

151 d.c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO BIO-MÉDICO

9,0
note
Jackson

GASTRECTOMIA TOTAL - ANÁLISE DE 25 CASOS

AUTOR:

JACSON ANTÔNIO SANT'ANA

FLORIANÓPOLIS - NOVEMBRO 1982.

RESUMO

Os autores analisam 25 casos de gastrectomia total por câncer gástrico, úlcera gástrica benigna e síndrome de Zollinger Ellinsom, com diferentes tipos de reconstituição do trânsito esôfago-intestinal.

Salientam a importância da confecção de neo reservatório gástrico, que em 16 casos foi realizado pela técnica de Roscoe-Grahan e Fernando Paulino.

Destacam também a importância de proteger a anastomose esôfago-jejunal, que em 9 casos foi feita pela técnica de Roscoe-grahan.

ÍNDICE

	Págs .
1. - INTRODUÇÃO.....	01
2. - CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	04
3. - RESULTADOS.....	10
4. - DISCUSÃO.....	12
5. - CONCLUSÃO.....	18
6. - BIBLIOGRAFIA.....	20

1. - INTRODUÇÃO

A primeira gastrectomia total foi realizada por Schlater, cirurgião suíço, em 1897. Este marco foi o início de um longo período de decepções, pela alta incidência de mortalidade e complicações operatórias (fístulas). Os pouquíssimos pacientes que conseguiram sobreviver padeciam de distúrbios graves de desnutrição e sequelas digestivas. Os cirurgiões da época temiam e desanimavam em realizar este tipo de intervenção e só a executavam como último recurso em neoplasias gástricas.

Atualmente ampliou-se a indicação para outros ^e antidades - patológicas tais como: hemorragia gástrica maciça, polipose gástrica difusa, síndrome de Zollinger-Ellinson, doença de Menetrier, úlcera gástrica gigante com comprodimento do cárdia, graças as melhores condições anestésicas, adventos de antibioticoterapia e grandes conhecimentos de pré- e pós-operatório.

Depois de 1950, alguns cirurgiões experimentaram novas técnicas cirúrgicas, por meio de bolsas ou reservatórios cólicos e jejunais, com a finalidade de substituir o estômago, numa tentativa de melhorar os fenômenos de digestão e assimilação dos operados. Estas técnicas parecem ter resolvido, em parte, tão angustiante problema, e algumas escolas cirúrgicas conseguem apresentar hoje em dia resultados bastantes animadores.

Entretanto, qualquer das técnicas utilizadas não afasta os inconvenientes da exêrese total do estômago. Este órgão atua como reservatório e triturador dos alimentos, como equilibrador osmótico do conteúdo ingerido, inicia a digestão das proteínas, hidrolisa as gorduras, reduz o ferro da dieta e produz o fator intrínseco.

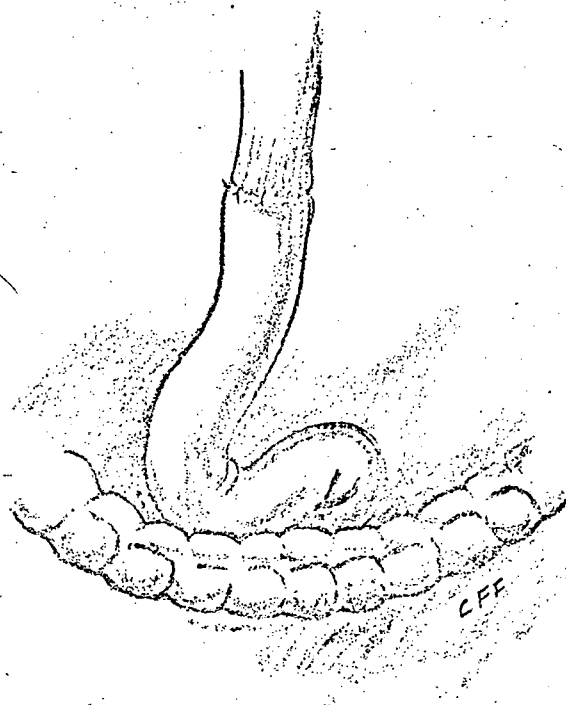
Existem dois grupos que diferem quanto aos métodos de reconstrução da aparelho digestivo pós-gastrectomia total: aqueles que reconstroem o trânsito sem reservatório e os que reconstroem o trânsito com reservatório.

Reconstrução sem reservatório:

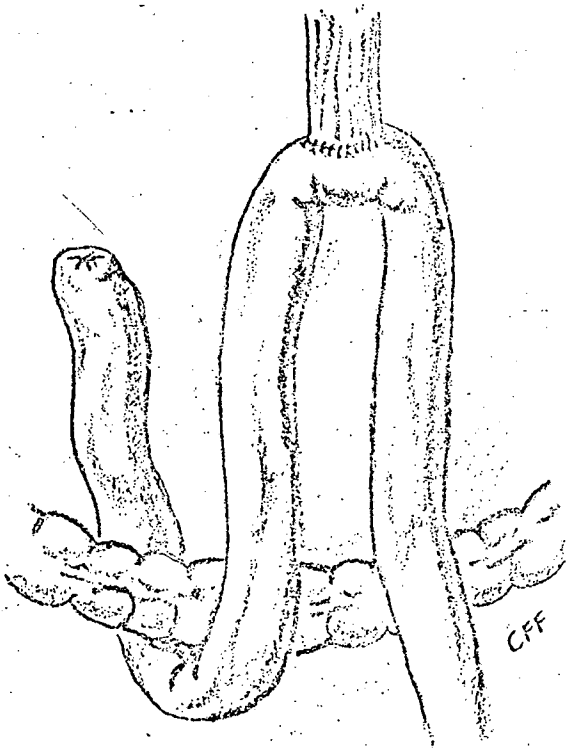
- Esôfago-Duodeno Anastomose
- Esôfago-Jejunoanastomose
- ? Braun
- ? Y de Roux
- ? Longmire e Beal

