



Revista da  
**ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA**

[www.ramb.org.br](http://www.ramb.org.br)



## Imagem em Medicina

# Megaesôfago pós-colocação de banda gástrica para tratamento de obesidade mórbida

## Megaesophagus after gastric band placement for the treatment of morbid obesity

Elias Jirjoss Ilias\*, Paulo Kassab, Carlos Alberto Malheiros, Wilson Freitas Jr e Fabio Thuler

Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

### Introdução

A banda gástrica é considerada um tratamento menos eficiente que a derivação gástrica em Y de Roux, mas ainda é utilizada pela facilidade de realização e pelo baixo índice de mortalidade peroperatória. A longo prazo, as complicações têm sido muito altas, tornando a cirurgia quase proibitiva.<sup>1</sup>

Apresentamos um caso de megaesôfago grau IV pós-cirurgia de banda gástrica para tratamento de obesidade mórbida.

### Apresentação do caso

Paciente masculino, 53 anos, submetido a colocação de banda gástrica para tratamento de obesidade mórbida há nove anos. Há um ano começou a apresentar disfagia, refluxo, engasgo, tosse e chiado no peito.

Foi realizada endoscopia digestiva alta que mostrou esofagite erosiva, dilatação esofágica e constrição em corpo gástrico com dificuldade da passagem do aparelho. A constrição encontrava-se a 3 cm da transição esofagogástrica.

Realizou-se raio X contrastado de esôfago, estômago e duodeno, que mostrou esôfago dilatado (grau IV) e dilatação de

porção proximal do estômago até onde encontra-se a banda gástrica já desinsuflada a 3 cm da transição esofagogástrica (figs. 1 e 2).

### Discussão

A dilatação do estômago e do esôfago são descrições ocasionais raras de complicações pós-colocação de banda gástrica. Há raros casos descritos de broncoaspiração em pós-operatório tardio de cirurgia de banda gástrica. A broncoaspiração é uma grave complicação, que deve ser prevenida pela desinsuflação imediata da banda gástrica.<sup>2</sup>

Um estudo com 167 pacientes tratados com banda gástrica mostrou distúrbios da motilidade esofágica em 68% dos pacientes, e dilatação esofágica em 25,5% deles. Em seis pacientes houve desenvolvimento de megaesôfago grau IV com necessidade de retirada da banda.<sup>3</sup>

A banda gástrica pode levar a distúrbios da motilidade esofágica e relaxamento do esfíncter inferior do esôfago, possibilitando a dilatação desse órgão. A manometria prévia à cirurgia não é capaz de prever esses acontecimentos, e na maioria dos casos de dilatação o único tratamento é a retirada da banda.<sup>4</sup>

Alguns pacientes não orientados adequadamente quanto à alimentação acabam utilizando a dilatação esofágica como

\* Autor para correspondência.

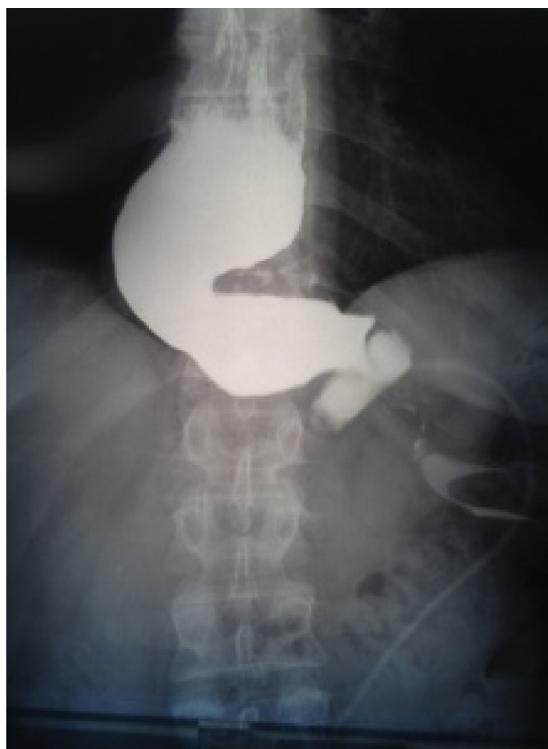
E-mail: [eliasilias@hotmail.com](mailto:eliasilias@hotmail.com) (E.J. Ilias)

0104-4230/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.10.002>



**Figura 1 – Dolico megaesôfago e dilatação do estômago proximal à banda com estase esofagogástrica do contraste.**



**Figura 2 – Visão panorâmica mostrando a banda impedindo a adequada passagem de contraste ao estômago distal.**

reservatório alimentar, com conseqüente refluxo e insuficiente perda de peso.<sup>5</sup>

### Conclusão

O que temos visto na prática médica diária é que a banda gástrica traz resultados pobres na perda de peso e altos índices de complicações. Esses resultados têm inibido sua indicação em todo o mundo, com taxas de insucesso chegando a 60% em alguns estudos. Diversas complicações têm sido relatadas, sendo as mais comuns a perda de peso insuficiente, as úlceras isquêmicas no estômago na região da banda, a dilatação do estômago proximal à banda e a disfagia. Agora vemos que a longo prazo pode aparecer o megaesôfago com disfagia importante, que leva à necessidade de retirada da banda e à conversão para outro tipo de cirurgia mais eficiente e com menores complicações para o tratamento da obesidade mórbida.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### REFERÊNCIAS

1. Nieuwenhove YV, Ceelen W, Stockman A, Vanommeslaeghe H, Snoeck E, Renterghem K, et al. Long-term results of a prospective study on laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg.* 2011;21(4):582-7.
2. Hofer M, Stöllberger C, Finsterer J, Kriwanek S. Recurrent aspiration pneumonia after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2007;17(4):565-7.
3. Naef M, Mouton WG, Naef U, van der Weg B, Maddern GJ, Wagner HE. Esophageal dysmotility disorders after laparoscopic gastric banding – an underestimated complication. *Ann Surg.* 2011;253(2):285-90.
4. Arias IE, Radulescu M, Stiegeler R, Singh JP, Martinez P, Ramirez A, et al. Diagnosis and treatment of megaesophagus after adjustable gastric banding for morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5(2):156-9.
5. Wiesner W, Hauser M, Schöb O, Weber M, Hauser RS. Pseudo-achalasia following laparoscopically placed adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2001;11(4):513-8.