

**CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ÚLCERA PÉPTICA  
GASTRO-DUODENAL — ANÁLISE DE 65 CASOS. \***  
**Comments about the gastroduodenal peptic ulcer surgical treatment.  
Analysis of 65 cases.**

Alexandre Cruz Henriques \*\*

José Antonio Bento \*\*

Sérgio Pezzolo \*\*

Manlio Basílio Speranzini \*\*\*

Jaques Waisberg \*\*\*\*

**RESUMO:** Os autores relatam sua experiência no tratamento cirúrgico de 65 casos de pacientes portadores de úlcera péptica gastro-duodenal, destacando a necessidade do cirurgião em adaptar a técnica operatória às reais necessidades de cada caso em particular, o que contribuirá para uma redução da taxa de recorrência da úlcera péptica e minimizará as seqüelas do tratamento cirúrgico.

**UNITERMOS:** Úlcera Péptica, Acidez Gástrica, Gastrectomia, Vagotomia, Píloroplastia.

**SUMMARY:** The authors report their experience with surgical treatment in 65 cases of gastroduodenal peptic ulcer pointing out the necessity to adapt the surgical technic to the real needs of each particular case which will contribute to reduce the recurrence rate and also the surgical treatment sequelas.

**KEY WORDS:** Peptic Ulcer, Gastric Acidity, Gastrectomy, Vagotomy, Pyloroplasty.

Embora a incidência de úlcera péptica tenha sido reduzida na última década e um tratamento eficaz seja possível na maioria dos casos, a doença péptica gastro-duodenal continua sendo um problema importante<sup>(10)</sup>. Com o advento de novos medicamentos para o tratamento conservador da doença péptica, como a cimetidina, a ranitidina e mais recentemente as prostaglandinas, menos pacientes alcançam a indicação cirúrgica que, em geral, é reservada para as complicações da doença.

O objetivo da cirurgia para a doença péptica gastro-duodenal é a cura da úlcera com o mínimo de efeitos colaterais. Isto pode ser conseguido realizando-se uma cirurgia que reduza a acidez gástrica e conserve o trato gastro-intestinal o mais próximo da normalidade, e é nesta direção que a cirurgia gástrica tem-se desenvolvido. A gastrectomia sub-total tipo Billroth II tem sido a principal cirurgia utilizada para o seu tratamento desde o início dos anos 60. Porém, com o melhor conhecimento da fisiopatologia da doença péptica gastro-duodenal, mais recentemente diversos procedimentos menos agressivos têm sido propostos para se diminuir a incidência de complicações pós-operatórias e das seqüelas tardias da cirurgia. Dentre aqueles que se destacam pelos melhores resultados, encontram-se a hemigastrectomia, a vagotomia troncular + antrectomia, e a vagotomia gástrica proximal (VGP) (3,8).

O presente estudo de 65 casos de pacientes portadores de úlcera gastro-duodenal operados na Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC foi realizado no sentido de analisar

os nossos resultados no tratamento cirúrgico da doença péptica.

#### CASUÍSTICA E RESULTADOS

No período de Agosto de 1985 a Outubro de 1986, foram realizadas, eletivamente, 65 operações para o tratamento de pacientes portadores de úlcera péptica gastro-duodenal. Eram do sexo masculino 54 pacientes (83,3 por cento) e 11 (16,9 por cento) do sexo feminino. Dez pacientes eram portadores de úlcera péptica gástrica e 55 (84,5 por cento) tinham úlcera duodenal. A idade média para os portadores de úlcera duodenal foi de 37,2 anos para os homens e de 38,8 anos para as mulheres; já os pacientes do sexo masculino portadores de úlcera gástrica apresentaram uma idade média de 48,3 anos e as mulheres de 47,7 anos. Dos 55 pacientes portadores de úlcera duodenal, 43 (78,2 por cento) eram homens e 12 (21,8 por cento) eram mulheres. Por outro lado, dos 10 pacientes portadores de úlcera gástrica, seis (60 por cento) eram homens e quatro (40 por cento) eram mulheres. As indicações que motivaram o tratamento cirúrgico foram: intratabilidade, em 46 casos (70,8 por cento); estenose, em 12 (18,5 por cento), hemorragia, em 6 (9,2 por cento) e perfuração bloqueada, em 1 (1,5 por cento). As cirurgias realizadas foram as seguintes: hemigastrectomia, em 46 casos (70,8 por cento); antrectomia + vagotomia troncular, em 12 (18,5 por cento) e VGP em 7 (10,7 por cento). A reconstrução do trânsito nas cirurgias de ressecção foi realizada a

\*Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

\*\* Auxiliar de Ensino.

\*\*\* Professor Titular.