Reconstrução com reservatórios jejunais:

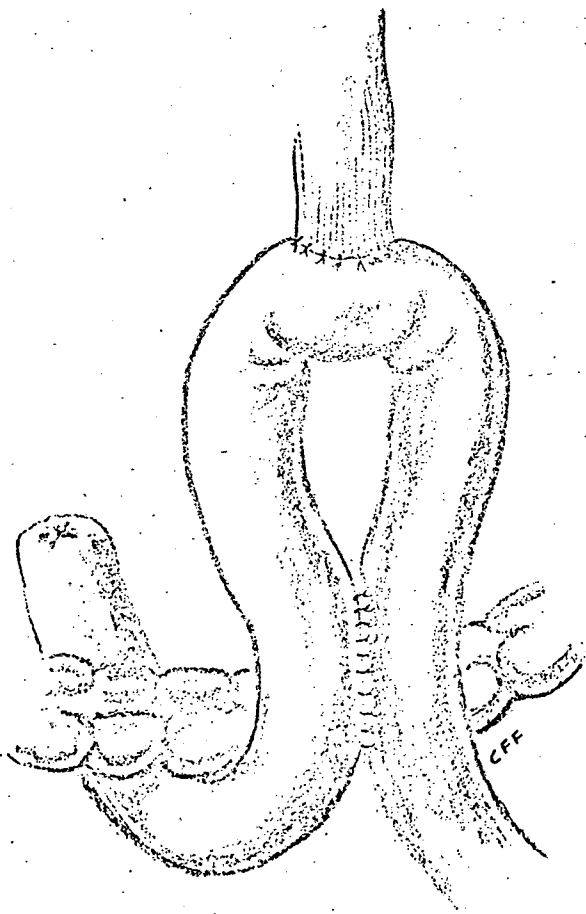
- Técnica com bolsa de Lima-Basto;
- Técnica com bolsa de Hunt-Lawrence;
- Técnica com bolsa de Fernando Paulino;
- Técnica de Roscoe-Grahan (Técnica de Lima Basto modificada)



