

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

EMPREGO DA ANASTOMOSE DE ROUX EM "Y" NO TRATAMENTO ALTERNATIVO DAS SÍNDROMES PÓS-GASTRECTOMIAS.

Use of the Roux-en-Y anastomosis as an alternative treatment for postgastrectomy syndromes: a review

Miguel Antônio Facury Neto¹, Duvaldo Eurides², Maria Clorinda Soares Fioravanti³
Alexandre Mazzanti⁴, Luiz Antônio Franco da Silva⁵,
Nilo Sérgio Troncoso Neto⁶, Frederico Ozanan Carneiro e Silva⁷

RESUMO

A gastrectomia parcial é capaz de modificar a anatomia e fisiologia da região antro-pilórica, provocando o aparecimento de sinais e sintomas de maior ou menor vulto. Surge com isso as síndromes pós-gastrectomias, como a gastrite alcalina de refluxo, cancerização do coto gástrico, "dumping" e a síndrome da alça aferente. Estas complicações apresentam significante melhora após o emprego da anastomose de Roux em "Y".

Palavras-chave: anastomose intestinal, síndromes pós-gastrectomias, anastomose de Roux em Y.

SUMMARY

Partial gastrectomy is capable of modifying the anatomy and physiology of the antropyloric region, causing major or minor signs and symptoms. Resultant postgastrectomy syndromes, such as alkaline reflux gastritis, gastric stump carcinoma, dumping and afferent loop

syndromes arise. These complications are significantly improved following the use of the Roux-en-Y anastomosis.

Key words: intestinal anastomosis, postgastrectomy syndrome, Roux-en-Y anastomosis.

INTRODUÇÃO

O emprego da anastomose de Roux em Y como uma das alternativas cirúrgicas para o tratamento das síndromes pós-gastrectomias, constitui uma intervenção antiga. Fatos retrospectivos evidenciam que Cesar Roux em 1893 começou idealizar esta técnica descrevendo a mesma em 1897, sendo posteriormente denominada anastomose de Roux em Y, que é um tempo operatório que complementa as gastrectomias do tipo Billroth II. Após o término da gastrectomia, é feita uma anastomose término-lateral do segmento proximal da alça aferente com a alça eferente a uma distância de 30cm aproximadamente da anastomose gastrojejunal. Convém destacar que a técnica inicialmente não

¹ Médico. Professor Assistente, Mestre. Departamento de Morfologia. Universidade Federal de Uberlândia/UFU, Av. Pará 1720. Bloco 2A. Campus Umuarama. 38422-902 - Uberlândia MG.

² Médico Veterinário. Professor Titular. Doutor. Departamento de Medicina Animal /UFU.

³ Médica Veterinária. Professora Assistente. Mestre. Departamento de Clínica. Escola de Veterinária/EV. Universidade Federal de Goiás/ UFG.

⁴ Médico Veterinário. Residente do Hospital Veterinário/UFU.

⁵ Médico Veterinário. Professor Adjunto. Doutor/EV/UFG.

⁶ Médico Veterinário. Professor Titular. Doutor/EV/UFG.

⁷ Médico Veterinário. Professor Titular. Doutor. Departamento de Morfologia/UFU.

deu bons resultados, sendo recomendada para os tumores malignos. Atualmente é utilizada principalmente para desviar o fluxo de secreção alcalina duodenal e impedir o contato com a mucosa gástrica, evitando ocasionar danos ao tecido do estômago remanescente e alterações mecânicas dos efeitos indesejáveis do dumping e da síndrome da alça aferente.

