça de intestino delgado não é tão resistente quanto o coto gástrico, podendo levar nesses casos à perfuração.

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Dilatacao-bariatrica-web.mp4>

Dilatação do anel com balão de acalásia.

Remoção do anel com uso de prótese endoscópica

As próteses endoscópicas também podem ser utilizadas como primeira opção para o tratamento da obstrução por anel não erodido ou como salvamento nos pacientes em que a ruptura do anel não foi possível através da dilatação com balão de acalásia.

Campos et al em 2016 publicaram um artigo com 41 pacientes onde obteve erosão completa em 21 casos e erosão incompleta permitindo a remoção em um segundo tempo em 17 casos. Em relação às complicações foram relatadas 3 migrações de prótese e 9 estenoses tratadas com dilatação. A melhora da disfagia ocorreu em 78% dos pacientes.

O estudo acima utilizou próteses plásticas (Polyflex 25X21X90 mm). Porém, estas próteses não existem mais no mercado. As próteses indicadas para esta técnica atualmente são as metálicas totalmente recobertas.

A prótese deve ser colocada 2 cm acima do anel e abaixo da transição esôfago-gástrica para evitar vômitos. Ela é mantida por 15 dias e então removida. Se a erosão for completa, o anel muitas vezes sai junto com a prótese. Nos casos de erosão incompleta onde o anel está extruso, mas aparente na luz gástrica, ele deve ser removido após 30 dias da retirada da prótese através de secção e tração com pinça de corpo estranho.

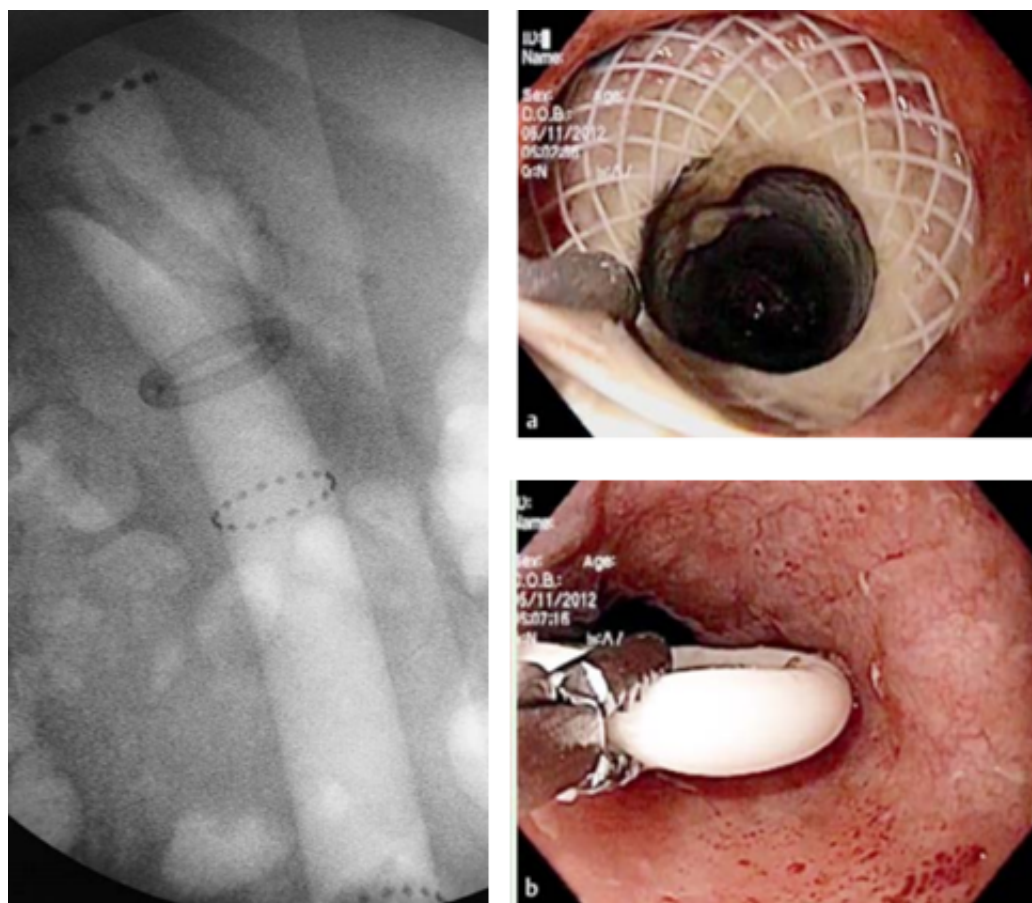


Imagem adaptada de Campos et al 2016. Remoção do anel com auxílio de prótese endoscópica. Imagem radiológica da prótese posicionada. Imagens endoscópicas da remoção da prótese e do anel completamente liberado na luz do coto gástrico.

Conclusão

O tratamento das complicações do anel de restrição em paciente pós by pass gástrico através de técnicas endoscópicas aparenta ser seguro e efetivo. Na maioria das vezes é realizado ambulatorialmente e com baixo índice de complicações.

Referências

Moon Kyung Joo. Endoscopic Approach for Major Complications of Bariatric Surgery. Clin Endosc 2017;50:31-41

Josember Martins Campos, Luis Fernando Evangelista, Alvaro Antonio Ferraz et al. Treatment of ring slippage after gastric by-pass: long-term results after endoscopic dilation with na acalasia balloon. Gastrointestinal Endoscopy 2010;72(1).

Josemberg Marins Campos, Rena C. Moon, Galeno E. J. Magalhães Neto, Andre F. Teixeira, Muhammad A. Jawad, Lyz Bezerra Silva, Manoel Galvão Neto, Álvaro Antônio B. Ferraz. Endoscopic treatment of food intolerance after a banded gastric bypass: inducing band erosion for removal using a plastic stent. Endoscopy DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103418>

Como citar este artigo: Orso IRB. Opções endoscópicas no tratamento das complicações do anel de restrição em pacientes pós by-pass gástrico; 2018. Disponível em www.endoscopiaterapeutica.com.br

