

O uso precoce de octreotíde no tratamento de fístula quilosa pós-gastrectomia total oncológica: relato de caso

Early Use of Octreotide in the Treatment of Chylous Fistula Following Total Oncologic Gastrectomy: A Case Report

Anna Giulia Meira Garcia Cabral¹; Victor Sousa Martins de Alcantara Meireles¹; Társio Thiago Lopes Alves Filho²; Marcus Vinicius Vieira Torquato²; Renan Castro Bandeira²; Antônio de Pádua freire Magalhaes Júnior³

1 - Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

3 - Preceptor de Cirurgia Geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

RESUMO

A fístula quilosa é uma rara complicação pós-operatória de gastrectomia total com linfadenectomia D1/D2. Relata-se uma mulher de 50 anos submetida à gastrectomia total oncológica com linfadenectomia D2 e reconstrução em Y de Roux. No sétimo dia pós-operatório, observou-se no dreno de Blake secreção leitosa sugestiva de quilo, confirmada laboratorialmente. Instituiu-se terapia precoce com octreotida por três dias, com rápida redução do débito e conversão para drenagem serosa. A paciente recebeu alta no 11º dia, sem necessidade de reintervenção. Trata-se de complicação incomum e associada à dissecação linfática extensa no câncer gástrico, inexistindo protocolos terapêuticos padronizados e persistindo desafio no manejo. O tratamento conservador inclui jejum e nutrição parenteral total, com ou sem farmacoterapia. A octreotida, análogo da somatostatina, associa-se à redução do débito quiloso e do tempo de internação. O reconhecimento precoce e o manejo multidisciplinar são fundamentais, sendo a terapia farmacológica precoce potencial adjuvante no controle das complicações.

Palavras-chave: Octreotíde; fístula quilosa; gastrectomia total; relato de caso.

ABSTRACT

A chyle fistula is a rare postoperative complication of total gastrectomy with D1/D2 lymphadenectomy. We report the case of a 50-year-old woman who underwent oncological total gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Rouxen-Y reconstruction. On the seventh postoperative day, a milky discharge suggestive of chyle was observed in the Blake drain, which was confirmed by laboratory tests. Early therapy with octreotide was initiated for three days, resulting in a rapid reduction in output and conversion to serous drainage. The patient was discharged on the 11th day without the need for reoperation. This is an uncommon complication associated with extensive lymph node dissection in gastric cancer; there are no standardized treatment protocols, and management remains challenging. Conservative treatment includes fasting and total parenteral nutrition, with or without pharmacotherapy. Octreotide, a somatostatin analog, is associated with reduced chyle output and shorter hospital stay. Early recognition and multidisciplinary management are essential, and early pharmacological therapy is a potential adjunct in controlling complications.

Keywords: Octreotide; chylous fistula; total gastrectomy; case report.

INTRODUÇÃO

A Fístula Quilosa (FQ) é definida como o extravasamento de líquido linfático, com predomínio de triglicerídeos, para fora da cavidade abdominal por meio de um dreno[1]. Dentre as principais causas, a manipulação cirúrgica do sistema linfático merece destaque[2]. Tal condição é uma rara complicação em pacientes submetidos a Gastrectomia Total (GT) com linfadenectomia em D1 ou D2, com taxas de incidência entre 0,3% a 0,7%[3].

O aparecimento da FQ geralmente se dá em aproximadamente 7 dias de pós-operatório, com resolução espontânea na maioria dos pacientes[4]. O manejo da FQ pode ser realizado de forma conservativa pela adoção de jejum associado à Nutrição Parenteral Total (NPT) ou com uma dieta à base de Triglicerídeos de Cadeia Média (TCM), com ou sem a utilização de terapias farmacológicas[3]. O Octreotíde, um análogo da somatostatina, pode reduzir o volume e a duração da drenagem da FQ quando associado à NPT, diminuindo o tempo de permanência hospitalar[5,6].

Inexistem padrões unificados atuais para o tratamento e manejo de pacientes com tal complicação após gastrectomia[4]. Neste relato de caso, descrito de acordo com os Critérios SCARE[7], apresentamos a história de uma paciente submetida ao uso precoce de octreotíde no tratamento de fístula quilosa pós-gastrectomia total por câncer gástrico.

