

420.c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

VAGOTOMIA SUPERSELETIVA NO TRATAMENTO  
DA ÚLCERA DUODENAL CRÔNICA.

TRABALHO ELABORADO POR:

. Maria Estela Schmitz Tani\*  
. Rosa Maria Camara dos Reis\*

\* Alunas da 12ª Fase do Curso de Graduação em Medicina da  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Florianópolis, Junho de 1982.

AGRADECIMENTOS:

- . Ao Sr. Valter Zanela Tani  
pelos serviços técnicos  
prestados.
- . À Sra. Rosa Carolina Lima  
d'Aquino pelo auxílio na aquisição da referência bibliográfica.

Í N D I C E :

I	-	INTRODUÇÃO .....	1
II	-	CASUÍSTICA .....	3
III	-	DISCUSSÃO .....	15
IV	-	CONCLUSÕES .....	19
V	-	RESUMO .....	20
VI	-	ABSTRACT .....	21
VII	-	BIBLIOGRAFIA .....	22

## I - INTRODUÇÃO

A doença ulcerosa péptica representa uma das patologias gastrintestinais mais frequentes no mundo inteiro. Além da morbidade que acarreta, leva a uma diminuição da capacidade de trabalho que atinge grupo etário de maior produtividade (5).

A úlcera duodenal (UD) constitui a forma predominante de úlcera péptica (UP) (3), localiza-se dentro de uma área distante de 1 a 2 cm do anel pilórico, junto à pequena curvatura (3, 7, 16), podendo localizar-se também na área bulbar e área mais distal do duodeno e proximal do jejuno (7). Sua incidência máxima ocorre na década entre 55 a 64 anos e é 5 a 10 vezes mais frequente no homem (3). A dor epigástrica é o sintoma principal (7).

Não se sabe se o tratamento clínico de manutenção pode alterar o curso da doença da úlcera a longo prazo (7). O tratamento cirúrgico é uma alternativa para o paciente que experimenta acentuada morbidez cumulativa e sofre prejuízos econômicos e períodos de desespero na vida (5, 7).

Os métodos cirúrgicos utilizados para tratar a UD são: Gastrectomia subtotal, vagotomia e antrectomia, vagotomia e drenagem (piloroplastia ou gastrojejunostomia) e vagotomia superseletiva (3, 6, 7, 16); todos visando basicamente reduzir a secreção ácida do estômago (3, 7).

Entre os métodos propostos para tratamento cirúrgico da UD, a vagotomia superseletiva se destaca porque desnerva seletivamente a área das células parietais do estômago (3) conservando a inervação do antro, a verdadeira bomba de esvaziamento gástrico (3, 6), e do piloro (3). Desse modo reduz a acidez gástrica,

## II - CASUÍSTICA

QUADRO I

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 casos.\*

Grupo Etário Acometido.

GRUPO ETÁRIO	Nº DE CASOS	%
11 - 20 anos	01	3,33
21 - 30 anos	10	33,34
31 - 40 anos	12	40,00
41 - 50 anos	06	20,00
51 - 60 anos	01	3,33
TOTAL	30	100,00

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO II

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 casos.\*

Incidência da Doença Péptica no Sexo e Raça.

SEXO	Nº DE CASOS	%	RAÇA	Nº DE CASOS	%
MASC.	21	70	Branca	30	100
FEM.	09	30	Negra	0	0
TOTAL	30	100		30	100

Abreviaturas: MASC. = Masculino; FEM. = Feminino.

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -

Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

## QUADRO III

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 casos.\*

Quadro Clínico.

SINTOMAS E SINAIS	Nº DE CASOS	%
Dor Epigástrica	28	93,33
Pirose	10	33,33
Náuseas	16	53,33
Vômitos	17	56,67
Plenitude Pós-Prandial	04	13,33
Hematêmese + Melena	02	6,67
Melena	05	16,67
Emagrecimento	05	16,67

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.



QUADRO IV  
Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.  
Análise de 30 Casos.\*  
Tempo de História Clínica.

