Brazilian Journal of health Review

Cirurgia revisional para desnutrição após bypass gástrico: um relato Atípico

Revisional surgery for nutrition after gastric bypass: a report Atypical

DOI:10.34117/bjhrv2n6-041

Recebimento dos originais: 07/10/2019
Aceitação para publicação: 26/11/2019

Kemylla Machado Souza
Formação acadêmica mais alta: Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade Unime
Endereço: Rua Clarival do Prado Valadares 71, Caminho das Árvores, Cep:41820700, Salvador-Ba
E-mail:kemyllamachado@hotmail.com

Carlos Augusto Bastos Mello
Formação acadêmica mais alta:Especialista em cirugia geral e Bariatrica
Mestre em Imunologia
Instituição: Universidade Federal da Bahia
Endereço:Rua das Estrelícias 294, Casa b03 07,Alphaville 2, Salvador-Ba, Cep41483-080
E-mail: mellocarlosaugusto@gmail.com

Leonardo Ferrari Borges Da Silva
Formação acadêmica mais alta: Residência em Cirurgia Geral
Instituição: Hospital da Cidade, Salvador/BA
Endereço: Rua das Estrelícias, 753, Casa G3 23 - Alphaville 2, Salvado-Ba
Cep: 41483-080
E-mail: lf17086@yahoo.com.br

Julianna Matos Monterio
Formação acadêmica mais alta: Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade Unime
Endereço: Alameda das Chuvas de Ouro, casa 49, Salvador-Ba
Cep: 41820430
E-mail: julimonteiro_@hotmail.com

RESUMO

Nesse relato de caso, os autores buscaram analisar a desnutrição energético-proteica como complicação clínica e patológica da cirurgia bariátrica pela técnica de Bypass Y-de-Roux, bem como descrever a técnica cirúrgica empregada para a resolução definitiva do problema. A desnutrição pode se apresentar como Marasmo, um estado em que praticamente todas as reservas de gordura disponíveis do corpo se esgotaram devido à inanição, ocasionalmente, o nível sérico de albumina está reduzido, mas mantém-se >2,8 g/dL nos casos sem complicações ou Kwashiokor, estresse fisiológico que aumenta a necessidade de proteína e energia em um

Brazilian Journal of health Review

momento em que o consumo costuma ser limitados. A paciente em questão é do sexo feminino, 36 anos, submetida a cirurgia bariátrica por By-pass há 10 anos, com índice de massa corporal de 44,98. Após 7 anos cirurgia, iniciou com um quadro de fraqueza sono e indisposição, sendo diagnosticada com anemia e fazendo reposição de ferro como opção terapêutica. Houve piora do quadro, com vômitos recorrentes e sialorreia, foi internada apresentando deficiência vitamínica, descamação de pele, queda de cabelo e outros sintomas, sendo diagnosticada com desnutrição disabsortiva. Sem melhoras significativas, após 1 ano foi internada novamente com a albumina de 3,02g/dL e quadro clinico semelhante; a paciente evolui com albumina de 2,3g/dLe piora dos sintomas clínicos quando se fez a opção de cirurgia revisional. Encontrou-se uma alça bilioprancreática de 80cm, com uma sobra para alem da entero-enteroanastomose de 50 centímetros, o que levou a um sequestro das secreções digestivas para o segmento de alça residual. Concluiu-se que o alimento transitava pela alça alimentar e não entrava em contato de forma adequada com os sucos digestivos fazendo com que não houvesse a digestão adequada e com isso causando todos os sintomas apresentados acima; após a cirurgia houve melhora significava da paciente, fazendo com que ela voltasse ter qualidade de vida.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica, desnutrição proteica, hipoalbuminemia.

ABCTRACT

In this case report, the authors sought to analyze protein-energy malnutrition as a clinical and pathological complication of bariatric surgery by Roux-en-Y bypass technique, as well as to describe the surgical technique employed for the definitive resolution of the problem. Malnutrition can present itself as a doldrums, a state in which virtually all available body fat stores have been depleted due to starvation; occasionally the serum albumin level is reduced but remains> 2.8 g / dL in cases uncomplicated or Kwashiokor, physiological stress that increases the need for protein and energy at a time when consumption is often limited. The patient in question is a 36-year-old female who underwent bariatric surgery by Bypass 10 years ago, with a body mass index of 44.98. After 7 years of surgery, she began with a weakness of sleep and indisposition, being diagnosed with anemia and doing iron replacement as a therapeutic option. The condition worsened, with recurrent vomiting and sialorrhea, she was hospitalized with vitamin deficiency, skin peeling, hair loss and other symptoms and was diagnosed with disabsorptive malnutrition. No significant improvement, after 1 year was hospitalized again with albumin of 3.02g / dL and similar clinical picture; The patient evolves with albumin of 2.3g / dL and worsens clinical symptoms when the option of revision surgery was made. An 80cm biliopranreatic loop was found, with a surplus beyond the 50cm entero-enteroanastomosis, which led to a sequestration of digestive secretions into the residual loop segment. It was concluded that the food passed through the food loop and did not come into proper contact with the digestive juices causing the digestion not to be adequate and thus causing all the symptoms presented above; After surgery there was a significant improvement of the patient, making her return to have quality of life.