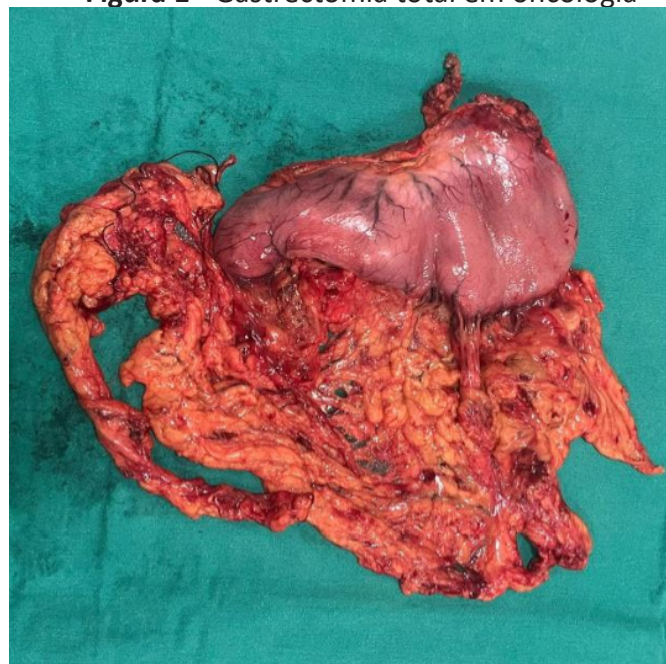
DESCRIÇÃO DO CASO

Uma mulher de 50 anos, com peso de 50kg e altura de 1,45m (Índice de Massa Corporal: 23,78 Kg/m²), relatou que, há 3 meses, iniciou-se um quadro de dor epigástrica pós-prandial que irradiava para a região do dorso, associada à perda ponderal de 3kg não intencional no período. Durante o período de investigação do quadro, a paciente realizou uma endoscopia digestiva alta, que constatou uma lesão ulceroinfiltrativa em corpo gástrico distal. A biópsia gástrica confirmou um adenocarcinoma gástrico de células pouco coesas (tipo difuso de Lauren) em anel de sinete na região do antro gástrico.

No seguimento do caso, a paciente precisou ser submetida à gastrectomia total em oncologia (Fi-

gura 1), com tumor de antro distal se estendendo ao longo da pequena curvatura, com linfadenectomia em D2, realizando reconstrução em Y de Roux com aposição de sonda nasoenteral (SNE) após enteroanastomose. Nos primeiros dias de pós-operatório, a paciente evoluiu hemodinamicamente estável, consciente e orientada, com abdome flácido e doloroso à palpação profunda e superficial, mas sem sinais de peritonite, realizando o uso de antibióticos, analgésicos e antieméticos. Inicialmente, o dreno se apresentou com aspecto serossanguinolento nos dois primeiros dias de pós-operatório, sendo iniciada a dieta enteral via sonda nasoenteral (SNE) pós anastomótica no 2º dia de PO. No terceiro dia de pós-operatório, o dreno de Blake apresentou alteração de aspecto e apresentou-se com um conteúdo de coloração esbranquiçada e de aspecto serohemático espesso, no qual foi solicitado estudo do líquido drenado, demonstrado na figura 2, e constatou-se a presença de amilase (41 UI/L), lipase (71 UI/L) e triglicerídeos (711 mg/dl).

Figura 1 - Gastrectomia total em oncologia



Fonte: Autoria Própria

Figura 2 - Fluido de coloração esbranquiçada com um aspecto serohemático espesso, 2º dia de PO



Fonte: Autoria própria

No sétimo dia de pós-operatório, constatou-se um fluido de aspecto leitoso espesso, sugestivo de conteúdo quiloso, no dreno de Blake (Figura 3), em que foi prescrito Octreotíde 0,1mg/ml de 8/8h, de forma precoce, e mantido por um período de três dias, quando o líquido voltou ao aspecto seroso. No décimo primeiro dia de pós-operatório a paciente recebeu alta hospitalar com necessidade de retorno ambulatorial após uma semana. A quantidade de volume drenada no dreno de Blake e seu aspecto por dia de pós-operatório está registrada na tabela 1.

Figura 3 - Fluido de coloração esbranquiçada, com um aspecto leitoso espesso, sugestivo de conteúdo quiloso.