TEMPO DE HISTÓRIA	Nº DE CASOS	%
0 - 1 ano	05	16,66
2 - 4 anos	08	26,67
5 - 7 anos	11	36,67
8 - 10 anos	04	13,33
+ 10 anos	02	6,67
TOTAL	30	100,00

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO V

Vagotomia Superseletiva no Tratamento

da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 Casos.\*

Indicação Cirúrgica.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA	Nº DE CASOS	%
Intratabilidade Clínica	26	86,67
Hemorragia	03	10,00
Estenose	01	3,33
TOTAL	30	100,00

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -

Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO VI

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 Casos.\*

Exames Complementares.

EXAMES COMPLEMENTARES	Nº DE CASOS	%
Rx de Esôfago, Estômago e Duodeno	30	100,00
Endoscopia	05	16,67

Abreviatura: Rx = Raio x.

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO VII  
Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.  
Análise de 30 Casos.\*  
Atos Cirúrgicos.

ATOS CIRÚRGICOS	Nº DE CASOS	%
Vagotomia Superseletiva	28	93,33
Vagotomia Superseletiva + Piloroplastia	02	6,67
TOTAL	30	100,00

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO VIII

Vagotomia Superseletiva no Tratamento

da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 Casos.\*

Diâmetro da Úlcera.

DIÂMETRO DA ÚLCERA	Nº DE CASOS	%
0 - 1,0 cm	20	66,67
1,0 - 2,0 cm	10	33,33
TOTAL	30	100,00

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO IX

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 Casos.\*

Localização da Úlcera Duodenal.

LOCALIZAÇÃO	Nº DE CASOS	%
1º Porção do Duodeno, em Parede Anterior	24	80
Bulbo Duodenal	06	20
TOTAL	30	100

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

## QUADRO X

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 Casos.\*

Complicações Gerais no Pós-Operatório.

COMPLICAÇÕES GERAIS	Nº DE CASOS	%
Flebite em M. S.	03	10,00
Vômitos	02	6,67
Abcesso de Parede	01	3,33
Infecção Pulmonar	02	6,67
Hemorragia pelo Dreno	01	3,33
Dor no Ombro Esquerdo	02	6,67
Disfagia	01	3,33

Abreviatura: M. S. = Membro Superior

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -

Fevereiro de 1981 - Março de 1982.

QUADRO XI

Vagotomia Superseletiva no Tratamento  
da Úlcera Duodenal Crônica.

Análise de 30 Casos.\*

Tempo de Permanência Hospitalar.

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	Nº DE CASOS	%
5 - 8 dias	20	66,67
9 - 12 dias	06	20,00
13 - 16 dias	03	10,00
+ 17 dias	01	3,33
TOTAL	30	100,00

\* Hospital de Caridade - Florianópolis - SC -  
Fevereiro de 1981 - Março de 1982.



### III - DISCUSSÃO

Nossa casuística, compreendida entre Fevereiro de 1981 a Março de 1982, engloba 30 casos de úlcera duodenal crônica, as quais tiveram indicação cirúrgica por intratabilidade clínica.

O grupo etário mais acometido foi de 21 a 40 anos, representando 73,33% dos casos, sendo que 31 a 40 anos a faixa de maior frequência (40%) (Quadro I). Estes dados se confrontam com achados literários, os quais mostram que a maior incidência ocorre entre 4ª e 5ª décadas (1, 3, 5, 14, 16, 19).

Quanto ao sexo é relatado um predomínio do sexo masculino (3, 5, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 22); em nossa casuística houve predomínio de 70% em favor do sexo masculino (Quadro II).

Alguns autores citam maior incidência de UD na raça branca, sem explicação para tal ocorrência (5, 10, 12); nosso material consta de 100% da raça branca (Quadro II).

Em relação ao quadro clínico (Quadro III), notou-se um predomínio acentuado de dor epigástrica, vômitos, náuseas e pirose retroesternal; coincidindo com trabalhos de outros autores (3, 5, 7, 10, 16). Outros sintomas e sinais menos frequentes foram : plenitude pós prandial, hematêmese, melena e emagrecimento.

