CAPÍTULO 2

Gastrostomias

https://doi.org/10.22533/at.ed.632132504112

Karina Ayana Matioli Inoue
PUC PR

Gabriel Paiva
PUC PR

DEFINIÇÃO

A gastrostomia consiste em um procedimento no qual é obtido acesso a luz do estômago, através da parede abdominal, com inserção de uma sonda. Pode-se realizar o acesso cirúrgico via laparotomia ou percutâneo endoscópico.

INDICAÇÕES CLÍNICAS

Indicações das gastrostomias:

As gastrostomias são indicadas em uma ampla gama de condições clínicas nas quais há interferência na ingestão oral do paciente ou quando há necessidade de descompressão gástrica. Entre elas pode-se citar:

✓ Disfagia incapacitante, por sequelas neurológicas (pós AVE, doenças neurodegenerativas, trauma encefálico, etc);

✓ Estimativa de uso de sonda nasoenteral superior a 30 dias para via alimentar;

✓ Lesões malignas irressecáveis de faringe e esôfago, com obstrução total ou parcial da sua luz

✓ Idosos frágeis e pacientes palitiativos, com redução da ingesta alimentar oral e risco nutricional;

✓ Via para administração de medicações;

✓ Descompressão gástrica em pacientes com quadro de íleo prolongado e estase gástrica.

CONTRAINDICAÇÕES AO PROCEDIMENTO

✓ Contraindicações à realização do procedimento incluem:

✓ Presença de ascite volumosa;

✓ Hepatomegalia;

✓ Obesidade;

✓ Ressecção gástrica prévia ou presença de aderências, que impossibilitem a tração do estômago até a parede abdominal;

✓ Presença de processo inflamatório de parede gástrica e carcinoma entram como contraindicações relativas.

ANATOMIA

A divisão anatômica do estômago se dá em 4 porções: fundo, corpo, antro pilórico e piloro. A cárdia corresponde ao ponto de transição do esôfago para o estômago e o piloro marca a transição do estômago para a primeira porção do duodeno. A maior parte do órgão é ocupado pela porção do corpo gástrico.

O estômago possui duas curvaturas, a curvatura maior que forma a margem convexa do órgão e a curvatura menor que tem a forma côncava. A parede do estômago é formada por uma camada serosa (mais externa e revestida por peritônio), muscular, submucosa e mucosa.

Em relação a inervação e vascularização gástrica, esta se dá por ramificações diretas e indiretas do tronco celíaco, sendo elas: artérias gástrica esquerda e direita, artéria gastromental esquerda e direita e artérias gástricas curtas. A inervação ocorre pelo nervo vago.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Apesar de existirem técnicas também muito utilizadas de gastrostomia, como a endoscópica, este capítulo terá enfoque nas duas principais técnicas cirúrgicas abertas, técnica de Stamm e Janeway.

Passos da cirurgia:

Técnica de Stamm-Senn modificada (gastrostomia temporária)

1. **Posição do paciente na mesa**: em decúbito dorsal horizontal
2. **Posição do Cirurgião e assistente**: Cirurgião coloca-se a direita do doente e o assistente em frente ao cirurgião.
3. **Anestesia:** anestesia geral
4. **Preparo operatório:** limpeza do sítio abdominal com clorexidina alcóolica e colocação de campos cirúrgicos estéreis.
5. **Incisão:** via laparotomia mediana supraumbilical com extensão de 6 A 8 cm.
6. Dissecção por planos até acesso a cavidade abdominal. Inspeção da cavidade.
7. Realiza-se o pinçamento e mobilização delicada do estômago com pinças babcock até a parede abdominal;
8. Confecção de sutura em bolsa com fio de inabsorvível 2-0, na face anterior do corpo gástrico. Não fechar o nó e deixar fio reparado com pinça de reparo (mosquito ou Crile) .
9. Com eletrocautério realizar incisão e abertura de orifício central onde foi confeccionado a sutura em bolsa.
10. Inserção de sonda com calibre 18 a 22 french pelo orifício;
11. Fechamento do nó da bolsa e confecção de segunda sutura em bolsa a 0,5 a 1cm da primeira invaginando a sonda com auxílio de pinça anatômica (auxiliar);
12. Contra incisão em parede abdominal para exteriorização do cateter ostomal
13. Sutura seromuscular da parede gástrica no peritônio parietal em 4 pontos cardinais com fio inabsorvivel 2-0; Fixação externa da sonda de gastrostomia com fio de nylon 3-0 ;
14. **Fechamento**: fechamento da aponeurose com pontos contínuos e da pele com pontos simples.