Key words: bariatric surgery, protein malnutrition, hypoalbuminemia.

1 INTRODUÇÃO

As definições das formas de Desnutrição energético-proteica (DPE) se baseiam no metabolismo. Tradicionalmente, os dois tipos principais de DPE têm sido o marasmo e o kwashiorkor.

Brazilian Journal of health Review

Marasmo -O marasmo é um estado em que praticamente todas as reservas de gordura disponíveis do corpo se esgotaram devido à inanição, ocasionalmente, o nível sérico de albumina está reduzido, mas mantém-se >2,8 g/dL nos casos sem complicações.

Kwashiokor - estresse fisiológico provocado por essas doenças aumenta a necessidade de proteína e energia em um momento em que o consumo costuma ser limitados. Reservas de gordura e massa muscular de início não são afetadas, dando o aspecto ilusório de nutrição adequada. Os sinais que confirmam o diagnóstico de kwashiorkor/ Desnutricão proteico-calorica (DPC) são facilidade para arrancar os cabelos, edema, rupturas cutâneas e má cicatrização de feridas; o principal é a redução acentuada dos níveis séricos de proteína como a albumina (< 2,8 g/dL) e transferrina (< 150 mg/dL) ou da capacidade de ligação do ferro (< 200 μg/ dL).

No bypass gástrico, a gastroplastia em Y de Roux, o estômago grampeado forma uma bolsa reduzida ligada diretamente ao jejuno, assim os alimentos não passam pelo duodeno, além de ter um segmento de alça sem contato com as secreções gástrica, biliar e pancreática, o que reduz a absorção nutricional.

Dentre diversos tipos de deficiência pós bariátrica, pode-se destacar alguns principais: A deficiência de vitamina B12 é frequentemente relatada após o Bypass gástrico em Y-de-Roux(BGYR).Outro tipo de deficiência é a de tiamina, que pode ocorrer de forma aguda após qualquer tipo de cirurgia bariátrica em pacientes que apresentam vômitos prolongados, além de estar associada a sintomas neurológicos graves, que podem ser irreversíveis. Quando a deficiência é referente aos macronutrientes, a mais relatada é a de proteínas, sendo mais observada após as técnicas disabsortivas ou mistas (DBP/DS e BGYR). A desnutrição protéica representa uma grave complicação metabólica observada no pós-operatório tardio de cirurgia bariátrica. Se caracteriza pela presença de hipoalbuminemia, anemia, edema, astenia e alopecia.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, submetida à cirurgia bariátrica por Bypass há 10 anos com Índice de Massa Corporal (IMC) de 44,98. Há 3 anos iniciou um quadro de fraqueza, sono e indisposição. Relata buscar ajuda medica sendo diagnosticada com anemia e realizando reposição de ferro. Compareceu a várias consultas medicas sem resolução. Ocorreu piora do quadro com vômitos recorrentes pôs refeições e sialorreia não referindo problemas com ingesta. Internada há 3 anos apresentando: deficiência vitamínica (QUAIS), descamação na pele, queda de cabelo, olhos mais amarelados, menstruação interrompida, edema em membros inferiores,

feridas nas pernas, sendo diagnosticada com desnutrição disabsortiva. Após 2 meses de internamento, adquiriu pneumonia e choque séptico, com o peso 45 kg durante o período. Se fez a opção de retirada do anel sendo submetida a um procedimento, porém o anel não foi encontrado, sendo liberada com melhora do quadro. Apos 1 ano, encontrava-se com o mesmo quadro clínico, apesar de ter usado suplemento proteico em todo período.

Internada novamente, por novo quadro de desnutrição para reposição de albumina (3,02g/dL). Nesse internamento observou-se piora do quadro apresentando visão turva. Após novo período de reposição de albumina procurou o consultório da Central da Obesidade.

Paciente compareceu a consulta com as queixas relatadas acima e albumina de 2,3g/dL, com uma solicitação de reversão cirúrgica. Observando um quadro de desnutrição, porem como não era uma paciente do serviço e desconhecendo sua evolução multidisciplinar, foi solicitado exames com retorno logo após para registro de peso do período; solicitou-se um recordatório alimentar durante uma semana, avaliação do nutricionista e aplicação de uma dieta hipercalórica e hiperproteica. No recordatório observou-se que a paciente possuía uma boa alimentação, sem dificuldades, com uma ingesta de 2225,28 Kcal e um gasto calórico de 1382,80 Kcal. Nesse momento, ficou comprovado que a paciente sofria de uma síndrome disabsortiva e que necessitava ser rebordada para provável reversão do procedimento realizado; solicitado internamento para nutrição parenteral por 15 dias e posterior realização do procedimento.

