

COMPLICAÇÕES EM GASTRECTOMIAS

COMPLICATIONS IN GASTRECTOMIES

Naila Cerutti¹

Maria Eduarda de Quadros Batistello²

Paola Tolotti Fernandes³

Eduarda Elsenbach Scherer⁴

Patrícia Barth Radaelli⁵

Júlio César Zanini⁶

RESUMO: A gastrectomia é uma cirurgia que remove parcial ou totalmente o estômago, sendo o único tratamento curativo no câncer gástrico. A gastrectomia é uma cirurgia de alta complexidade com altos índices de morbimortalidade e complicações pós-operatórias quando não realizada em centro de referência. No caso do câncer gástrico as complicações podem ocorrer com maior frequência visto que são pacientes que já apresentam condições clínicas e nutricionais comprometidas. As complicações mais relevantes são as respiratórias e as fístulas anastomóticas e do coto duodenal, estas com alto potencial de mortalidade. Havendo ainda complicações de infecção da ferida operatória, infecções urinárias e evisceração. Portanto, vale ressaltar que as gastrectomias são cirurgias de grande porte que devem ser realizadas por profissionais qualificados para tal procedimento e em hospitais com condições adequadas para a realização da mesma.

223

Palavras-chave: Gastrectomia. Complicações pós-operatórias. Neoplasias Gástricas. Procedimento.

ABSTRACT: Gastrectomy is a surgery that partially or completely removes the stomach and is the only curative treatment for gastric cancer. Gastrectomy is a highly complex surgery with high morbidity and mortality rates and postoperative complications when not performed in a reference center. In the case of gastric cancer, complications may occur more frequently as these are patients who already have compromised clinical and nutritional conditions. The most relevant complications are respiratory complications and anastomotic and duodenal stump fistulas, which have a high potential for mortality. There are also complications from surgical wound infection, urinary infections and evisceration. Therefore, it is worth highlighting that gastrectomies are major surgeries that must be performed by professionals qualified for such a procedure and in hospitals with adequate conditions to carry out the same.

Palavras chave: Gastrectomy. Postoperative complications. Gastric neoplasms. Procedure.

¹Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG)

²Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG)

³Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG).

⁴Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG).

⁵Professora/orientadora no Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG).

⁶Cirurgião na UOPECCAN.

I. INTRODUÇÃO

Esse trabalho aborda o pós-operatório de pacientes que realizaram a gastrectomia e irá apresentar as principais complicações dos pacientes após a realização da gastrectomia para o tratamento do câncer gástrico em um hospital oncológico escola no oeste do estado do Paraná - UOPECCAN. A gastrectomia é um procedimento com alto nível de complexidade que tem como objetivo remover uma porção do estômago ou sua totalidade, linfonodos regionais, além de órgãos adjacentes. Dessa forma, por ser uma cirurgia de grande porte, possuem taxas consideráveis de morbidade e são passíveis de complicações, tornando algumas mais frequentes e outras mais raras, mas que podem acrescentar significativa morbidade ao paciente ou, até mesmo, serem potencialmente fatais. Perante ao exposto, faz-se necessário que haja estudos de análise e discussão dessas complicações, e dos fatores relacionados a elas, como a técnica cirúrgica, cuidados pré e pós operatórios manejo a fim de que os profissionais possam reconhecê-las precocemente para tratá-las oportunamente, reduzindo a morbimortalidade associada às gastrectomias.

2. REFERENCIAL TEÓRICO OU REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICA

224

A gastrectomia é um procedimento cirúrgico que corresponde a retirada parcial ou total do estômago, com reconstrução do trânsito gastrointestinal.⁵ Atualmente as técnicas cirúrgicas utilizadas para a referida reconstrução são Billroth tipo 2 e Y-de-Roux, sendo esta a de escolha devido a ocorrência de menor morbidade para o paciente.

A primeira ressecção gástrica por câncer foi realizada em 1881, pelo cirurgião alemão Billroth, e a primeira gastrectomia total em 1897, por Karl Schlatter. No Brasil, a gastrectomia foi realizada pela primeira vez por Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo, em 1900. A partir de então os cirurgiões colocaram-a em prática mais regularmente, ainda que com resultados desanimadores, visto que as taxas de complicações operatórias eram muito altas. Nas últimas décadas a evolução das técnicas cirúrgicas, cuidados pré e pós operatório tem reduzido as complicações cirúrgicas.¹

A gastrectomia, tanto parcial ou quanto total, é uma operação de alta complexidade, devido a sua morbimortalidade. Com isso deve ser realizada por cirurgiões com formação para tal procedimento e em hospitais de referências que ofereçam suporte para tal cirurgia. No

tratamento do câncer gástrico as complicações das gastrectomias tendem a ser mais elevadas devido às complicações sistêmicas que essa doença causa e as condições clínicas dos pacientes.^{1,5} A desnutrição é um dos principais determinantes para o desfecho negativo nessas cirurgias. Assim o preparo nutricional no pré-operatório é fundamental para a melhora dos resultados cirúrgicos. Além disso, a execução de uma técnica cirúrgica de forma adequada e os cuidados pós operatórios são de grande importância para redução das complicações após a cirurgia.