TÉCNICA DE JANEWAY- GASTROSTOMIA DEFINITIVA.

Esta técnica previne a regurgitação de suco gástrico, através de revestimento do tubo por mucosa ancorada.

1. **Posição do paciente na mesa**: em decúbito dorsal horizontal
2. **Posição do Cirurgião e assistente**: Cirurgião coloca-se a direita do doente e o assistente em frente ao cirurgião.
3. **Anestesia:** anestesia geral
4. **Preparo operatório:** limpeza do sítio abdominal com clorexidina alcóolica e colocação de campos cirúrgicos estéreis.
5. **Incisão:** via laparotomia mediana supraumbilical com extensão de 5 cm.
6. Dissecção por planos até acesso a cavidade abdominal. Inspeção da cavidade.
7. A parede gástrica é pinçada e dividida com duas pinças alis .
8. Realizada incisão de cada lado em direção as pinças na curvatura maior, com confecção de retalho de parede gástrica.
9. Inserção de sonda com calibre 18 a 22 french pelo orifício;
10. Fechamento do retalho em torno do tubo, com sutura continua e fio inabsorvível.
11. Fechamento da parede gástrica com fio absorvível em pontos separados
12. Orientação da bolsa de parede gástrica na pele e exposição da mucosa, pode-se retirar o cateter
13. **Fechamento**: fechamento da aponeurose com pontos contínuos e da pele com pontos simples.

CUIDADOS PÓS CIRÚRGICOS

Líquidos de alto valor calórico e ricos em vitaminas são adicionados gradualmente, começando com pequenos volumes que são diluídos de forma a minimizar alterações osmóticas ou diarréia. Nas gastrostomias temporárias, não recomenda-se a remoção da sonda por um período de 14 a 21 dias após o procedimento, pelo risco de permeabilidade de trajeto peritonial.

COMPLICAÇÕES:

As complicações das gastrostomias podem ser observadas em qualquer tempo, sendo que as mais comuns envolvem:

✓ **Infecção de ferida:** Os sinais de infecção da ferida incluem aumento do eritema, sensibilidade e exsudato purulento. A maioria das infecções são leves e causas por germes gram positivos.

✓ **Fasceíte necrosante:** Complicação rara, mas com alta taxa de morbimortalidade, caracterizada pela necrose das fáscias da musculatura abdominal.

✓ **Hemorragia:** A grande maioria dos sangramentos são de pequena monta e facilmente controlados. Porém recomenda-se realização de endospia em casos de sangramentos persistentes com repercussões hemodinâmicas. Recomenda-se que o procedimento seja realizado em pacientes com parâmetros de coagulação normais e com uso de anti-agregantes e anticoagulantes momentaneamente suspensos.

✓ **Vazamento periestomal:** Mais provável de ocorrer em pacientes desnutridos e naqueles com diabetes mellitus, que podem ter má cicatrização dos tecidos e são propensos à ruptura da ferida.

✓ **Ulceração:** Os pacientes podem desenvolver úlceras relacionadas ao tubo de gastrostomia, seja embaixo do suporte interno ou na parede gástrica. Embora isto seja tipicamente observado em pacientes com sondas de gastrostomia de longa data, pode ser observado em pacientes com sondas de gastrostomia recentemente colocadas,

✓ **Obstrução da saída gástrica:** Os tubos de gastrostomia podem migrar para o duodeno e causar obstrução da saída gástrica.

✓ **Remoção inadvertida da sonda.**

REFERENCIAS

DELEGGE, M. H.; MD, FACG, AGAF. (2022) Gastrostomy tubes: Complications and their management. In J. R. Saltzman (Ed.), *UpToDate.* Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/gastrostomy-tubes-complications-and-their-management?search=gastrostomy&topicRef=2568&source=see_link. Acesso em: 29 jan. 2024

FARIAS, J. S.; BEHRENSDORF, L. O.; MENEZES, L. O.; SILVA, R. A.. Técnicas de Gastrostomia: Comparação quanto a custos e regiões em que são realizadas. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, p. 255-258, jan - mar 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1425003/44_2433_revista-amrigs.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. **Anatomia Orientada para a Clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ZOLLINGER, R. M. **Atlas de Cirurgia**. 9. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2012.