A experiência acumulada ao longo de quase um século com os diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos principalmente nas gastrectomias, permitiu reconhecer vários quadros clínicos delas decorrentes, apresentando as síndromes pós-gastrectomias drásticas conseqüências. A intensidade da sintomatologia após as ressecções gástricas, pode variar desde queixas de leve desconforto abdominal pós-prandial com episódios passageiros de diarreia até problemas mais sérios de epigastria intensa, persistentes náuseas e vômitos biliosos, recorrência de úlcera de "boca anastomótica," distúrbios metabólicos, perda de peso, anemia e comprometimento do estado geral do paciente. O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos é restrito, com isso, as tentativas e os recursos terapêuticos clínicos são limitados. A anatomia e fisiologia do estômago apresentam um equilíbrio harmônico que pode ser modificado após remover ou alterar o mecanismo do esfíncter pilórico que regula o esvaziamento gástrico e impede as secreções alcalinas do duodeno de refluir livre e constantemente para o estômago (LEITÃO & AMARANTE, 1984). Em cães, estas secreções provocam sérias e indesejáveis alterações da mucosa gástrica (LAWSON, 1964; DAVENPORT, 1965; CHENG et al., 1969; VIEIRA et al., 1973). Das síndromes pós-gastrectomias, sem dúvida a gastrite alcalina é aquela que mais apresenta alterações anátomo-patológicas comprovadas através da endoscopia e biópsia da mucosa gástrica (FIGUEIREDO et al., 1985). Relatos de lesões da mucosa do estômago residual após as gastrectomias parciais foram mostrados por PALMER (1954), DEBRAY et al. (1956), COGHILL & WILLIAMS (1958), BENEDICT (1959), DELLER et al. (1962), VALÊNCIA et al. (1963), JOHNSTON (1966), SIMON et al. (1973), CHACON et al. (1980), LEITÃO et al. (1984) e MURARO et al. (1988).

A gastrite alcalina de refluxo, é um complexo de sinais e sintomas, que de acordo com TOYE & WILLIAMS (1965), VAN HERDEN et al. (1969), WICKBOM et al. e HERRINGTON et al. (1974), os pacientes apresentavam náuseas, vômitos geralmente biliosos, dor epigástrica e

perda ponderal.

Outra complicação provavelmente decorrente do refluxo alcalino é a cancerização do coto gástrico, descrito pela primeira vez por BALFOR em 1922 em doentes com ressecção gástrica. HELSINGEN & HILLESTAD (1956) referiram que a cancerização ocorre tardiamente após a ressecção gástrica e o período da cirurgia inicial até o desenvolvimento do carcinoma, apresenta uma média de tempo de 11 a 26 anos. Segundo FELDMAN & SEAMAN (1972), o desenvolvimento de carcinoma no estômago remanescente de pacientes submetidos a gastrectomia parcial para doença ulcerosa benigna não é comum. O câncer de coto gástrico é definido como primário do estômago remanescente quando o seu aparecimento ocorre em um tempo mínimo de 5 anos, após a ressecção. De acordo com DAVENPORT (1970), a bile apresenta um efeito detergente que causa injúria à barreira da mucosa gástrica, permitindo um aumento da permeabilidade da membrana celular para elementos carcinógenos. Em estudo retrospectivo, GRIESSER & SCHMIDT (1964), encontraram uma incidência de carcinoma gástrico após a ressecção a Billroth II, gastrogastrostomia, de 13,3% comparado a 8,4% em pacientes não operados com diagnóstico de úlcera gástrica. Foi observado por MORGENSTERN et al. (1973), que esta complicação após a ressecção a Billroth I, gastroduodenostomia, é rara e ao contrário, a ressecção a Billroth II favorece o desenvolvimento de carcinoma do coto gástrico.

O esvaziamento gástrico é controlado pela função motora antro-pilórica e pela osmolaridade do conteúdo gástrico e duodenal. As soluções hipertônicas, quando em contato com o intestino delgado, produzem liberação de determinadas substâncias que inibem a motilidade gástrica, havendo subsequente fechamento do piloro. Após a ressecção gástrica, o esvaziamento do estômago residual é deficientemente regulado pela boca anastomótica principalmente com alimentos sólidos, enquanto que os líquidos passam diretamente ao jejuno. O lançamento rápido e em grande quantidade de líquido, principalmente soluções hipertônicas como os polissacarídeos, provoca no jejuno a liberação de secreção que causam distensão do intestino delgado que é responsabilizada pelos sintomas abdominais. Esta secreção apresenta igualmente um efeito catártico, provocando um quadro de diarreia, com liberação de substâncias como as prostaglandinas, responsáveis pelo aparecimento