A duração das queixas pré-operatórias (Quadro IV) variou de 4 meses a mais de 10 anos em nosso estudo; ocorrendo com menos de 1 ano em 16,66% e mais de 1 ano em 83,34%. Destes, 36,67% de 5 a 7 anos e 26,67% de 2 a 4 anos de história clínica. Em apenas 1 caso as queixas do paciente foram superiores a 20 anos. Nossa incidência se confronta com dados de outros autores que referem ser de 3 a 5 anos a média de tempo de duração das quei-

xas (2, 5, 10).

A indicação cirúrgica mais freqüente foi a intratabilidade clínica (86,67%), seguindo-se: hemorragia (10%) e estenose (3,33%) (Quadro V). A Intratabilidade clínica é a indicação mais constante para tratamento operatório da UD, pela maioria dos autores (3, 4, 5, 7, 10, 16, 19, 21). Há referência de 15 a 25% de indicação cirúrgica por hemorragia e de 10 a 20% no caso de estenose (5); a estenose é considerada como severa quando atinge 10 mm ou menos, sendo que o diâmetro normal é de 15 mm (4).

Como todos os casos se apresentaram com história de UD crônica, os exames complementares solicitados pré-operatóriamente foram: Rx esôfago, estômago e duodeno em todos os casos e endoscopia em apenas 5 (Quadro VI). O diagnóstico da UD é baseado na história clínica, exame radiológico e complementado pela endoscopia (3, 7, 16).

Em todos os casos analisados, o método cirúrgico empregado foi a vagotomia superseletiva. Em apenas 2 casos houve necessidade de piloroplastia complementar, por apresentarem deformidade no bulbo duodenal e estreitamento do piloro (Quadro VII). Entre as operações propostas para tratamento da UD crônica, a vagotomia superseletiva se destaca; pois, se limita apenas à massa de células parietais, preservando mecanismos inibidores da secreção gástrica (3), rejeita as ressecções extensas, minimiza o trauma operatório e reduz as seqüelas habituais das outras intervenções (11). Na presença de estenose pilórica é aconselhável associação de piloroplastia ou gastrojejunostomia (3). Do ponto de vista técnico, é relativamente fácil, desde que o cirurgião seja competente. É indispensável que a técnica operatória seja delicada e precisa para se evitar a lesão do nervo de Latarjet (3). Os resultados até hoje observados são altamente favoráveis à aplicação desta intervenção cirúrgica, por apresentarem baixos índices de complicações pós-operatórios (4, 17, 18, 20, 21, 24).

Mais da metade das úlceras duodenais têm diâmetro inferior a 2 cm (3), coincidindo com nossos achados, os quais foram

inferiores a 2 cm em 100% dos casos, sendo que: inferior a 1 cm em 66,67% e entre 1 a 2 cm em 33,33% (Quadro VIII).

Quanto a localização da UD, a literatura cita que 95% ocorrem no bulbo duodenal (3, 22). Nosso material mostra 80% das úlceras localizadas na primeira porção do duodeno em parede anterior, e apenas 20% em bulbo duodenal (Quadro IX), portanto contrasta com os dados literários.

As complicações imediatas no pós-operatório foram as seguintes: flebite em membro superior em 3 casos, vômitos em 2, abscesso de parede em 1, infecção pulmonar em 2, hemorragia pelo dreno em 1, dor no ombro esquerdo em 2 e disfagia em 1 caso (Quadro X). Das complicações citadas acima, podemos relacionar à vagotomia superseletiva apenas a disfagia e a hemorragia. Segundo observações clínicas de alguns autores, a desnervação vagal do esôfago terminal não é responsável pelas eventuais disfagias pós-vagotomia e sim o edema e o pequeno sangramento local, resultantes das manobras do ato operatório, são os principais fatores na etiologia da disfagia pós-vagotomia (11). Apesar da técnica exigir uma dissecação do esôfago terminal de aproximadamente 5 cm (11), a incidência da disfagia tem sido baixa e de caráter transitório (4, 6, 10, 11, 20, 24). Em relação a hemorragia, ocorre mais comumente a nível da linha de sutura da operação complementar (6), neste caso, da piloroplastia associada a vagotomia superseletiva; em razão do paciente ter apresentado UD estenosante. Quanto à dor no ombro esquerdo; ela tem sido encontrada com frequência após vagotomia proximal e os pacientes submetidos a exames radiológicos na vigência da dor, mostraram grande distensão gasosa do corpo e fundo gástricos, com hipotonia e abaulamento de parede destas regiões; estas condições determinaram a elevação da hemicúpula esquerda do diafragma. Verificou-se portanto, que este síndrome doloroso de ombro esquerdo se deve a transtornos funcionais, provávelmente ligados a modificação da motilidade gástrica proximal, conseqüente da desnervação de corpo e fundo gástricos (12). Não encontramos referência a esta complicação em relação à vagotomia superseletiva. As demais complicações acima citadas foram de ordem geral.