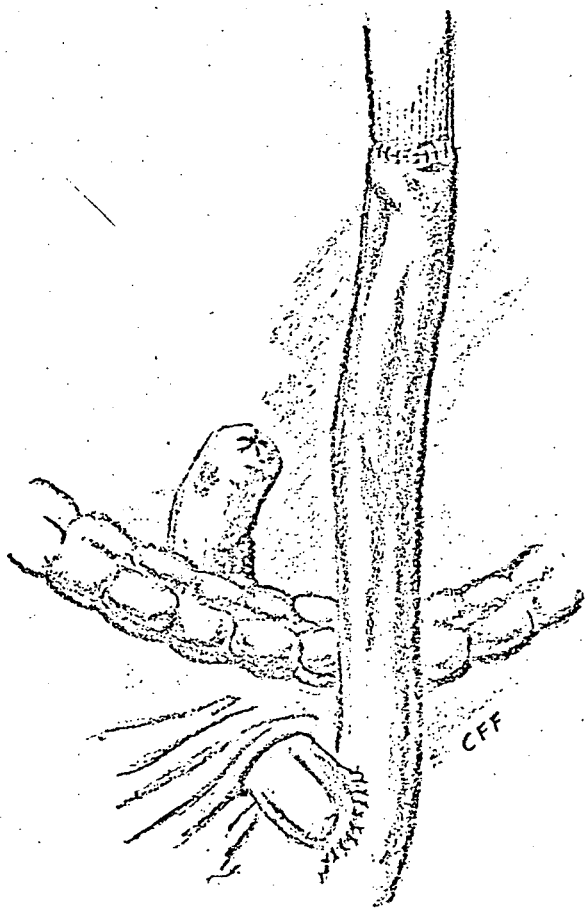
ESOFAGO-DUODENOANASTOMOSE



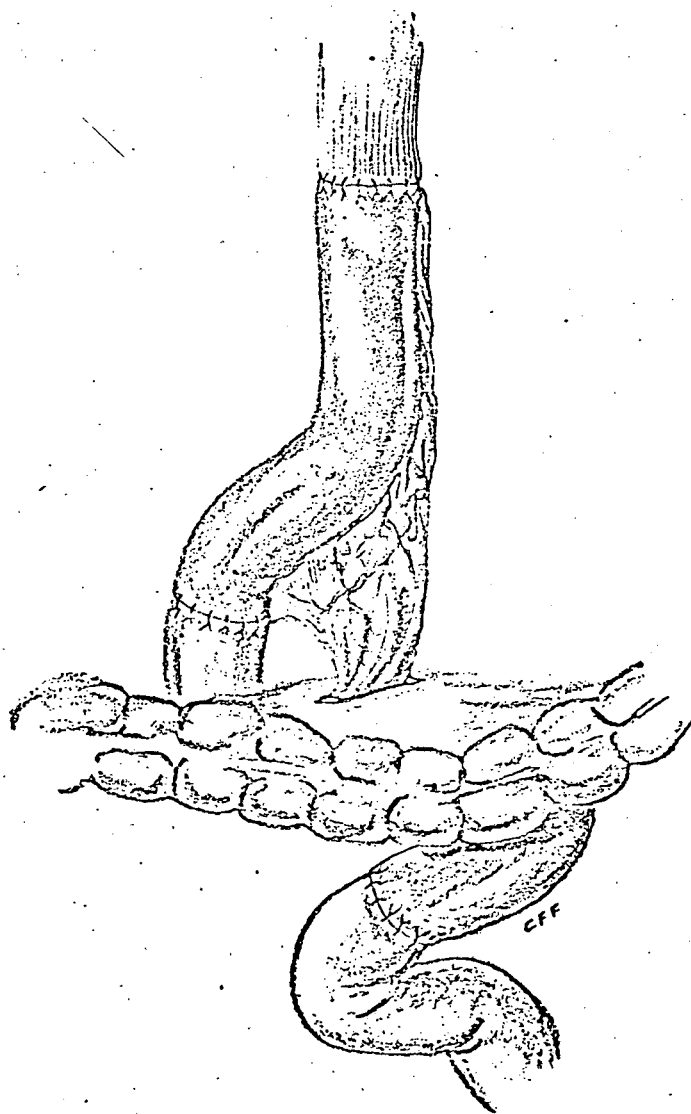
ESOFAGO-JEJUNO-ANASTOMOSE

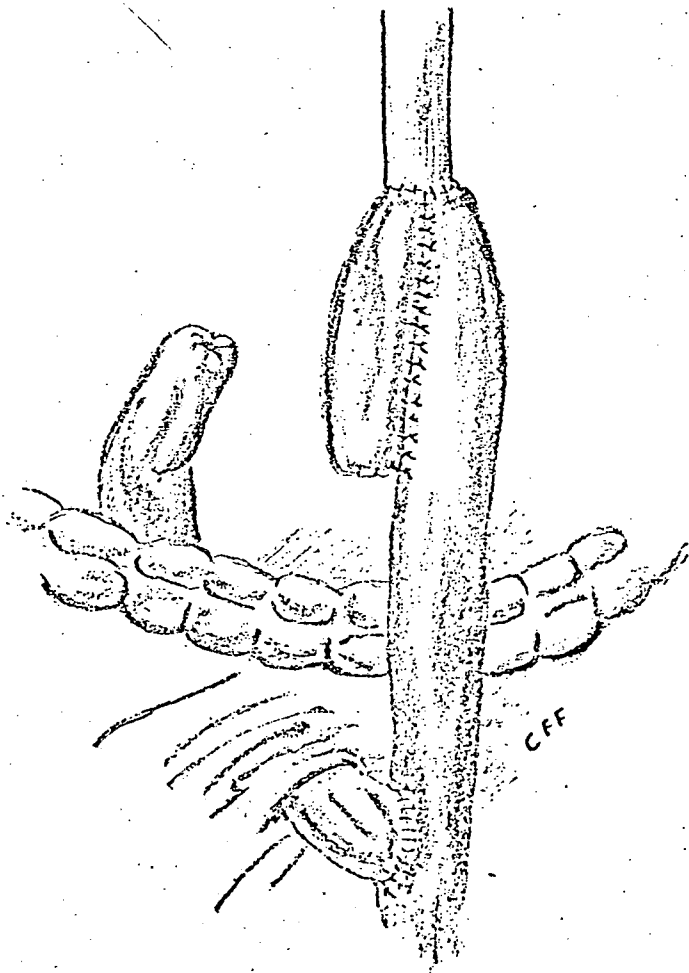


ANASTOMOSE ESÔFAGO
JEJUNAL TIPO BRAUN

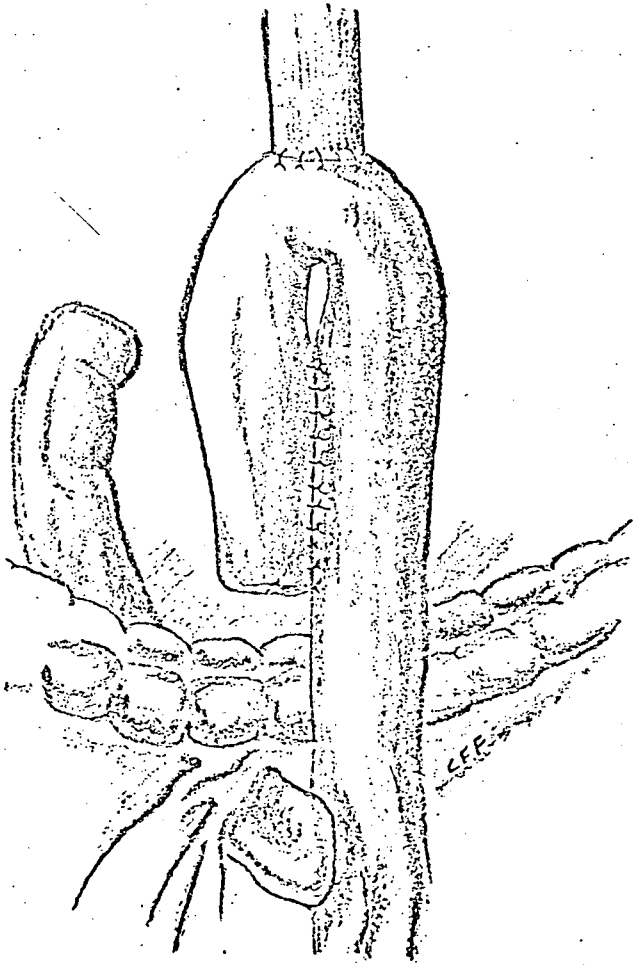


ESÓFAGO-JEJUNO ANASTOMOSE
EM Y DE ROUX