\*\*\*\*Encarregado da Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

Billroth II, pré-cólica, anisoperistáltica, em 52 casos (89 por cento) e a Billroth I em seis casos (11 por cento). Nos casos operados à maneira de Billroth II, a anastomose gastrojejunal foi realizada como boca parcial em 32 casos (61,5 por cento) e como boca total, em 20 casos (38,5 por cento). Houve 10 complicações (15,2 por cento) imediatas e tardias num acompanhamento de quatro anos. As complicações foram as seguintes: fístula duodenal, em 5 casos (7,7 por cento); hemorragia da anastomose gastrojejunal, em 1 (1,5 por cento); evisceração, em 1 (1,5 por cento); abscesso intra-abdominal, em 1 (1,5 por cento), gastrite de refluxo biliar, em 1 (1,5 por cento) e úlcera de boca anastomótica, em 1 (1,5 por cento). Todos os cinco casos que apresentaram fístula do coto duodenal foram com baixo débito e que tiveram suas fístulas fechadas num prazo máximo de duas semanas, não necessitando de intervenção cirúrgica para promover o seu controle. Tanto o paciente que apresentou evisceração quanto o que apresentou sangramento pela linha de sutura gastrojejunal foram reoperados, sendo realizado resutura da parede e hemostasia dos pontos sangrantes, respectivamente. O paciente que desenvolveu abscesso intra-abdominal foi tratado conservadoramente com antibióticos e não necessitou de cirurgia. O paciente que apresentou gastrite de refluxo biliar abandonou o seguimento ambulatorial. Não houve óbitos neste levantamento.

## COMENTÁRIOS

O tratamento cirúrgico da úlcera duodenal seguiu por longos e tortuosos caminhos. O progresso no conhecimento da fisiologia gástrica e na fisiopatologia da doença ulcerosa tem estado na origem de numerosas técnicas de tratamento cirúrgico. Após uma época de entusiasmo, cada técnica foi cedendo lugar a uma outra. Deste modo, para se ter uma opinião bem fundamentada sobre as vantagens ou os inconvenientes de uma técnica cirúrgica em relação à outra, é necessário comparar os resultados em grupos de pacientes comparáveis (1,8).

As indicações para tratamento cirúrgico aceitas pela maioria dos autores são: perfuração, estenose, hemorragia e intratabilidade. O arsenal terapêutico do cirurgião para a úlcera péptica gastro-duodenal é representado, atualmente, pela hemigastrectomia, antrectomia + vagotomia troncular e, mais recentemente, pela VGP. A vagotomia troncular associada a piloroplastia tem sido cada vez menos utilizada eletivamente, e devido ao aumento crescente da recorrência da úlcera péptica e de complicações decorrentes, principalmente, da destruição do mecanismo esfíncteriano pilórico, o que acarreta alta incidência da síndrome do esvaziamento rápido ("dumping") e gastrite biliar de refluxo nos pacientes submetidos a este último procedimento (8). De qualquer modo, é importante que o cirurgião esteja munido de uma diversidade técnica capaz de aplicar o procedimento cirúrgico que aquele paciente em particular necessita, e não o contrário. Os resultados das cirurgias de ressecção gástrica para pacientes portadores de úlcera péptica gastro-duodenal são aceitáveis em 85 por cento dos casos, com complicações que podem ocorrer após qualquer tipo de ressecção gástrica, enquanto que outras estão relacionadas a cirurgias específicas (3). A antrectomia associada à vagotomia troncular é o procedimento que admite a menor taxa de recidiva de úlcera péptica, aproximadamente 1 por cento, embora encerre uma mortalidade de 2 por cento e uma morbidez de 12 por cento, em média. Já a

gastrectomia parcial (hemigastrectomia), apesar de exibir uma mortalidade de 3 por cento e uma taxa de morbidez de 10 por cento, admite a recorrência da úlcera péptica em 5 por cento dos casos, em média. A VGP, embora apresente uma taxa de morbidez e de mortalidade baixas quando comparadas aos demais procedimentos (5 por cento e 0,5 por cento respectivamente), exibe uma taxa de recorrência da doença péptica duodenal de aproximadamente, 15 por cento (7,9).

Na nossa casuística, em 89, 3 por cento dos pacientes (58 casos), realizou-se a hemigastrectomia ou a antrectomia associada à vagotomia troncular, e que resultaram em 8 casos de complicações diretamente relacionadas com a cirurgia: deiscência do coto duodenal, em 5; hemorragia anastomótica, em 1; gastrite de refluxo biliar, em 1; úlcera de boca anastomótica, em 1. Destes pacientes, apenas um necessitou de tratamento cirúrgico (hemorragia anastomótica), sendo os demais tratados conservadoramente, não apresentando queixas atuais, exceto o paciente portador de gastrite de refluxo biliar que não mais retornou ao controle ambulatorial.