Fonte: Autoria própria

Tabela 1 - Quantidade de volume drenado no dreno de Blake e seu aspecto por dia de pós-operatório. Autoria Própria.		
Dia do pós-operatório	Volume drenado no dreno de Blake	Aspecto
1º dia	44 mL/12 h	Serossanguinolento
2º dia	125 mL/24 h	Serossanguinolento
3º dia	245 mL/24 h	Seroso
4º dia	485 mL/24 h	Serohemático
5º dia	470 mL/24 h	Serohemático
6º dia	755 mL/24 h	Serohemático
7º dia	1.040 mL/24 h	Quiloso
8º dia	500 mL/24 h	Quiloso
9º dia	352 mL/24 h	Seroso
10º dia	325 mL/24 h	Seroso
11º dia	110 mL/24 h	Seroso
12º dia	193 mL/24 h	Seroso

Figura 4 - Décimo Dia de Pós-Operatório



Fonte: Autoria Própria

DISCUSSÃO

O câncer gástrico é uma neoplasia maligna comum de reservado prognóstico, sendo um problema de saúde global que permanece entre as principais causas de mortalidade por neoplasia em todo o mundo[8,9]. O tratamento cirúrgico, por meio da gastrectomia oncológica, é considerado a abordagem de escolha para essa malignidade, principalmente nos casos localmente avançados ou com comprometimento extenso, em que muitas vezes faz-se necessária a ressecção total do estômago com reconstrução em Y de Roux[9,10].

Dentre as possíveis complicações, a fístula quilosa é um evento clínico raro de crescente importância, resultante de lesões de vasos linfáticos ou linfonodos durante a dissecação cirúrgica. Esta intercorrência é comumente caracterizada pelo extravasamento pós-operatório de quilo rico em triglicerídeos, com uma coloração esbranquiçada e aspecto leitoso, para a cavidade abdominal ou para o exterior, por meio de um dreno, sendo capaz de prolongar o tempo de internação hospitalar[3].

Inicialmente, o manejo da fístula quilosa é realizado de forma conservadora, incluindo drenagem adequada, dieta com triglicerídeos de cadeia média, nutrição parenteral total e o uso de fármacos adjuvantes, especialmente os análogos de so-

matostatina, como a octreotida[5], que tem emergido como estratégia terapêutica eficaz, com um potencial de reduzir o débito quiloso e o tempo de internação hospitalar[11].

O octreotida é um análogo sintético da somatostatina de longa duração que atua por múltiplos mecanismos, como a redução da produção do fluxo sanguíneo no leito vascular esplâncnico, diminuição das secreções gástricas, pancreáticas e intestinais, prejudicando a absorção no trato gastrointestinal e, coletivamente, reduzindo o fluxo de quilo[12-14].

No presente caso analisado, a introdução do octreotida de forma precoce foi associada a uma rápida redução do fluxo quiloso com a resolução da fístula e à evolução do quadro clínico de forma conservadora, dispensando a realização de reabordagem cirúrgica. Ademais, o seu uso possibilitou a continuidade da dieta via enteral sem a necessidade de nutrição parenteral total, sendo esse fato determinante para evitar complicações metabólicas prolongadas mediante uma nutrição adequada da paciente. Evidências científicas recentes sugerem que a instituição do tratamento farmacológico com octreotida nas fases iniciais pode diminuir a duração da fístula quilosa, quando comparada à conduta exclusivamente dietética[15].

A ausência na redução significativa do débito quiloso indica possível falha terapêutica e necessidade de avaliação para a reabordagem cirúrgica, esta que permanece reservada apenas para os casos refratários ao tratamento conservador, especialmente quando há um fluxo elevado persistente do conteúdo. Técnicas como ligadura do vaso linfático identificado ou embolização linfática vêm sendo descritas como alternativas eficazes nos cenários selecionados[16].

A condução com reconhecimento oportuno da complicação e introdução precoce do tratamento conservador sustenta o octreotida como uma estratégia terapêutica adjuvante da fístula quilosa, particularmente em cirurgias oncológicas com dissecação linfonodal ampliada, em que o risco de lesão linfática é mais elevado[3].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTRO, B. et al. CHYLOPERITONEUM AFTER GASTRECTOMY: IS IT A MANAGEABLE NIGHTMARE? *Revista Portuguesa de Cirurgia*, v. 56, n. 1646-6918, p. 1012, dez. 25DC.
2. Yokokawa H, Katsube T, Miyazawa M, Nishiguchi R, Asaka S, Yamaguchi K, et al. First successful case of percutaneous transabdominal thoracic duct embolization (PTTDE) for chylous ascites resulting from laparoscopic gastric cancer surgery. *International Cancer Conference Journal*. 2021 Jan 23;10(2):149–53.
3. Weniger M, D'Haese JG, Angele MK, Kleespies A, Werner J, Hartwig W. Treatment options for chylous ascites after major abdominal surgery: a systematic review. *The American Journal of Surgery* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2022 Feb 20];211(1):206–13. Available from: 9610(15)00327-X/pdf <https://www.american-journalofsurgery.com/article/S0002>
4. Kakinuma D, Kanazawa Y, Matsuno K, Masuda Y, Ando F, Hagiwara N, et al. Ligation and Fibrin Glue Spraying for Intractable Chylous Ascites after Radical Gastrectomy for Gastric Cancer: Case Report and Literature Review. *Journal of Nippon Medical School*. 2021 Jun 25;88(3):242–7.
5. Lin S, Tong H, Qin Y, Ni Z, Zhang W. Prevention and treatment of lymphorrhoea following surgery for gastric cancer. *ANZ Journal of Surgery*. 2010 Jul;80(7-8):515–8.
6. Song W. Effect of somatostatin in advanced gastric cancer after D2 radical gastrectomy. *World Journal of Gastroenterology*. 2014 Jan 1;20(40):14927–7.
7. Sohrabi C, Mathew G, Maria N, Kerwan A, Franchi T, Agha RA. The Scare 2023 guideline: Updating consensus surgical case report (SCARE) guidelines. *International Journal of Surgery*. 2023 Apr 5; Publish Ahead of Print.
8. Thrift AP, El-Serag HB. Burden of Gastric Cancer. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2020 Mar;18(3):534–42.
9. Tan Z. Recent Advances in the Surgical Treatment of Advanced Gastric Cancer: A Review. *Medical Science Monitor*. 2019 May 13;25:3537–41.
10. Sweigert PJ, Eguia E, Nelson MH, Nassoij SP, Knab LM, Abood G, et al. Total gastrectomy in patients with gastric adenocarcinoma: Is there an advantage to the minimally invasive approach? *Surgery*. 2019 Oct;166(4):623–31.
11. Lau ACW, Hsu PYH, Ng D, Luecke K, Nayar S. Management of Malignant Chylothorax with Subcutaneous Octreotide Treatment. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2021 Jan 2;35(1):48–51.
12. Chandran S, Agarwal A, Genevieve Villablanca Llanora, Mei Chien Chua. Necrotising enterocolitis in a newborn infant treated with octreotide for chylous effusion: is octreotide safe? *BMJ case reports*. 2020 Feb 1;13(2):e232062–2.
13. Dunn B, Foxe M, Sprott KH, Hook JE, Jump C. The use of octreotide in pediatric patients: Practical applications for gastrointestinal disorders and beyond: A narrative review. *Nutrition in Clinical Practice*. 2025 Jul 9;40(5):1040–52.
14. Martini S, Aceti A, Lima M, Maffi M, Faldella G, Corvaglia L. Octreotide in a Critically Ill Extremely Preterm Infant With Perforated Necrotizing Enterocolitis. *Pediatrics*. 2016 Jul 12;138(2):e20160467.
15. Molena E, King E, Davies-Husband C. Octreotide versus oral dietary modification for the treatment of chylous fistula following neck dissection: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Otolaryngology*. 2021 Jan 22;46(3):474–84.
16. Soliman S, Khoury J, Kocharyan H, Yeisley C, Salloum E, Al-Roubaie M. Selective Lymphatic Duct Embolization in Patients With Chylothorax and Thoracic Duct SideBranch Injury. *Cureus*. 2025 May 24;

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer interesses financeiros ou relações pessoais que possam ter influenciado o trabalho apresentado neste artigo.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente estudo não recebeu qualquer tipo de financiamento ou apoio financeiro para sua realização.