Dia 24/08/2018, ocorreu a internação para realização de nutrição parenteral por 15 dias. No curso desse internamento, evoluiu com infecção de cateter central e pneumonia, sendo monitorada, com quadro de dificuldade respiratória e falta de ar. Permaneceu internada na UTI por 8 dias; 2 semanas depois foi submetida a cirurgia. Realizava exames pré-operatórios rotineiramente, quando ocorreu melhora da albumina fez cirurgia.

Cirurgia ocorreu dia 31/08/2018. Observado que a entero- entero anastomose foi feita a 15 cm do ângulo de Treitz e com uma sobra de 50cm de alça exclusa. Feito ressecção deste excesso de alça, evoluindo sem intercorrências, saiu do internamento dia 2/9/2018com 70Kg. No dia 10/09 compareceu a consulta com 66 kg (perda hídrica) e IMC 22,84.

24/09 estava com 59 kg e IMC de 20,42, apesar da perda de peso, observava-se melhora no quadro clinico geral (pele, cabelos, unha) foi solicitado proteínas totais e refeito padrão alimentar com planejamento.

Brazilian Journal of health Review

Dia 11/10 compareceu com 65 kg IMC 22,49 e albumina de 3,7g/dL; passou pela nutricionista e conseguiu aumentar 5 Kg. Após cirurgia, houve melhora dos sintomas, pelos voltaram a crescer, menstruação voltou com ciclo normal com melhora das lesões de pele.

3 DISCUSSÃO

O Bypass gástrico em Y-de-Roux foi a técnica realizada na paciente há 10 anos. É uma técnica restritivo absortiva que promove saciedade precoce por redução gástrica. Assim, a base para a redução e manutenção do peso é a restrição da ingestão alimentar e/ou má absorção de nutrientes, assim como a diminuição do tempo de trânsito gastrointestinal, que pode proporcionar várias deficiências nutricionais. Esta má absorção, associada à ingestão calórica deficiente no pós-operatório e rápida perda de peso pode resultar em índice notável de distúrbios nutricionais e eletrolíticos. Além disso, o organismo possui reservas vitamínicas que podem mascarar a deficiência delas por período que pode variar de dias até anos após a operação.

Baseado na história clínica apresentada, a paciente foi diagnosticada com um quadro grave de desnutrição energético-protéica, que não se adequava aos padrões esperados. A partir da evolução do quadro, e sem melhoras significativas apesar das tentativas propostas, optou-se por uma cirurgia revisional

Ao realizar a cirurgia, encontrou-se a alça bilioprancreática mais longa que o preconizado pela técnica, com uma sobra para alem da enteroenteroanastomose de 50 centímetros, o que levou a um sequestro das secreções digestivas para o segmento de alça residual. Concluiu-se que o alimento transitava pela alça alimentar e não entrava em contato de forma adequada com os sucos digestivos fazendo com que não houvesse a digestão adequada. Acredita-se que a pequena quantidade absorvida ocorria por transbordamento ja que a alça se encontrava sem função motora adequada após anos passados do primeiro procedimento. Na realização do procedimento cirúrgico optou-se por ressecção do excesso de alça biliopancreatica exclusa e com isso obteve-se a absorção de forma adequada com melhora do quadro de desnutrição.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa clínica de reversão destes déficits dá-se principalmente pelo uso de polivitamínicos; porém, a adesão a esse tipo de tratamento é falha, pois depende de continuidade e deve ser unânime. Por fim, alguns quadros de desnutrição atingem tal gravidade que acaba sendo indicada, por vezes, operação de reversão. Ainda não há consenso quanto à técnica

cirúrgica a ser utilizada. O procedimento aqui apresentado é baseado em fatores fisiopatológicos para o tratamento desta condição, com bons resultados iniciais, sem efeitos colaterais significativos. Seguimento de mais longo prazo é necessário para determinação de sua eficácia. Com isso, ratifica-se a necessidade de um acompanhamento medico direcionado para a individualidade de cada caso com diagnostico precoce, afim de obter melhores resultados e previnir possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. BHAGAVAN, N.v.. Gastrointestinal Digestion and Absorption. Medical Biochemistry, [s.l.], p.197-224, 2002. Elsevier. http://dx.doi.org/10.1016/b978-012095440-7/50014-7.
2. CARSWELL, Kirstin A. et al. The Effect of Bariatric Surgery on Intestinal Absorption and Transit Time. Obesity Surgery, [s.l.], v. 24, n. 5, p.796-805, 30 dez. 2013. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1007/s11695-013-1166-x.
3. HARISSON. Medicina Interna. 17. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2008.