Na permanência hospitalar verificamos que 66,67% dos pacientes receberam alta nos primeiros 8 dias, 30% permaneceram de 9 a 16 dias e apenas 3,33% permaneceram além deste período(Quadro XI).

#### IV - CONCLUSÕES

1. O grupo etário mais atingido foi de 31 a 40 anos com predominância do sexo masculino em 70%.

2. A sintomatologia predominante foi a dor epigástrica.

3. A média de evolução de história clínica foi de 5 a 7 anos.

4. A principal indicação cirúrgica foi a intratabilidade clínica.

5. Os principais exames complementares requisitados para diagnóstico da UD foram: seriografia, esofagogastroduodenal e a endoscopia.

6. O método cirúrgico utilizado para o tratamento da UD em todos os casos foi a vagotomia superseletiva, e em apenas 2 casos houve operação complementar com piloroplastia.

7. A localização mais frequente da UD foi em parede anterior da 1ª porção do duodeno.

8. As complicações imediatas da vagotomia superseletiva foram: disfagia 3,33% e hemorragia pelo dreno 3,33%; as demais complicações foram de ordem geral.

## V - RESUMO

Este trabalho teve por objetivo, analisar aspectos que envolvem a indicação e resultados da vagotomia superseletiva no tratamento da UD clinicamente intratável, ocorridos em 30 casos registrados no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de Fevereiro de 1981 a Março de 1982, e dentre eles quais os efeitos clínicos ocorridos no pós-operatório.

## VI - ABSTRACT

The objective of this study was to analyse aspects involved in the indication and results of Highly Selective Vagotomy in treatment of duodenal ulcer with unsatisfactory results of conservative medical treatment of the thirty cases of duodenal ulcer, registered in the "Hospital de Caridade de Florianópolis" (Florianópolis Charity's Hospital), over the period from February 1981 to March 1982, and to determine which types the clinical effect occurred in the pós-operative period.

## VII - BIBLIOGRAFIA

1. ASSAD, R.T. & EASTWOOD, G. L. Epithelial proliferation in human fundic mucosa after antrectomy and vagotomy. Gastroenterology, 79 : 807 - 11, 1980.
2. BLACKETT, R. L. & JOHNSTON, D. Recurrent ulceration after highly selective vagotomy for duodenal ulcer. Br. J. Surg., 68 : 705 - 10, 1981.
3. CASTRO, L. P. & NOGUEIRA, C. E. D. Úlcera péptica gastroduodenal. In : CASTRO, L. P. & DANI, R. Gastroenterologia. Ed. Guanabara Koogan S. A., Rio de Janeiro, 1978, p. 177 - 224.
4. DUNN, D. C. et al. Highly selective vagotomy and pyloric dilatation for duodenal ulcer with stenosis. Br. J. Surg., 68 : 194-6, 1981.
5. FERRAZ, E. M. et al. Aspectos socioeconômicos do previdenciário portador de úlcera duodenal com indicação cirúrgica, no Nordeste brasileiro. Rev. Ass. Med. Brasil, 26 (2) : 49 - 52, Fev., 1980.
6. GALVÃO, L. et al. Úlcera duodenal : Etapa da vagotomia. In : PINOTTI, H. W. Atualização cirúrgica. Vol. 5, São Paulo, Liv. Manole, 1975, p. 292 - 5.
7. GROSSMAN, M. I. Úlcera péptica. In : LOEB, C. & Mc DERMOTT, B. Tratado de Medicina Interna. 14<sup>o</sup> ed., Rio de Janeiro, Intermérica, 1975, p. 1520 - 42.