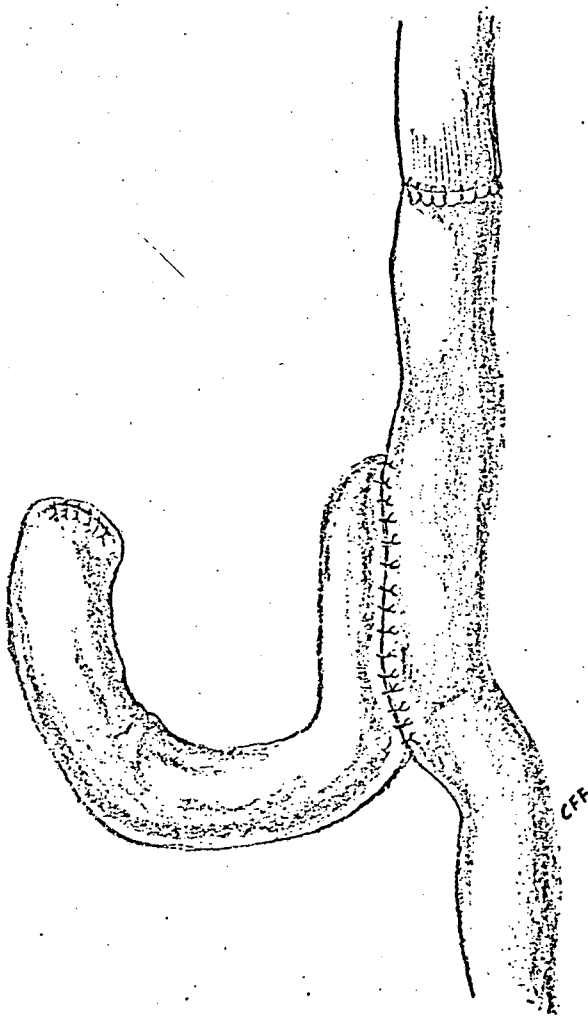




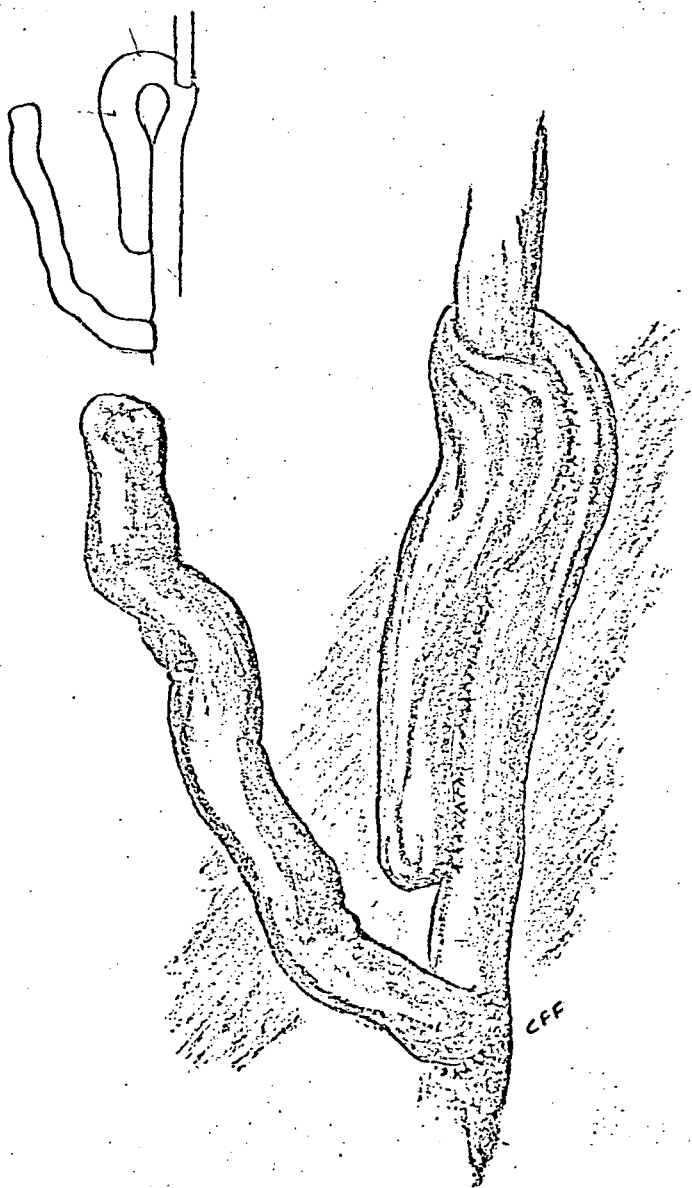
BOLSA DE LIMA - BASTO



HUNT - LAWRENCE



BOLSA DE FERNANDO PAULINO



ROSCOE - GRAHAM

Atualmente prefere-se a reconstituição do trânsito com técnica segura, com proteção de anastomose esôfago-jejunal e com realização de um reservatório jejunal.

A hemorragia na linha de sutura, obstrução da boca anastomótica, deiscência de sutura, disfagia e a pancreatite aguda são as complicações imediatas que podem ocorrer depois de uma gastrectomia total.

Dentre estas, a deiscência de sutura, em especial a deiscência esôfago-jejunal é a que ocorre com maior frequência.

A incidência de fístula ao nível da anastomose esôfago-jejunal, na maioria das estatísticas é responsável por 50 a 80% dos óbitos pós-operatórios precoces.

Neste trabalho propomos a analisar os diferentes tipos de reconstrução do trânsito esofagointestinal, os resultados imediatos e as complicações pós-operatórios precoces.

1. CASUÍSTICA E METODOS

Foram operados 25 pacientes num período de 10 anos, nos Hospitais de Caridade, Governador Celso Ramos em Florianópolis pelos cirurgiões: Dr. Ernesto Damerou, Dr. Raul Chatagier, Dr. Ricardo Baratieri, Dr. Wilmar A. Gerent, Dr. Marcelo Teive e Dr. Celio Gama Salles, sendo 21 casos por neoplasia gástrica maligna, 3 casos por úlcera gástrica benigna e 1 por síndrome de Zollinger-Ellinson.

Dos casos de neoplasia gástrica 17 eram do sexo masculino e 4 do sexo feminino; apresentavam idades variando de 36 a 71 anos média de 56 anos. Dos casos de úlcera gástrica os 3 eram do sexo masculino; apresentavam idades variando de 57 a 70 anos, média de 63 anos. Na síndrome de Zollinger-Ellinson a paciente era do sexo feminino com 35 anos.

Excluiu-se alguns casos, por dados incompletos nos prontuários.

O primeiro sintoma referido pelos pacientes foi na grande maioria dos casos a dor (TABELA I). Utilizamos as seguintes siglas nas tabelas: NG= neoplasia gástrica maligna; UG= úlcera gástrica benigna; GT= gastrectomia total; e SZE= síndrome de Zollinger Ellinson.

TABELA I - SINTOMA INICIAL OBSERVADO EM PACIENTES PORTADORES DE NG, UG E SZE SUBMETIDOS A GT.

1. SINTOMA	NG	UG	SZE
DOR EPIGRÁSTRICA	18	03	01
DISFAGIA	02	-	-
HEMATÊMESE	01	-	-
TOTAL	21	03	01

A perda de peso também apresentou-se bastante frequente.

(TABELA II).

TABELA II - PERDA DE PESO EM PACIENTES PORTADORES DE NG, UG, E SZE SUBMETIDOS AGT.

PERDA DE PESO	NG	UG	SZE
PRESENTE	13	03	-
AUSENTE	08	-	01
TOTAL	21	03	01

As hemorragias exteriorizadas através de hematêmese ou melena, ocorreram em 6 casos de neplasia gástrica.

No exame físico especial não havia hepatomegalia, ascite ou gânglios linfáticos regionais invadidos e palpáveis.

O diagnóstico foi sempre comprovado pelo exame radiológico, confirmado pelo exame endoscópico, localizando as lesões da maneira apresentada na TABELA III.

TABELA III - LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES EM PACIENTES PORTADORES DE NG, UG E SZE SUBMETIDOS A GT.

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO	NG	UG	SZE
CORPO	06	02	-
CORPO + ANTRO	03	-	-
CORPO + FUNDO	08	-	-
FUNDO	03	-	-
CÁRDIA	-	01	-
COTO GÁSTRICO RECIDIVADO	01	-	01
TOTAL	21	03	01

A cirurgia realizada nestes 25 casos foi sempre a Gastrectomia total acompanhada ou não de retirada parcial ou total de outros órgãos (TABELA IV).

TABELA IV - RESSECÇÕES DE OUTROS ORGÃOS REALIZADAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A GT.

RESSECÇÕES	NG	UG	SZE
EPIPLOON	08	02	01
EPIPLOON + BAÇO	05	-	-
EPIPLOON + BAÇO + CAUDA PÂNCREAS	02	01	-
EPIPLOON + BAÇO+CAUDA PÂNCREAS + ESÔFAGO TERMINAL	03	-	-
EPIPLOON + BAÇO+CAUDA PÂNCREAS + COLECTOMIA SEGMENTAR	02	-	-
EPIPLOON + ESÔFAGO TERMINAL	01	-	-
TOTAL	21	03	01

A reconstrução do trânsito foi realizada de diferentes maneiras (TABELA V).

TABELA V - RECONSTRUÇÃO DO TRÂNSITO EM 25 CASOS DE GT.

RECONSTRUÇÃO	NG	UG	SZE
BRAUN	01	-	-
ROUX	04	-	-
INTERPOSIÇÃO DE DELGADO	04	-	-
FERNANDO PAULINO	05	02	-
ROSCOE-GRAHAM	07	01	01
TOTAL	21	03	01

3. - RESULTADOS

No paciente portador de neoplasia gástrica e que teve seu trânsito reconstruído à maneira de Braun observou-se deiscência da sutura do coto duodenal.

Nos pacientes de neoplasias gástricas e que tiveram seu trânsito reconstruído à maneira de Roux verificou-se uma complicação com óbito, devido a deiscência da sutura esôfago-jejunal.

Quando utilizou-se a técnica de Longmire, ocorreram 3 complicações sem óbito: 1 deiscência jejuno-duodeno e 2 deiscência parciais da anastomose esôfago-jejunal.

Aqueles submetidos à operação de Fernando Paulino tiveram 3 complicações com 2 óbitos, que foram: 1 obstrução intestinal e 2 deiscência da sutura esôfago-jejunal com peritonite, choque séptico levando os pacientes ao óbito.

Pela técnica de Roscoe-Grahan ocorreram 3 complicações sem óbito, que foram: 1 parodite e 2 broncopneumonias.

Nos pacientes portadores de úlcera gástrica ocorreu 1 óbito por hemorragia de coto duodenal no tipo Roscoe Grahan e 1 infecção de ferida operatória no tipo Fernando Paulino.

Os casos complicados em que não ocorrem óbitos, tratados quer clínica quer cirurgicamente, evoluíram bem e foram dados como curados desta intercorrência na evolução pós-operatória.

4. - DISCUSSÃO

Em decorrência dos resultados desanimadores do índice de sobrevivência de 5 anos em pacientes portadores de câncer gástrico submetidos à gastrectomia parcial, segundo Mello, (12) Lahey reconheceu e praticou a gastrectomia total como tratamento de rotina no câncer gástrico. Esperava o autor melhorar os resultados de sobrevivência com esta cirurgia alargada, o que realmente não aconteceu, pelo menos quanto aos tumores de localização antral.

Segundo Mello (12), Sunderland e col. estudaram a localização mais frequentes das metástases relacionadas com a posição do tumor no estômago, podendo-se concluir do trabalho que, nos tumores gástricos de localização média e alta a gastrectomia total acompanhada da extirpação dos territórios ganglionares paracardíacos, gástricos superiores, gastrolíenais e pancreatolíenais pode propiciar maiores índices de cura.

Em recente tese de doutorado, Dr. Ribamar S. Azevedo (1) coloca de forma polêmica a linfadenectomia radical para tratamento de câncer gástrico.

Embora a Gastrectomia total possa ser indicada para alguns casos de úlcera péptica de localização alta, com comprometimento do cárdia que não respondem ao tratamento clínico, trata-se de uma conduta discutível, pois existem técnicas como a de Pauchet, que permitem reservar o fundo gástrico, parte do corpo e grande curvatura pela ressecção gástrica da região ulcerada ou ainda técnicas nas quais um esvaziamento rápido do estômago através de piloro-plastia associada a vagotomia propicia a cicatrização de uma úlcera deixada in situ. Assim é que as descrições de gastrectomia total praticadas no tratamento de úlcera gástrica decorrem, na grande maioria dos casos, de erro diagnóstico com as neoplasias como ocorreu em 2 dos nossos casos. Chama a atenção a boa evolução, em geral, destes casos.

Em 1955, Zollinger e Ellison descreveram 2 pacientes com a seguinte tríade: úlcera péptica fulminante, que recorreu a despeito de repetidas cirurgias gástricas, e hipersecreção gástrica associada a adenoma das ilhotas de Langerhans de células não B. Desde então foram descritos muitos casos de doentes portadores desta síndrome. Nesta eventualidade está indicada a gastrectomia total associada a ressecção do tumor pancreático como única possibilidade de cura destes pacientes (22,12). Um dos nossos casos apresentou quadro clínico e secretório compatível com o diagnóstico desta síndrome e tinha sido inclusive submetido a duas cirurgias gástricas anteriores. Foi novamente a cirurgia, submetido a gastrectomia total, sendo confirmado o diagnóstico pela dosagem de gastrina. Também neste caso a evolução foi boa.

Na gastrectomia total por câncer, a conduta mais adotada é a ressecção em monobloco do estômago, grande epiloon, baço e cauda de pâncreas. Esta orientação, não aumentando a gravidade da operação apresenta a vantagem de extirpar as cadeias linfáticas que podem apresentar metastases tumorais. Segundo Mello (12) vale, entretanto, notar o estudo de Henrichen e col. em 1974, no qual concluíram que nas gastrectomias totais as ressecção pancreática, se bem que não aumente a mortalidade operatória, também não aumente a sobrevida nas neoplasias gástricas malignas.

Roger Sherman (18) em ~~reses~~ estudos demonstra que a esplenectomia poderá aumentar a incidência de infecções, que varia de 50 a mais de 200 vezes aquela observada na população geral.

Realizada a gastrectomia total fica o problema do restabelecimento do trânsito esôfago-intestinal. Tivemos a oportunidade de realizar praticamente todos os métodos descritos (Tabela V), não tendo realmente observados grandes diferenças quanto à dificuldade-técnica. Todas as cirurgias foram realizadas por via abdominal e o tempo de cirurgia praticamente não variou na feitura das diferentes técnicas.

Foi realizado a anastomose à Braun em 1 caso com complicação, deiscência de coto duodenal ocorrido no 11º dia, que fechou com ~~tto~~ clínico. Quando realizada isoladamente, tem apresentado incidência relativa elevada de esofagite, dumping e perda de peso (10,3), sendo melhor tolerada quando se pratica uma anastomose jejunal entre as alças aferente e eferente. (12)

O restabelecimento pelo método de Roux foi realizado em 4 casos, ocorrendo 1 complicação em neoplasia gástrica maligna, deiscência de parede no 7º dia e posterior deiscência de anastomose esôfago-jejunal, que levou o paciente ao óbito no 27º dia. Tem a vantagem de abolir a possibilidade de refluxo ao duodeno, mas os alimentos ingeridos não passam pela alça duodenal e a mistura dos mesmos com o bile e suco pancreático só é feita nas porções mais distais do intestino delgado, condicionado absorção deficiente, estea torrêias e perda de peso (3,10,11,12,13,17).

A fim de tornar sempre possível a passagem dos alimentos ingeridos pelo duodeno e evitar o refluxo do conteúdo intestinal para o esôfago, Longmire e Besal, em 1952, tiveram a idéia de restabelecer o trânsito esôfago-duodenal, por meio da interposição de uma alça jejunal exclusiva. (10,11,12,17,21)

O restabelecimento do trânsito por este método foi realizado em 4 casos, ocorrendo 3 complicações, 1 deiscência da anastomose jejuno-duodenal que cedeu ao tratamento clínico e 2 deiscência da anastomose esôfago-jejunal, sendo que uma delas ocorreu no 8º dia de pós-operatório que permaneceu por 10 dias. Apesar de ser mais fisiológica e impedir o refluxo do conteúdo intestinal para o esôfago ela não tem uma proteção da anastomose esôfago-jejunal, e não possui uma bolsa jejunal com pseudoesfincter, com a finalidade de substituir o estômago retirado.

Os grandes obstáculos do passado, relacionados à esofagite alcalina e a grave desnutrição pós-gastrectomia total, condicionaram exaustivos estudos com relação à derivação do conteúdo

bílio-pancreático (Y de Roux) e à confecção de reservatórios com alças de cólon ou jejuno, evoluindo desta forma, com sucesso, no sentido proporcionar ao paciente tanto a abolição do refluxo alcalino-ao esôfago, quanto uma significativa melhora nutricional pós-operatória e, com isso, uma melhor qualidade de vida. O restabelecimento do trânsito por este método foi feito pela técnica de Fernando Paulino e Roscoe-Grahan.

Foram operados 7 pacientes pela técnica de Fernando Paulino, ocorreram 4 complicações, sendo infecções de ferida operatória em 1 caso, obstrução intestinal em outro, e 2 casos de fístula esôfago-jejunal ocorrido no 7º e 9º dia pós-operatório que resultou em óbito.

Pela de Roscoe-Grahan operou-se 9 pacientes ocorrendo 3 complicações extra-abdominais, sendo 2 broncopneumonias e 1 parotidite e 1 outra complicação grave abdominal, que resultou em óbito - no 2º dia pós-operatório, decorrente de hemorragia de coto duodenal - verificado em reoperação.

A finalidade de armazenamento os alimentos parece oferecer maiores vantagens aos pacientes, principalmente quando o esvaziamento desse reservatório pode ser controlado, processando-se, - lenta e ritmadamente, pela contenção de uma barreira muscular pseudopilórica-esfincteriana, permitindo apenas a passagem de pequenas quantidades de alimento de cada vez. Essa progressão mais demorada de fragmentos menores ao longo do delgado permite maior contato com as suas vilosidades, facilitando a absorção, sendo evitado -

desse modo, que fragmentos volumosos, mal triturados, mal diluídos e mal preparados aumentem o peristaltismo intestinal; perturbando a dinâmica e a fisiologia digestivas. (4,5,6,13,14)

Existe possibilidade de ocorrer fístula nas diversas anastomose e suturas, tais como: esôfago-jejunal, jejuno-jejunal e coto duodenal.

Dentre estas a que ocorre com maior frequência e também com maior gravidade é a anastomose esôfago-jejunal, devido a maior tensão da sutura decorrente da posição anatômica, aliado a falta de serosa do órgão.

Foi realizada pelas técnicas de Y de Roux, Longmire e Fernando Paulino sutura, com pontos separados com fios inabsorvível a anastomose esôfago-jejunal término-terminal, em 1/3 dos pc-tes que utilizou-se este procedimento, ocorreu fístula esôfago-jejunal.

A incidência de fístula ao nível da anastomose esôfago-jejunal, na maioria das estatísticas é responsável por 50% a 80% dos óbitos pós-operatórios precoces. No sentido de tornar mais seguro a anastomose esôfago-jejunal, Graham (9) em 1940, descreveu técnica de envolvimento desta anastomose em alça de jejuno com considerável redução dos índices de fístulas a este nível.

5. - CONCLUSÃO

A mais frequente indicação para gastrectomia total foi a neoplasia gástrica maligna de localização em corpo e/ou fundo gástrico.

Mortalidade pós-operatória foi de 16%, e dentre estes, 12% foi por deiscência de sutura da anastomose esôfago-jejunal.

A ocorrência de deiscência de sutura foi de 28%.

A ocorrência de deiscência de sutura da anastomose esôfago-jejunal foi de 20%.

Técnica de Roscoe-Grahan foi empregada em 9 pacientes submetidos a gastrectomia total, sem nenhum caso de fístula esôfago-jejunal.

SUMMARY

The authors analyze twenty-five cases of total gastrectomy by gastric cancer, benign gastric ulcer and Zollinger Ellinson syndrome, with different kinds of reconstitution of the esophago - intestinal transit.

They point out the importance of the gastric neoreservoir pepare, which in sisteen cases was made by Roscoe-Grahan and Fernando Paulino's technic.

They set off the importance of protecting the esophago-jejunal- anastomose too, that in nine cases was made by Roscoe Graham's technic.

6. - BIBLIOGRAFIA

1. **AZEVEDO. J.R.S.** A linfadenectomia radical sistemática no tratamento cirúrgico do câncer gástrico. Uma tradição ou uma necessidade?
Tese de doutorado em 1980.
2. **BARONE: R.M.** Reconstruction after total gastrectomy: construction of a Hunt-Lawrence pouch using auto suture staples.
Am J Surg, May 79 137 (5): 578-84.
3. **BRADLEY : E.L.** 3d. The stomach.part.III: Total Gastrectomy Clin. Gastroenterol., 8 (2) May 79.
4. **DAUDT: D' Oliveira. Mário.** Gastrectomy Total. Reconstrução do Trânsito Digestivo com Reservatório Jejunal. **JMB:** Julho 1980.
5. **DAUDT: D' Oliveira. Mário.** Gastrectomia total com bolsa plástica de jejuno ou neoestômago. Rev. Bras.Gastr.Março /abril,1960.
6. **DAUDT. D' Oliveira. Mário.** Estudo radiológico, endoscópico e por radioisótopos nos pacientes submetidos à ablação total do estômago, com reconstrução do trânsito das

bolsas de Lima Basto e Hunt-Lawrence.
Rev.Col.Bras.Cir. 2:67,1979.

7. **DOMELLOF, L. MD.** The Risk for Gastric Carcinoma after Partial -
Gastrectomy. The American Journal of Surgery. Volume 134
November 1977.
8. **DOZOIS, R.R.** Menetrier's Disease. Mayo Clin.Proc, Feb 1977, Vo-
lume 52.
9. **GRAHAN, R.R.** A tecniqe for total gastrectomy. Surgery 8:257 ,
1940.
10. **HUGUIER, M.** Functional results of diffrent reconstructive proce-
dures after total gastrectomy.
Br.J.Surg: Volume 63 (1976) 704-708.
11. **KOMEI NAKAYAMA, M.D.** Evalation of the various operative metho-
dsfor Total Gastrectomy. Surgery, Volume 40 Number 3 ,
September, 1956.
12. **HELLO. J. B., MOREIRA. A.A. MATSUDA, M., LOPASSO, F.**
Gastrecromya Total: anālise de 50 casos. Rev.paul. Med.
91: 10, 1978.
13. **PAULINO: Fernando.** Cirurgia de Câncer Gāstrico - Considerações
sobre 522 casos e 305 ressecções. JBM. Outubro 1970.

14. **PAULINO**, Fernando. O Hospital - 72:1 - Junho, 1967.
15. **PAULINO**, Filho, A. e Outros. O Hospital - 59:9 Fevereiro 1961.
16. **PORTO**, Ênio. Anastomose Esôfago-Jejunal - Modificação Técnica
Rev.Col.Bras.Cir. 5:221. 1980.
17. **RAIA**, Arrigo. Gastrectomia Total com interposição da alça jejun-
nal exclusiva. Conferência realizada no Centro de Estudo -
da Fac.Med.da U.F.GO. Goiânia, em 12/03/1970 e no
Centro de Cultura do Hospital Ernesto Dornelles, Porto
Alegre, em 24/11/1970.
18. **ROGER SHERMAN**, M.D. Base lógica e Métodos de preservação Esplê-
nica após traumatismo. Clin. Cirúrgicas da América do
Norte. Fevereiro de 1981. Página 127-134.
19. **RUIZ**. João Álvaro. Metodologia Científica - São Paulo, Atlas, -
1977.
20. **RYUJI HAYASHI**, M.D. Total Gastrectomy with Esophago jejuno-duo-
denal anastomosis Reestablishing Duodenal Circuit. The
American Journal of Surgery Vol. 133, March, 1977.
21. **STEFANINI**, P. A gastrectomia total com interposição de jejuno
entre o esôfago e o duodeno. Relação apresentada no Con-
gresso 'Atualizações de Patologia Gástrica', sob os
auspício da Secção Triestina de Gastroenterologia e com
a colaboração da Fundação Carlo Erba de Milão.

22. **THOMPSON, J.C.** et al. Natural History and Experience with Diagnosis and treatment of the Zollinger-Ellinson Sindrome. Surg. Gyrecol. Oest, 140 721, 1975.
23. **YUZURU SUGIYAMA, M.D.** Shaped Anastomosis: A Reconstruction of the Alimentary Tract after Total Gastrectomy. The American Journal of Surgery. Vol. 137, March 1979.

Faltou revisão

Tom Hobellus.

TCC
UFSC
CC
0151

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0151

Autor: Sant'Anna, Jacson

Título: Gastrectomia total : análise de



972803174

Ac. 252980

Ex.1 UFSC BSCCSM