O tipo histológico do câncer gástrico mais frequente é o adenocarcinoma. A classificação de Lauren apresenta dois subtipos, difuso e intestinal. O tipo intestinal surge de lesões precursoras, metaplasia intestinal e displasia. Este subtipo acomete mais o sexo masculino, idosos e tem relação com fatores ambientais. Por sua vez, o subtipo difuso não surge de lesões precursoras, apresenta igual incidência entre os sexos, é mais comum em pacientes jovens, tendo pior prognóstico.

A etiologia pode ser dividida em fatores ambientais e genéticos. A DRGE, obesidade, tabagismo e infecção por H. Pylori são fatores de risco para a ocorrência do câncer gástrico.

A localização mais comum do câncer gástrico era na porção distal do estômago, porém, nos últimos anos vem ocorrendo um aumento da incidência na porção proximal e redução dos casos na porção distal.²

Devido sua alta morbimortalidade o câncer gástrico apresenta prognóstico ruim e baixa taxa de sobrevida quando não diagnosticado precocemente.¹ A cirurgia é o único tratamento curativo para o câncer gástrico.

Como já citado a cirurgia é de alta complexidade, podendo apresentar várias complicações pós operatórias, sendo as mais comuns as respiratórias e fístulas anastomóticas.

3. METODOLOGIA

O estudo se desenvolve a partir de um estudo observacional retrospectivo com coleta de dados por prontuários de pacientes pós-operatórios de gastrectomias no Hospital do Câncer de Cascavel – UOPECCAN, no oeste do Paraná, sendo esse um hospital escola.

Serão incluídos na pesquisa grupos de pacientes acima de 18 anos e em ambos os sexos que realizaram gastrectomias no Hospital UOPECCAN em Cascavel, do período de Janeiro de 2013 a Janeiro de 2022. Em seguida, será coletado informações como idade, comorbidades e

condições clínicas dos pacientes. Além disso, qual técnica cirúrgica utilizada foi Billroth tipo 2 ou Y-de-Roux.

No estudo foram analisados 734 prontuários e destes foram excluídos os que o estudo não pode ser realizado devido à falta de dados e casos de óbito antes da realização da cirurgia, ou se a reconstrução não foi feita por Y-de-Roux ou BII.

A partir dos dados obtidos e devidamente tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®, também foi realizada a caracterização da amostra por meio de estatística descritiva e teste de qui-quadrado para aderência, a fim de verificar as diferenças estatísticas significativas entre as categorias de cada variável.

Foram realizados testes de qui-quadrado de independência a fim de verificar se há associação entre os tipos de cirurgias, em relação às demais variáveis, seguido do pós-teste de resíduos ajustados, quando necessário, a qual permite a identificação de quais categorias das variáveis apresentaram associação estatística.

As análises estatísticas foram realizadas no software estatístico XLSTAT (ADDINSOFT, 2018) sendo que em todas as análises assumiu-se um nível de significância de 5%.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Resultado

A partir da realização da estatística descritiva dos dados, observou-se que apenas a variável “comorbidade” não apresentou diferenças estatísticas entre as frequências de suas categorias ($p > 0,05$). Para a variável “sexo” ($\chi^2 = 21,72$; $p < 0,0001$), percebe-se que a maior frequência de pacientes foram do sexo masculino (67,80%). Já para a variável “idade” ($\chi^2 = 224,72$; $p < 0,0001$), vê-se que a frequência de pacientes acima dos 60 anos (62,15%), foi estatisticamente maior do que as demais. Em relação as comobirdades as variáveis: etilismo ($\chi^2 = 65,24$; $p < 0,0001$); tabagismo ($\chi^2 = 11,47$; $p = 0,003$); DPOC ($\chi^2 = 133,99$; $p < 0,0001$); diabetes ($\chi^2 = 98,44$; $p < 0,0001$); Hipertensão ($\chi^2 = 5,08$; $p = 0,024$), e, com relação as complicações pós operatórias Pneumonia ou SARA ($\chi^2 = 394,37$; $p < 0,0001$); Fístula ($\chi^2 = 117,16$; $p < 0,0001$); Abdômen agudo hemorrágico ($\chi^2 = 167,15$; $p < 0,0001$); Abdômen agudo obstrutivo ($\chi^2 = 151,96$; $p < 0,0001$); Infecção da ferida operatória ($\chi^2 = 89,70$; $p < 0,0001$); evisceração/eventração ($\chi^2 = 120,43$;

$p < 0,0001$), percebe-se que todas apresentaram frequências estatisticamente maiores de respostas “não”, quando comparadas ao número de respostas “sim” (Tab. 1).

Ao analisar a variável gastrectomia ($\chi^2 = 9,97$; $p = 0,002$), pode-se notar que 62,15% da amostra apresentou cirurgia “parcial”, enquanto 37,85% “total”. Para o “tipo de cirurgia” ($\chi^2 = 3,86$; $p = 0,049$), a maior frequência se deu entre os que fizeram “Y Roux” (57,71%; Tab. 1).

Tabela 1. Frequências absolutas (FA) e frequências relativas (FR%) das variáveis qualitativas descritivas. P-valor teste de qui-quadrado de aderência.

Variáveis	Categorias	FA	FR%	p-valor
Sexo	Feminino	57	32,20	< 0,0001
	Masculino	120	67,80	
Idade	Acima de 60 anos	110	62,15	< 0,0001
	Até 30 anos	3	1,69	
	De 31 a 40 anos	6	3,39	
	De 41 a 50 anos	17	9,60	
	De 51 a 60 anos	41	23,16	
Etilismo	Ex-etilista	22	14,01	< 0,0001
	Não	99	63,06	
	Sim	36	22,93	
Tabagismo	Ex-tabagista	52	31,71	0,003
	Não	74	45,12	
	Sim	38	23,17	
DPOC	Não	166	93,79	< 0,0001
	Sim	11	6,21	
Diabetes	Não	155	87,57	< 0,0001
	Sim	22	12,43	
Hipertensão	Não	104	58,76	0,024
	Sim	73	41,24	
Comorbidade	Não	78	44,07	0,133
	Sim	99	55,93	
Gastrectomia	Parcial	110	62,15	0,002
	Total	67	37,85	
Tipo de reconstrução	BII	74	42,29	0,049
	Y Roux	101	57,71	
Pneumonia (PNM) ou Síndrome do desconforto respiratório agudo (SARA)	Não	161	90,45	< 0,0001
	PNM	8	4,49	
	PNM e SARA	3	1,69	
	SARA	6	3,37	
Fístula	Não	162	91,01	< 0,0001
	Sim	16	8,99	
Abdômen agudo hemorrágico	Não	175	98,87	< 0,0001
	Sim	2	1,13	
Abdômen agudo obstrutivo	Não	171	96,61	< 0,0001
	Sim	6	3,39	
Infecção de ferida operatória	Não	153	85,96	

	Sim	25	14,04	< 0,0001
Evisceração/Eventração	Não	163	91,57	
	Sim	15	8,43	< 0,0001

Ao analisar as diferentes variáveis ao “tipo de cirurgia”, vê-se que apenas “comorbidades” ($\chi^2= 4,62$; $p= 0,032$) e “cirurgia – parcial/total” ($\chi^2= 74,03$; $p< 0,0001$) apresentaram associação estatística com o tipo de cirurgia ($p>0,05$). Sendo que para “comorbidades” quanto maior a frequência de indivíduos que não apresentam comorbidades, maior o número de cirurgias Y Roux e quanto maior o número de indivíduos com comorbidades, maior a frequência de cirurgias BII. Com relação a cirurgia – parcial/total, quanto maior a frequência de parcial, maior a frequência de cirurgias BII, e quanto maior a frequência de total, maior a frequência de Y Roux (Tab.2).

Por meio da estatística podemos entender que sobre os dados analisados as complicações que tiveram mais repetição e relevância no pós operatório foi infecção da ferida operatória sendo que de 178 casos analisados se repetiu 25 vezes, (14,04%), seguido de complicações respiratórias de maneira geral se repetido 17 vezes (9,55%), dentro dessas a Pneumonia (4,49%) e a síndrome do desconforto respiratório agudo (SARA) 3,37%. Já a complicação com fístulas se repetiu 16 vezes (8,99%) e por último e evisceração se repetiu por 15 vezes (8,43%).

228

Em comparação com a literatura observamos semelhança de incidência apenas em relação a ocorrência de fístulas. Na literatura entre 7 a 9%, no estudo 8,99%. Por outro lado, a incidência de complicações respiratórias está abaixo da literatura que mostra uma ocorrência entre 12 a 20%. Em relação a infecção de ferida operatória observa-se uma incidência bem superior à literatura que é de 3%.

Contudo, apesar das complicações descritas e de que a gastrectomia ainda é considerada uma cirurgia de grande porte e de alta complexidade, observou-se que as complicações reduziram nos últimos anos, diminuído significativamente as complicações e morbimortalidade, devido aos avanços no aprimoramento dos procedimentos cirúrgicos, nos cuidados pré e pós operatórios e nas intervenções oportunas e eficazes sobre as complicações. ¹

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gastrectomia por ser um procedimento que exige maior conhecimento e atenção, não é uma cirurgia isenta de complicações, tais como infecções respiratórias, fístulas ou infecção de

ferida operatória. A morbidade e a mortalidade não são desprezíveis, exigindo experiência da equipe cirúrgica e uma técnica operatória aprimorada.

No tratamento de doença maligna, as complicações do procedimento se tornam ainda mais notáveis, às custas de complicações sistêmicas que o câncer causa. Dos quais a desnutrição é um dos principais determinantes para o desfecho desfavorável nessas cirurgias.

Sendo assim, pode-se concluir que a gastrectomia é um procedimento cirúrgico que requer experiência do cirurgião, de sua equipe, com execução de uma técnica cirúrgica adequada para diminuir as possíveis complicações como fístulas que está mais ligada à técnica cirúrgica.

Os cuidados pré e pós operatórios tem uma grande significância, dos quais no pré-operatório o preparo nutricional e a compensação das comorbidades são fundamentais para a melhora dos resultados cirúrgicos e um pós operatório mais brando.

Já no pós operatório o cuidado da parte respiratória, da ferida operatória, controle das comorbidades e os cuidados nutricionais são fundamentais para o desfecho favorável da cirurgia. Além disso, a explicação ao paciente sobre a importância dos cuidados pré e pós cirúrgicos são de grande valor na redução das complicações cirúrgicas, ajudando a diminuir a morbimortalidade da gastrectomia no tratamento do câncer gástrico.

REFERÊNCIAS

- 1- ANDREOLLO Nelson Adami, Lopes Luiz Roberto, Neto João de Souza Coelho. Complicações pós-operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico: análise de 300 doentes. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva [Internet]. 02/06/2011 [cited 2022 Nov 8]; DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-67202011000200007>. Available from: [https://www.scielo.br/j/abcd/a/hSPrhNPFNqzMFTwPbJnySpF/?lang=pt#:~:text=As%20complica%](https://www.scielo.br/j/abcd/a/hSPrhNPFNqzMFTwPbJnySpF/?lang=pt#:~:text=As%20complica%20)
- 2- BIBLIOTECA Virtual em Saúde MS [Internet]. Ministério da Saúde; [citado 13 nov 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prto505_06_05_2013.html
- 3 - LOPES LR, Cesconetto DM, Coelho-Neto JD, Andreollo NA. Técnica de Rosanov modificada na reconstrução do trato digestivo após gastrectomia total. ABCD Arq Bras Cir Dig (Sao Paulo) [Internet]. Jun 2011 [citado 13 nov 2023];24(2):176-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-67202011000200017>
- 4- MIRANDA TS, Parreira HM, De Freitas AL, Franco EM, Netto FP, Keller GA, Rodrigues KM, Teixeira LC, Albuquerque PP, Gonçalves VM. Gastrectomia com linfadenectomia a nível de D1 ou D2: uma revisão da literatura. Rev Eletronica Acervo Cient [Internet]. 18 jan 2021 [citado 13 nov 2023];18:e4752. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e4752.2021>

- 5- PEREIRA, Fernanda Cândido. Et al. Análise das complicações pós-operatórias de gastrectomias e fatores associados. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 05, Ed. 10, Vol. 17, pp. 37-68. Outubro de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/analise-das-complicacoes>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/analise-das-complicacoes
- 6- POZIOMYCK Aline Kirjner, Cavazzola Leandro Totti, Coelho Luisa Jussara, et al. Métodos de avaliação nutricional preditores de mortalidade pós-operatória em pacientes submetidos à gastrectomia por câncer gástrico. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias* [Internet]. 05/10/2017 [cited 2022 Nov 8]; DOI <https://doi.org/10.1590/0100-69912017005010>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/hpMLgp6CqLyRBCQRDWPF36f/abstract/?lang=pt>
- 7- TODESCATTO, Alexandra Damasio, Gregolin Bruna Pinto, Rodrigues Eduardo, et al. Câncer Gástrico Gastric Cancer. *Acta méd. (Porto Alegre)* [Internet]. 2017 Jul 08 [cited 2022 Nov 8]:1-7. DOI ID: biblio-883263. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883263/ca-gastrico-finalb_rev.pdf