A VGP é um procedimento cuja maior vantagem é a baixa taxa de mortalidade operatória associada a uma baixa taxa de complicações e de seqüelas tardias (2,4). É uma operação que tem lugar para o tratamento de casos selecionados de pacientes portadores de úlcera duodenal, não sendo aplicada aqueles portadores de úlcera gástrica (9). Holle e Hart (5), em 1967, quando descreveram a VGP pela primeira vez no ser humano, defendiam o uso rotineiro de piloroplastia para prevenir a estase gástrica, Kelly (6), por sua vez, demonstrou que a desnervação proximal do estômago na VGP, acentua o esvaziamento de líquidos e não piora o de sólidos, não sendo, portanto, necessária a piloroplastia. Blackett e col. (2) sustentam que, embora a exata relação entre o nível de secreção gástrica ácida e a recorrência da úlcera não esteja totalmente esclarecida, o maior fator prognóstico na recorrência parece ser a perícia do cirurgião. Apesar do entusiasmo que cerca ou que cercou a VGP, o índice de recorrência da úlcera é grande e tende a aumentar com o passar do tempo. Na nossa opinião, os pacientes a serem submetidos a este tipo de procedimento devem ser selecionados, pois a redução do comportamento ácido-secretor obtida pela VGP pode ser insuficiente para permitir a cicatrização de úlceras pépticas duodenais associadas com produção ácida elevada. Os casos que parecem se beneficiar com a VGP são, na nossa experiência, representados por: (1) mulheres, uma vez que estas toleram menos as cirurgias de ressecção do que os homens; (2) pacientes portadores de úlceras duodenais não complicadas (estenose, hemorragia ou perfuração); (3) idade jovem, pois a ressecção gástrica pode prejudicar o desenvolvimento somático-ponderal. Nos casos de úlcera duodenal por nós operados e submetidos à VGP, não houve recidiva sintomática ou endoscópica no prazo de 3,5 anos de acompanhamento. Deve ser ressaltado, porém, que este prazo é relativamente curto para se obter conclusão a respeito da eficácia do tratamento pela VGP. Também, todos os casos do nosso levantamento foram operados pela mesma equipe cirúrgica, com o que procuramos manter o mesmo padrão técnico. Não houve complicações pós-operatórias e nem efeitos adversos tardios, até o momento, nos pacientes submetidos à VGP.

Pelo exposto, queremos ressaltar que a vagotomia troncular associada a antrectomia, e a hemigastrectomia são cirurgias que possuem uma taxa de recorrência baixa de úlcera

péptica, porém admitem uma morbidez apreciável, principalmente em relação às seqüelas da ressecção gástrica, ao passo que a vagotomia gástrica proximal tem uma taxa de morbidez mínima, porém apresenta uma recorrência de úlcera apreciá-

vel, e por este motivo, deve ser aplicada a pacientes selecionados. Conclui-se então, que o cirurgião deve adaptar o procedimento cirúrgico ao paciente, levando-se em conta as peculiaridades de cada caso.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 – ANDRUP, E. – *Recurrent ulcer*. *Br. J. Surg.*, 68: 679, 1981.
- 02 – BLACKETT, R.L. & JOHNSTON, D. – *Recurrent ulceration after highly selective vagotomy for duodenal ulcer*. *Br. J. Surg.*, 68: 705, 1981.
- 03 – CLARK, C.G. – *Medical complications of gastric surgery for peptic ulcer*. *Comp. Therap.*, 7: 26, 1981.
- 04 – ENGEL, J.J. & SPELLBERG, M.A. – *Complications of vagotomy*. *Am. J. Gastroenterol.*, 70: 55, 1978.
- 05 – HOLLE, F. & HART, W. – *Neue wege der chirurgie des gastroduodenalulkus*. *Med. Klin.*, 62: 441, 1967
- 06 – KELLY, K.A. – *Gastric emptying of liquids and solids: roles of proximal and distal stomach (editorial review)*. *Am. J. Physiol.*, 239: 71, 1980.
- 07 – KNIGHT, D.; VAN HEERDEN, J.A.; KELLY, K.A. – *Proximal gastric vagotomy*. *Ann. Surg.*, 197: 26, 1983.
- 08 – KOO, J.; LAM, S.K.; CHAN, P.; LEE, N.W.; LAM, P.; WONG, J.; ONG, G.B. – *Proximal gastric vagotomy, truncal vagotomy with drainage, and truncal vagotomy with antrectomy for chronic duodenal ulcer. A prospective randomized controlled trial*. *Ann. Surg.*, 197: 265, 1983
- 09 – MARCEAU, P.; TROLLIET, P.; BOUARQUE, R.A.; LOU, W.; PICHÉ, P.; McMANNNS, J. – *Experience with hyperselective vagotomy in patients with duodenal ulcers*. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 149: 663, 1979.
- 10 – SCHIRMER, B.D.; MEYERS, W.C.; HANKS, J.B.; KORTZ, W.J.; JONES, R.S.; POSTLETHWAIT, R.W. – *Marginal ulcer*. *Ann. Surg.*, 195: 653, 1982.

#### Endereço para correspondência:

Dr. Jaques Waisberg  
Rua Silva Jardim, 470  
São Bernardo do Campo  
CEP – 09700 – S. Paulo