8. HENRION, C. & LAEMONT, P. Ulcère duodéanal. Vagotomie - antrectomie ou vagotomie pyloroplastie. J. Chir. Paris, 118 (3) : 155 - 60, 1981.
9. KEKKI, M. et al. Dynamics of chronic gastritis in the remnant after partial gastrectomy for duodenal ulcer. Scand. J. Gastroent, 15 : 509 - 12, 1980.
10. LEONARDI, L. S. et al. O emprego de vagotomia gástrica proximal na cirurgia da úlcera duodenal estenosante. Rev. Ass. Med. Brasil, 27 (1) : 31 - 4, Jan., 1981.
11. MEDEIROS, A. C. & BARRETO, H. Estado atual da vagotomia super-seletiva. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. VII (1) : 35 - 47, Jan./Fev., 1980.
12. MELLO, J. B. et al. Dor no hemitórax e ombro esquerdos após vagotomia gástrica proximal : Síndrome da estase gasosa. Rev. Ass. Med. Brasil, 27 (12) : 359 - 2, Dez., 1981.
13. MIKHAILIDIS, D. P. et al. Pancreatic exocrine function after truncal and highly selective vagotomy. J. Chir. Pathol, 34, 963 - 4, 1981.
14. PETROPOULOS, P. C. Value of simplified, highly selective trans-gastric vagotomy in duodenal ulcer surgery. The American Journal of Surgery, 140 : 465 - 9, Sept., 1980.
15. PIETRI, P. et al. Prolonged gastroplegia after truncal vagotomy. International Surgery, 65 : 411 - 3, May, 1980.
16. PINOTTI, H. W. & RAIA, A. A. Úlcera gastroduodenal. In : NETTO, A. C. Clínica Cirúrgica. 3ª ed. São Paulo, Savier, 1974, p. 285 - 331.
17. POPPEN, B. et al. Parietal cell vagotomy for duodenal and pyloric ulcers. The American Journal of Surgery, 141 : 330 - 3, Mar., 1981.

18. POPPEN, B. & DELIN, A. Parietal cell vagotomy for duodenal and pyloric ulcers. The American Journal of Surgery, 141 : 323 - 9, Mar., 1981.
19. RIVES, J. et al. Intérêt de l'endoscope dans l'évolution des résultats après vagotomie supra-sélective. Chirurgie, 107 : 467 - 74, 1981.
20. ROMEO, G. et al. Ultrastructural study of parietal cells before and after parietal cell vagotomy in patients with duodenal ulcers. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 153 : 61 - 4, Jul., 1981.
21. ROSSI, R. L. et al. Parietal cell vagotomy for intractable and obstructing duodenal ulcer. The American Journal of Surgery, 141 : 482 - 6, Apr., 1981.
22. SAVA, G. et al. Place de la vagotomie tronculaire avec hémostasie locale dans le traitement de l'ulcère duodénal hémorragique. J. Chir. Paris, 117 (12) : 683 - 7, 1980.
23. SINGER, M. V. et al. Effects of truncal vagotomy and antrectomy on bombesin - stimulated pancreatic secretion, release of gastrin, and pancreatic polypeptide in the anesthetized dog. Digestive Diseases and Sciences, 26 (10) : 871 - 7, Oct., 1981.
24. TEMPLE, J. G. et al. Effect of highly selective vagotomy upon the lower oesophageal sphincter. Gut, 22 : 368 - 70, 1981.

TCC  
UFSC  
CC  
0042

N.Cham. TCC UFSC CC 0042

Autor: Tani, Maria Estela

Título: Vagotomia superseletiva no trata



972812783

Ac. 252878

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM