

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**VAGOTOMIA TRONCULAR MAIS ANTRECTOMIA COMO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DAS ÚLCERAS PÉPTICAS CRÔNICAS**

Autores:

Marcos Tadeu Lungwtz

Renato Hobi

85

Florianópolis, 01 junho de 1984

HOMENAGEM

Aos nossos pais onde sempre encontramos amor, carinho, compreensão e incentivo para podermos ter e ser, o que temos hoje.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Márcio César Monte, Ex-Residente da disciplina de cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, nossos sinceros agradecimentos pela inestimável orientação no presente trabalho.

AGRADECIMENTOS

Armando José D'Acampora

Celso Empinoti

José Athayde Gerent

Ricardo Baratieri

Í N D I C E

RESUMO -----	vi
SUMMARY -----	vii
LISTA DE QUADROS -----	viii
INTRODUÇÃO -----	1
OBJETIVOS -----	3
CASUÍSTICA E MÉTODOS -----	4
RESULTADOS -----	7
DISCUSSÃO -----	15
CONCLUSÃO -----	24
BIBLIOGRAFIA -----	25

RESUMO

Os autores relatam um estudo de 60 doentes portadores de úlcera péptica crônica, que foram operados pela técnica da vagotomia troncular mais antrectomia, realizadas no Hospital de Caridade São Braz, localizado na cidade de Porto União-SC, no período compreendido entre março de 1979 a outubro de 1983.

O período de segmento pós-operatório dos pacientes variou de 2 meses a 57 meses.

Foram analisados dados relativos a sexo, cor, procedência, idade, tempo de sintomatologia, clínica, indicação cirúrgica, diagnóstico, tratamento e complicações, onde subdividimos em pré e pós-operatório.

O diagnóstico clínico, radiológico e endoscópico mostrou a úlcera duodenal crônica como principal achado em 37 casos.

A intratabilidade clínica dos pacientes com úlcera péptica crônica foi a indicação cirúrgica principal em 41 casos. Ainda tivemos outras indicações, como por exemplo, úlcera duodenal hemorrágica.

O achado cirúrgico pouco diferenciou do que encontramos clinicamente. A grande maioria dos pacientes teve apenas a vagotomia troncular mais antrectomia, como tratamento cirúrgico definitivo.

A avaliação dos resultados clínicos tardios obtidos foi analisada segundo a classificação de Visick, onde encontramos 31 pacientes (68,9%) classificados em Grau I; 13 (28,9%) em grau II; 01 (2,2%) em Grau III e nenhum em Grau IV.

Destacamos aqui que nenhum paciente, por nós revisto, teve recidiva ulcerosa ou mesmo limitações da atividade profissional. Não tivemos nenhum óbito. ¶

SUMMARY

The authors present in this relate 45 patients with cronic peptic ulcer (most of them duodenal ulcer). The patients were underwent an operation of troncular vagotomy and antrectomy as surgical treatment, on San Braz Hospital in Porto União S.C. . . Most of them were 41 to 50 years old and their sintomatology ware lasting 10 years. After the surgery, the clinical manifestations ware classified according to Visick classification.



LISTA DOS QUADROS

QUADRO 1: Ficha padrão usada para o levantamento dos dados deste trabalho.

QUADRO 2: Tabela 1. Relação das freqüências e localizações das úlceras pépticas encontradas.

QUADRO 3: Figura 1. Números relativos aos dados de sexo (1); procedência (2) e cor (3) encontrados.

QUADRO 4. Figura 2. Grupo Etário encontrado nos pacientes operados.

QUADRO 5: Gráfico 3. Interrelação mostrando o tempo de sintomatologia da doença ulcerosa.

QUADRO 6: Tabela 2. Clínica

QUADRO 7: Tabela 3. Indicação Cirúrgica

QUADRO 8: Tabela 4. Diagnóstico Clínico

QUADRO 9: Tabela 5. Diagnóstico Cirúrgico

QUADRO 10: Tabela 6. Complicações encontradas no Pós-Operatório Imediato.

QUADRO 11: Tabela 7. Complicações encontradas no Pós-Operatório Tardio.

INTRODUÇÃO

Desde 1814 Sir Benjamin Brodie já destacava a importância do nervo vago na secreção gástrica, demonstrada em experiências com animais.

Um século mais tarde, coube a Exner e Schwarzmann, talvez, a primeira vagotomia no homem, através da via abdominal, em pacientes portadores de crise gástrica (Fig. 1 e 2).

Foi, porém, Laterjet quem em 1922, advogou que a vagotomia, viesse a ser indicada como tratamento da úlcera gástrica e duodenal. Mas, sem dúvida, Dragstedt e Owens, que em 1943 confirmaram definitivamente a importância e o significado da fase cefálica da secreção gástrica nos pacientes portadores de úlcera duodenal, publicando um estudo com 2 pacientes portadores desta doença operados com sucesso, através da vagotomia troncular via transtorácica (06, 22, 27, 31).

Estudos sobre a importância do piloro na secreção do suco gástrico, foram realizados principalmente por Edkins, que em 1906 isolou da mucosa pilórica de animais uma substância que causava aumento da secreção gástrica, por ele denominada de gástrina. Já no início da década de 1940, Komarov isolou a gástrina da mucosa pilórica de animais, e Uvnas isolou a gástrina da mucosa pilórica do homem.

Coube a Smithwick e Edwards as primeiras cirurgias para o tratamento cirúrgico da úlcera duodenal com a associação da vagotomia troncular e a ressecção econômica do estômago, sendo que o termo antrectomia foi idealizado por Edwards.

Como vemos através deste rápido histórico, o tratamento cirúrgico da úlcera péptica foi e ainda está sendo exaustivamente estudado, procurando sempre associar a fisiologia da secreção gástrica com as técnicas cirúrgicas que apresentem bons resultados clínicos, proteção da anatomia do órgão afetado e diminuição das suas complicações.

Na atualidade, as três operações mais comuns para a doença ulcerosa duodenal são: vagotomia com antrectomia, vagotomia com piloroplastia e vagotomia das células parietais (super-seletiva).

Cada um desses procedimentos possui seus defensores, cada um possui alguma característica que o torna superior aos outros e cada um apresenta complicações (6).

Não nos compete com este trabalho analisar as vantagens e desvantagens entre cada técnica acima citada. Nosso objetivo, como já foi dito, é trazer os resultados clínicos e cirúrgicos de um grupo de 60 pacientes portadores de úlcera péptica crônica, operados pela técnica da vagotomia mais antrectomia.

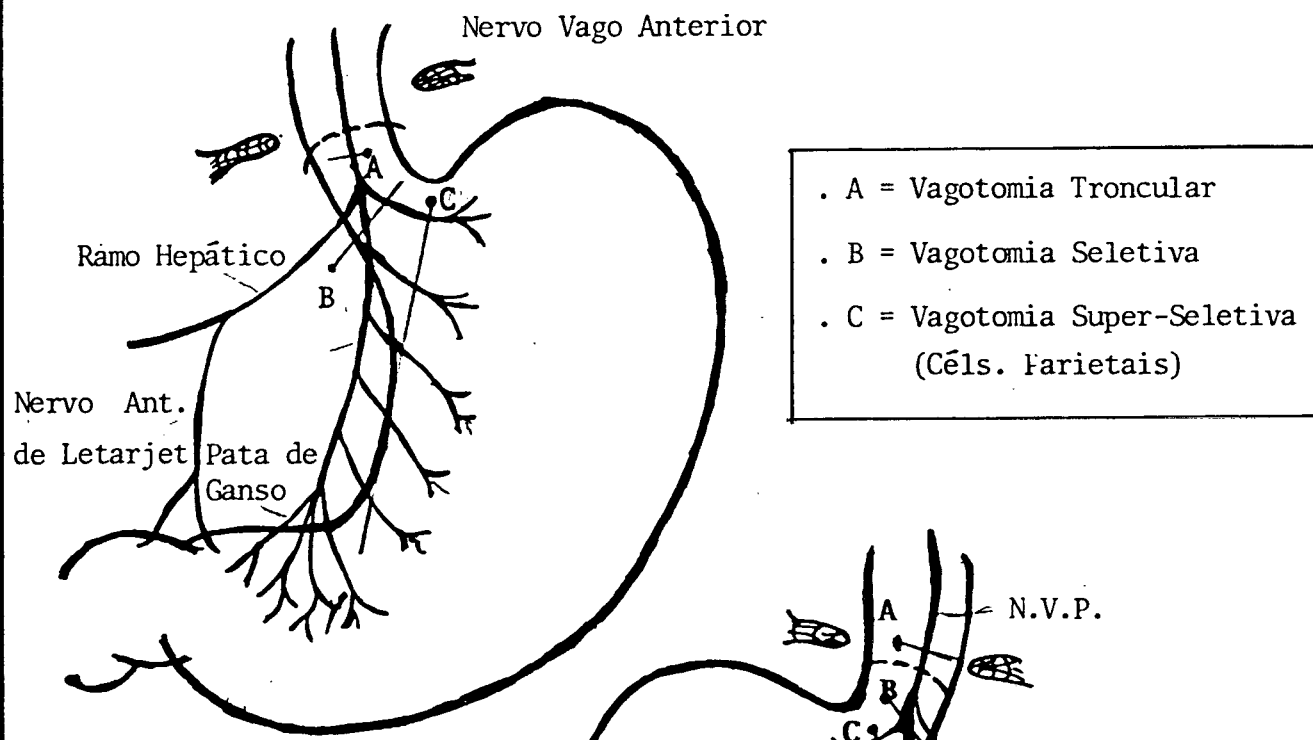


Fig. 1 - Anatomia do Nervo Vago Anterior - Tipos de Vagotomia Existentes.

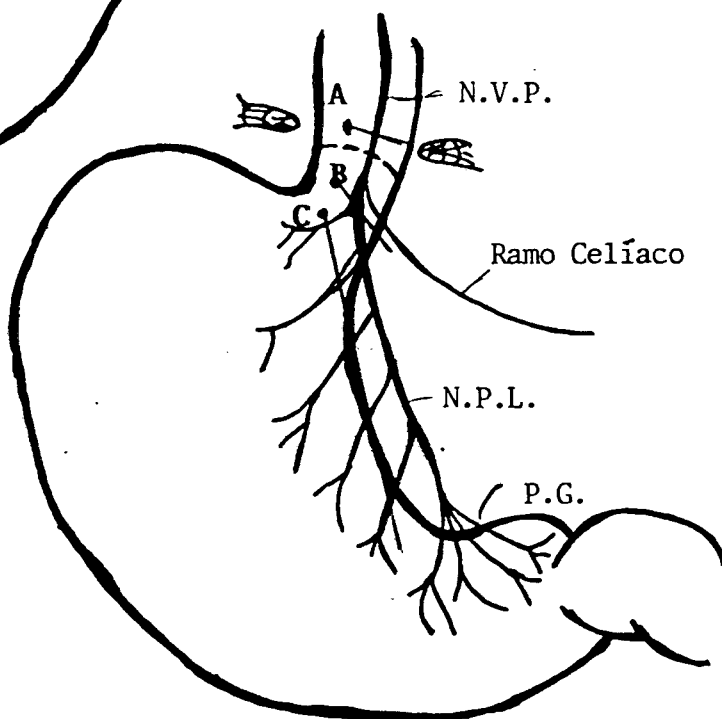


Fig. 2 - Anatomia do Nervo Vago Posterior

OBJETIVOS

Dada a importância da úlcera péptica e do seu tratamento cirúrgico, resolvemos com este trabalho analisar os seguintes aspectos:

- Mostrar que a vagotomia troncular mais antrectomia deve ser lembrada como uma das boas opções para o tratamento da úlcera péptica.

- Analisar os benefícios cirúrgicos desta técnica em relação à sintomatologia ulcerosa anterior ao ato operatório.

- Procurar fazer uma revisão superficial da anatomia, fisiologia e patologia da doença ulcerosa.

- Apontar as complicações encontradas no trans e no pós-operatório, imediato e tardio, neste tipo de técnica operatória.

- Mostrar os resultados obtidos, num hospital geral, distantes dos meios universitários.

CASUÍSTICAS E MÉTODOS

Durante o período compreendido entre março de 1979 a outubro de 1983, sessenta pacientes portadores de úlcera péptica crônica, foram submetidos ao tratamento cirúrgico pela técnica da vagotomia troncular mais antrectomia no serviço de Gastroenterologia do hospital de Caridade São Braz, na cidade de Porto União-SC.

Esses pacientes foram analisados através de um estudo retrospectivo, sendo que foi utilizada uma ficha modelo, conforme mostra o Quadro 1, como meio de investigação e desenvolvimento deste trabalho.

O diagnóstico da úlcera péptica crônica ficou estabelecido através dos parâmetros clínicos e de exames laboratoriais específicos como: seriografia mais endoscopia esôfago-gastro-duodenal. Como exames de laboratoriais de rotina no pré-operatório, foram realizados: hemograma, P. Fezes, P. urina e glicemia. O E.C.G. e o Rx de tórax ficaram reservados a pacientes acima de cinquenta anos ou, aos que apresentassem sintomatologia cardíopulmonar.

Como técnica operatória, em todos os pacientes, empregamos a incisão mediana do apêndice xifóide até 2 cm abaixo da cicatriz umbilical. Não seccionamos de rotina o ligamento triangular do fígado, nem ligamos a artéria gástrica esquerda. Procuramos preservar, ao máximo, a anatomia da junção esôfago-gástrica, sendo que a reconstituição da membrana freno-esofágica não foi realizada de rotina, somente aplicados alguns pontos quando apresentava sangramentos.

O limite superior da ressecção gástrica foi segundo uma linha horizontal a 1cm acima da incisura angularis. A reconstituição do trânsito foi sempre pela anastomose gastro-jejunal pré-cólica em dois planos de sutura. Drenamos sistematicamente a cavidade peritoneal com drenos de Peurose e usamos, de rotina, no pós-operatório, sonda nasogástrica até o reinício do peristaltismo.

Fixamos um tempo limite de 3 meses, de outubro a dezembro de 1983, para a reavaliação clínica dos pacientes operados pelo serviço entre março de 1979 a outubro de 1983. Dos 60 casos operados, foi-nos possibilitada a reavaliação, neste período, de 45 pacientes. Os demais, 15 pacientes, não foram citados neste trabalho, pois não nos foi possível localizá-los.

Nenhum paciente foi acompanhado por menos de 02 meses, variando de 02 a 57 meses. Os resultados clínicos obtidos foram classificados segundo VISICK em:

. **GRAU I** - Resultado perfeito - nenhum sintoma gastrointestinal e em condição nutricional excelentes.

. **GRAU II** - Sucesso qualificado - Alguns sintomas, mas não sérios, tais como: plenitude epigástrica ocasionalmente, dumping leve, ocasionais surtos de diarreia. Mas com excelente função gastrointestinais, sem sintomas ulcerosos, e com bom estado nutricional.

. **GRAU III** - Falência qualificada - Sintomas mais sérios causando algum distúrbio, mas ainda melhor que no pré-operatório, portanto sem sintomas de úlcera duodenal. Entretanto nesse grupo a plenitude epigástrica, a diarreia pós-prandial ou o dumping moderado têm sido seqüelas proeminentes.

. **GRAU IV** - Insucesso total - ulceração recorrente, necessidade de reoperação por má função da anastomose e todos aqueles que não melhoraram ou que passaram pior antes da operação.

Os parâmetros clínicos utilizados para esta classificação, foram essencialmente sua sintomatologia na reavaliação pós-operatória, dando uma maior atenção à sintomatologia, como: dor abdominal, náuseas e vômitos, dumping, diarreia e alterações no peso inicial.

Dos 45 casos, por nós analisados, não foram utilizadas a seriografia e a endoscopia esôfago-gastroduodenal de rotina na evolução dos pacientes operados, somente realizamos esses exames em pacientes com sintomatologia de úlcera recidivante.

QUADRO 1

1. Identificação
2. Tempo de Sintomatologia
3. Quadro Clínico
4. Indicação Cirúrgica
5. Diagnóstico - A. Laboratorial
B. Cirúrgico
6. Tratamento
7. Data da Cirurgia - A. Tempo
8. Pós-Operatório Imediato
9. Pós-Operatório Tardio

Ficha padrão usada para o levantamento dos dados deste trabalho.

RESULTADOS

Foram operados pela técnica da vagotomia troncular mais antrectomia, entre março de 1979 a outubro de 1983, 60 pacientes portadores de úlcera péptica crônica. Destes 60 pacientes, conseguimos a reavaliação de 45 deles (75%), que serão a base para o presente estudo.

Dos 45 pacientes operados, eram portadores de úlcera péptica duodenal crônica 42 (93,33%), dois (4,45%) tinham úlcera péptica pré-pilórica e um caso (2,22%) onde o paciente era portador de ambas as patologias. (Quadro 2)

Foram os pacientes do sexo masculino os mais atingidos, ... 73,33% (33 casos), ficando 26,67% (12 casos) com o sexo feminino. Quanto à raça, obtivemos 44 casos (97,78%) para a cor branca e um caso (2,22%) para os negros. A procedência dos pacientes variou entre o meio rural e o urbano, sendo o primeiro com 24 casos (53,3%), e o segundo com 21 casos (46,6%). (Quadro 3)

Os limites de idade dos pacientes variou entre 25 a 67 anos, sendo que a faixa etária mais acometida foi entre 31 a 50 anos de idade (57,78%), tendo o pico de maior incidência ocorrido na faixa etária de 41 a 50 anos com 14 casos (31,11%). (Quadro 4)

A figura 3 mostra o tempo de sintomatologia dos pacientes, que varia de 10 meses a 25 anos, com o predomínio de 10 anos de sintomatologia ulcerosa (31,11%) sem cura clínica. (Quadro 5)

A clínica apresentada, antes da indicação cirúrgica, não divergiu dos sinais e sintomas clássicos do paciente ulceroso. Em nossos pacientes predominaram a dor epigástrica, pirose, vômitos, e o emagrecimento, sendo que o único dado positivo ao exame físico foi a dor à palpação na região epigástrica. (Quadro 6)

O diagnóstico clínico, radiológico e endoscópico mostra a úlcera duodenal crônica como principal achado com 37 casos. Ainda encontramos: 3 casos de úlcera duodenal hemorrágica; 2 casos de

QUADRO 2

PATOLOGIAS ENCONTRADAS	Nº	%
A. Úlcera Duodenal Crônica	42	93,4
B. Úlcera Péptica Pré-Pilórica	2	4,4
C. A + B	1	2,2

Tabela 1 - Relação das frequências e localizações das úlceras pépticas encontradas

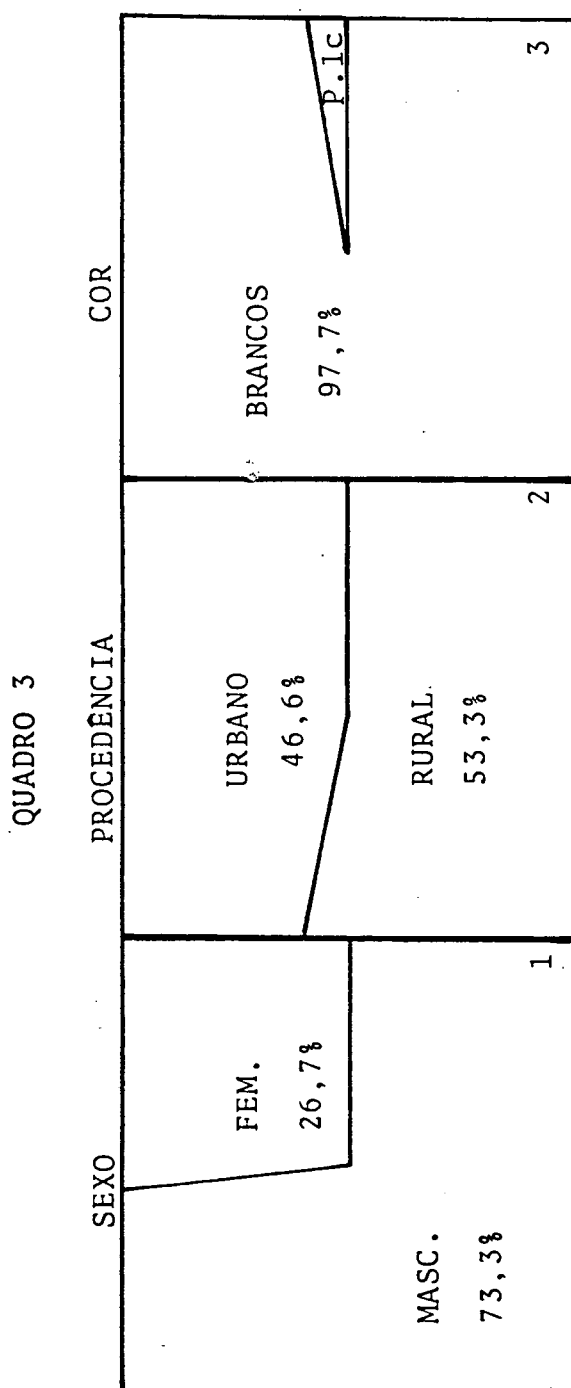


Figura 1. Números relativos aos dados de sexo (1); procedência (2) e cor (3) encontrados.

QUADRO 4

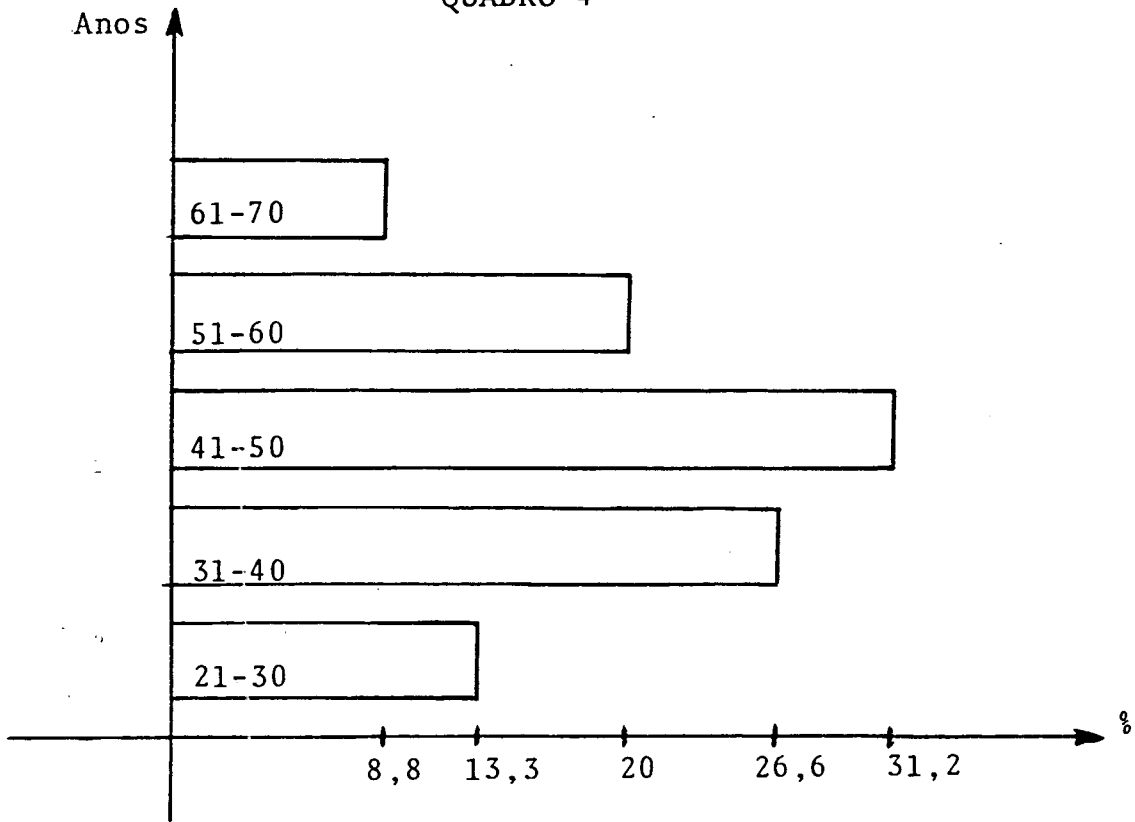


Figura 2 - Grupo Etário encontrado nos pacientes operados

QUADRO 5

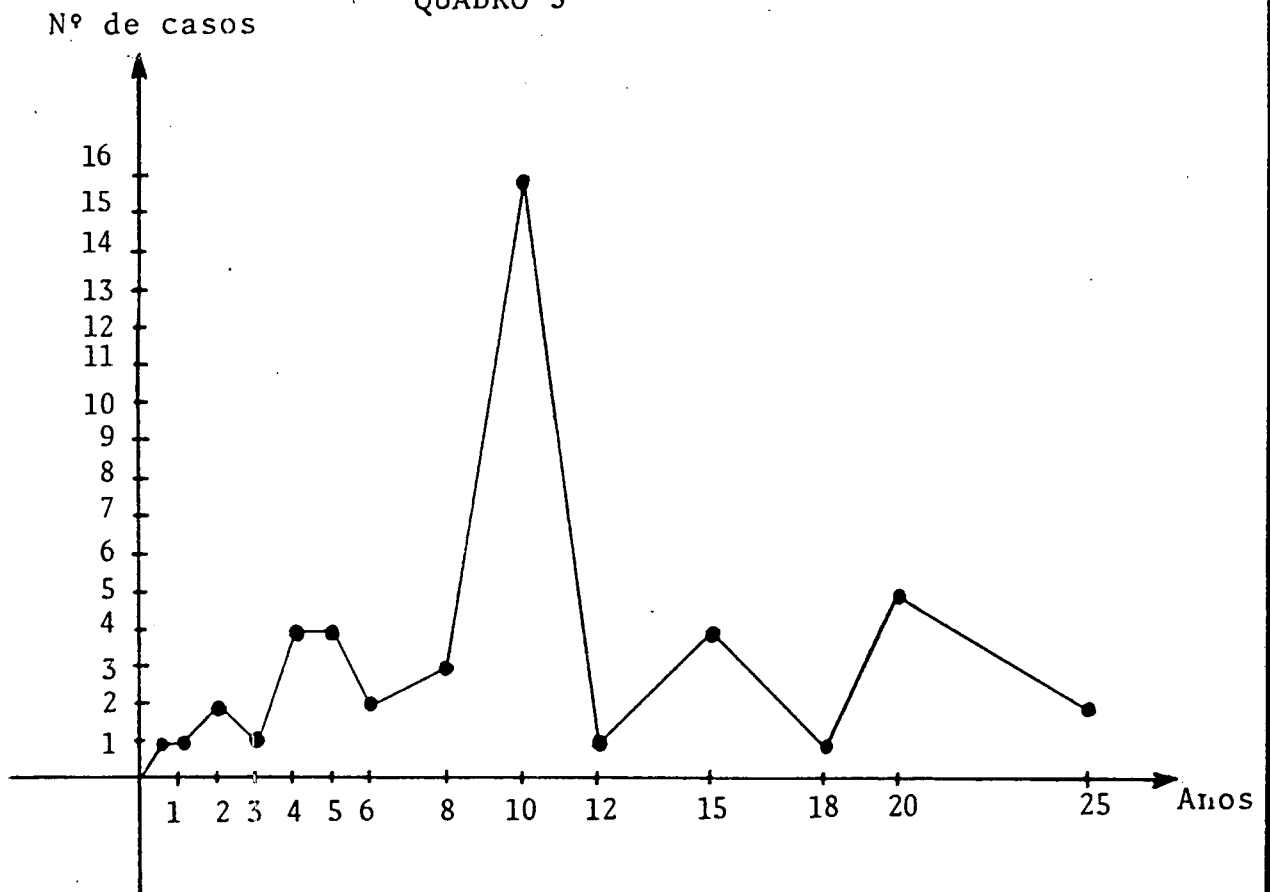


Figura 3 - Interrelação mostrando o tempo de sintomatologia da doença ulcerosa.

QUADRO 6

SINAIS E SINTOMAS	Nº	%
Dor Epigástrica	40	88,9
Pirose	38	84,4
Vômitos	31	68,9
Náuseas	01	2,2
Intolerância Alimentar	01	2,2
Emagrecimento	27	60,0
Hematemese	02	4,4
Dispsia	07	15,5
Melena	01	2,2
Anemia	01	2,2
EXAME FÍSICO	Nº	%
Dor a palpação	45	100

Tabela 2 - Clínica

QUADRO 7

INDICAÇÃO CIRÚRGICA	Nº	%
Intratabilidade Clínica	41	91,2
Hemorragia Digestiva	02	4,4
Sub-estenose bulbar + I. Clin.	01	2,2
Estenose Pós-Pilórica	01	2,2
TOTAL	45	100

Tabela 3 - Indicação Cirúrgica

úlcera pré-pilórica; 1 caso de úlcera duodenal crônica + sub-estenose pilórica; 1 caso de úlcera duodenal crônica + estenose pós-bulbar e, finalmente, 1 caso de úlcera pré-pilórica associada à úlcera duodenal crônica e esofagite de refluxo. A tabela mostra claramente os achados. (Quadro 8)

Devemos aqui salientar que a biópsia foi usada de rotina quando detectamos úlcera gástrica, sendo que os resultados do anátomo-patológicos foram benignos em nossos 3 casos (6,66%).

A intratabilidade clínica, em pacientes comprovadamente com úlcera péptica crônica, foi a indicação cirúrgica principal com 41 casos (91,2%). Ainda tivemos indicações por hemorragia digestiva, não controladas clinicamente, 2 casos (4,44%); sub-estenose bulbar associada a intratabilidade clínica, 1 caso (2,22%); e levamos à cirurgia um paciente que desenvolveu, a curto prazo, sintomatologia obstrutiva alta, comprovada radiológica e endoscopicamente, como estenose pós-pilórica. (Quadro 7)

O achado cirúrgico não diferenciou muito do que encontramos no pré-operatório. Constatamos um caso de úlcera duodenal que estava terebrante para o lobo esquerdo do fígado e um caso de úlcera duodenal perfurada e bloqueada por outras estruturas. Associada à úlcera duodenal tivemos 2 casos de litíase biliar que foram colecistectomizados. No paciente que apresentava esofagite de refluxo realizamos a cirurgia anti-refluxo pela técnica de Lind.

Nos demais 42 (93,3%) pacientes foram realizados apenas a vagotomia troncular mais antretomia. (Quadro 9)

Devemos expor que foi praticada uma esplenectomia por acidente cirúrgico e, não ocorreu nenhuma perfuração esofágica.

O pós-operatório imediato transcorreu sem maiores complicações, permanecendo assintomáticos 40 pacientes (88,9%). As intercorrências que tivemos foram:

- Um caso de vômito intenso, logo após a alta hospitalar, necessitou de reinternação para a reposição hidroeletrólítica. E-

QUADRO 8

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Nº	%
Úlcera Duodenal Crônica (UDC)	37	82,3
Úlcera Duodenal Hemorrágica	03	6,7
UDC + Úlcera Pré-Pilórica + esof.r.	01	2,2
Úlcera Pré-Pilórica	02	4,4
U.D.C. + sub-estenose pilórica	01	2,2
U.D.C. + estenose pós-bulbar	01	2,2
TOTAL	45	100

Tabela 4 - Diagnóstico Clínico

QUADRO 9

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO	Nº	%
Úlcera Duodenal Crônica (UDC)	33	73,33
Úlcera Duodenal Hemorrágica	03	6,70
UDC + Ul.Gást. pré-pil. + Esof. Ref	01	2,22
Úlcera Pré-Pilórica	02	4,44
UDC + sub-estenose pilórica	01	2,22
UDC + terebrante em lobo esq. fíg.	01	2,22
UDC + litíase biliar	02	4,44
UDC perfurada e bloqueada	01	2,22
UDC + estenose pós-bulbar	01	2,22
TOTAL	45	100

Tabela 5 - Diagnóstico Cirúrgico

volui bem, com alta hospitalar assintomática.

- No 6º dia de pós-operatório, um doente apresentou quadro abdominal obstrutivo, necessitando de reintervenção cirúrgica, constatando brida de alça eferente.

- A paciente que foi esplenectomizada desenvolveu um derrame pleural à esquerda, apresentando boa evolução, tendo alta sem queixas.

- Ainda tivemos um caso de fecatoma e um caso de infecção de parede sem maiores conseqüências. (Quadro 10).

O estado geral dos pacientes revistos foi considerado bom. Tiveram peso alterado para mais em 43 doentes (95,5%), peso alterado para menos 2 doentes (4,5%). Ficaram assintomáticos 30 pacientes (66,7%). A diarréia eventual esteve presente em 6 (13,3%) e vômitos eventuais em 5 pacientes (11,1%). Observou-se diarréia moderada em 1 paciente (2,2%). (Quadro 11).

Classificados pelo método de Visick, os resultados clínicos obtidos foram: GRAU I em 31 casos (68,8%); GRAU II em 13 (28,8%); GRAU III em 1 (2,2%) e GRAU IV em nenhum paciente. (Quadro 11).

Não tivemos recidiva ulcerosa. Destacamos aqui que só realizamos endoscopia esôfago-gastro-duodenal, no pós-operatório, em pacientes que apresentaram clínica ulcerosa.

Convém lembrar, que em nenhum paciente houve diminuição da atividade profissional.

QUADRO 10

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	Nº	%
Sem Intercorrências	40	89
Fecalomas	01	2,2
Vômitos Intensos	01	2,2
Infecção de Parede	01	2,2
Derrame Pleural	01	2,2
Brida	01	2,2
TOTAL	45	100

Tabela 6 - Complicações encontradas no pós-operatório imediato

QUADRO 11

COMPORTAMENTO DO PESO	Nº	%	INCIDÊNCIA DE DIARRÉIA E VÔMITOS	Nº	%
Aumento	43	95,5	Diarréia Eventual	06	13,3
Diminuído	2	4,4	Diarréia Moderada	01	2,2
Inalterados	-	-	Vômitos Eventuais	05	11,1
Assintomáticos	30	66,7	Vômitos Matinais	01	2,2
OUTROS SINTOMAS	Nº	%	ÍNDICE DE VISICK	Nº	%
Eructação	01	2,2	Grau I	31	68,9
Dispepsia	02	4,4	Grau II	13	28,8
Dor Epigástrica	01	2,2	Grau III	01	2,2
Hérnia Incisional	01	2,2	Grau IV	00	-

Tabela 7 - Complicações encontradas no pós-operatório tardio.

DISCUSSÃO

O estômago e seu conteúdo sempre exerceram fascínio desde os mais antigos povos que já apresentavam teorias como a de Celsus (30 a.C. - 25 d.C.) de que "tudo o que é azedo e ácido deveria ser evitado em doentes que tinham distúrbios estomacais".

Uma melhor compreensão da digestão e da fisiopatologia das doenças gastro-duodenais teve que esperar mais de mil anos até que a ciência química alcançasse suficiente desenvolvimento para reconhecer o que se denominava substância ácida.

Paracelsus (1493-1541), foi o primeiro médico a sustentar que o estômago humano continha ácido, porém acreditava que este ácido provinha da ingestão de alimentos líquidos.

Um século mais tarde J.B. van Helmont, descreveu que o suco

gástrico era normalmente ácido, porém sem identificá-lo, mas com a certeza que o seu excesso, sem adequada neutralização, causava desconforto gástrico.

Foi W. Prout (1785-1850) quem finalmente dosou as concentrações de HCl livres e totais e, também, dos cloretos. A partir desta descoberta, a evolução da fisiologia da secreção gástrica tomou importante destaque na etiopatogenia das doenças gastroduodenais (2, 22).

Sabemos hoje, sucintamente, que o processo na secreção gástrica compreende 3 fases inter-relacionadas e superpostas: a cefálica,

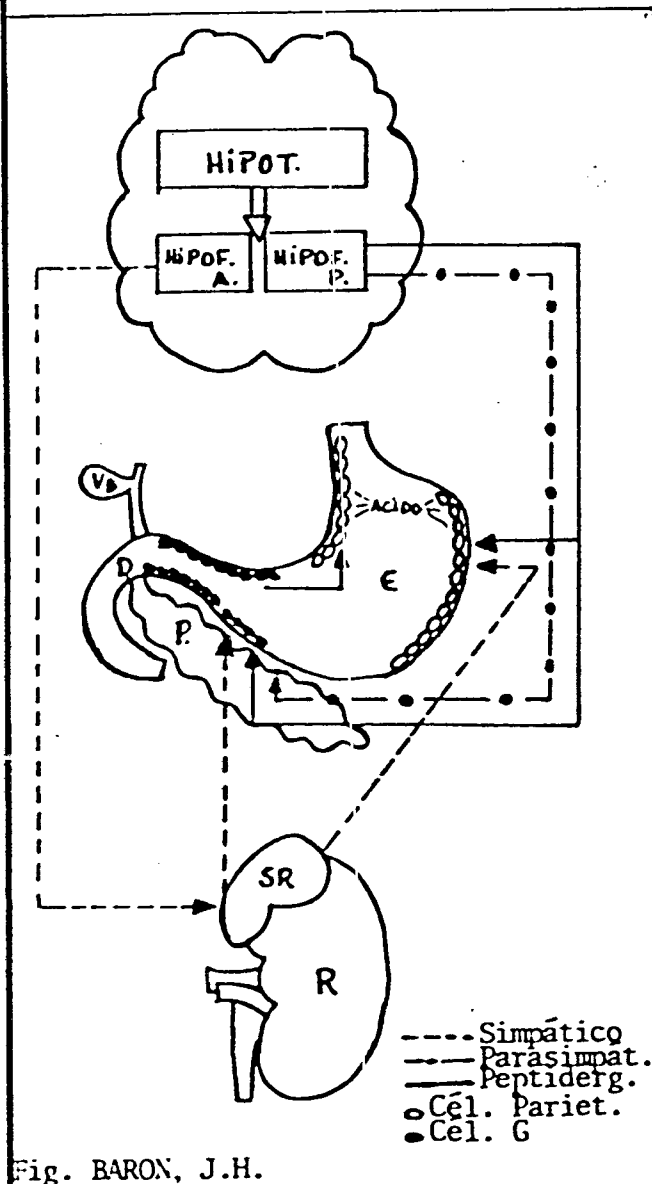


Fig. BARON, J.H.

a gástrica e a intestinal.

A fase cefálica ocorre antes mesmo que o alimento entre no estômago, resultado de estímulos que se originam na cortex cerebral ou nos centros do apetite e são transmitidos por meio dos núcleos motores dorsais do vago para o estômago. Acredita-se que esta fase representa quase 1/3 da secreção ácida-gástrica total.

A fase gástrica tem início quando o alimento atinge o estômago, provocando reflexos locais no plexo mio-entérico, estimulando a secreção de gastrina pelas células G do antro onde o resultado é a secreção de maior quantidade de ácido clorídrico.

A última fase, intestinal, começa quando o alimento e os produtos digestivos penetram no intestino e estimulam os quimiorreceptores e neurorreceptores, acarretando a liberação de hormônios adicionais. Nesse ponto a secreção de ácido clorídrico no estômago pode chegar ao fim (2,21).

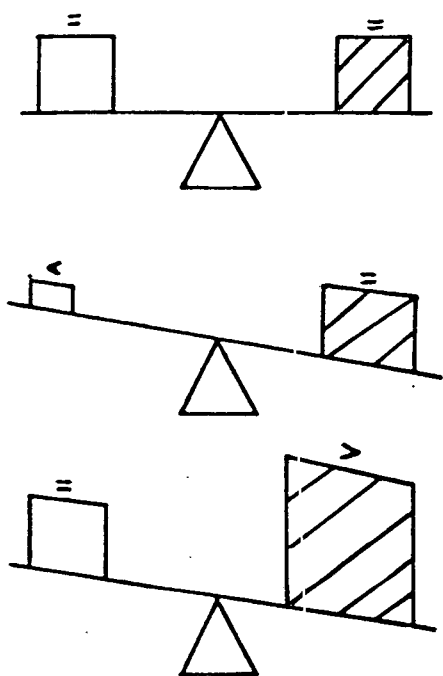
A úlcera péptica é uma solução de continuidade da mucosa localizada em uma região adjacente ao epitélio ácido-secretor, ou então nele.

Sua formação se dá quando há um rompimento do equilíbrio, existente em condições normais, entre o fator agressivo da secreção clorídrico-péptica e a capacidade da resistência da mucosa (16, 31, 36).

As localizações prediletas da úlcera péptica são em ordem de frequência, a parede anterior da primeira porção, a segunda porção do duodeno e finalmente alvejando o antro do estômago ao longo da curvatura menor, a maioria na região pré-pilórica imediata. Todavia, as úlceras gástricas podem ocorrer em

"Forças de Defesa"

"Forças de Ataque"



COMPARAÇÃO ENTRE O EQUILÍBRIO DAS FORÇAS DE ATAQUE E DEFESA

Fig. BARON

qualquer parte do estômago (2, 5, 16, 22, 23, 31, 34, 36, 41).

Em termos práticos as úlceras pépticas podem ser separadas por uma linha divisória que passa pela região pré-pilórica. As lesões que ocorrem para diante deste ponto são úlceras em que predominam os fatores de agressão; as úlceras para trás dessa linha são as úlceras gástricas, nas quais os fatores de defesa da mucosa são os mais comprometidos (16, 5, 36, 41). Resumidamente podemos dizer que a secreção clorídrico-péptica é o principal fator de agressão nas úlceras duodenais e pré-pilóricas, e o aforisma "sem ácido não há úlcera" continua sendo considerada uma verdade.

Todos os tratamentos para as úlceras duodenais e pré-pilóricas, entretanto, baseiam-se na necessidade de redução da secreção clorídrico-péptica, obedecendo ao princípio, acima citado, de que "sem ácido não há úlcera", provavelmente válido pelos conhecimentos atuais.

De maneira alguma não nos compete mostrar nesse trabalho como se deve abordar e tratar clínica ou cirurgicamente o paciente ulceroso. A nossa preocupação é mostrar um dos tratamentos cirúrgicos, hoje empregados, para o portador da doença ulcerosa crônica.

Devemos, porém, lembrar que o tratamento do ulceroso, e da sua úlcera, é eminentemente clínico, cabendo ao cirurgião intervir sobre as complicações e insucessos.

As indicações para o tratamento cirúrgico da úlcera péptica vêm sendo cada vez mais restritas, tanto pelo avanço da terapêutica medicamentosa como também pelo conhecimento dos efeitos adversos da cirurgia. Mas existem indicações principalmente nas complicações como perfurações, hemorragia, obstrução pilórica, intratabilidade e recidiva pós-operatória.

A úlcera gástrica recebe uma atenção mais cuidadosa do cirurgião, pois quando não cicatrizada após tratamento bem orientado, por período apropriado, deve ser operada.

Quanto aos pacientes rebeldes ao tratamento clínico, muito tem que se analisar, pois aqui entram muitos fatores, desde a recu

sa em obedecer ao tratamento correto: como também pelo aspecto social. A indicação da cirurgia de natureza "social" quando o doente não dispõe de recursos suficientes para o tratamento clínico, é injustificável. Esse aspecto não deveria ser jogado na responsabilidade do clínico ou do cirurgião, mas sim nos órgãos da previdência social que têm estruturas para oferecer esses recursos, mas que na maioria das vezes se omitem das responsabilidades sociais de seus segurados.

A importância do tratamento clínico é indiscutível, mas como vemos o tratamento cirúrgico ainda tem seu lugar. Aqui entra outra polêmica, qual seria a melhor técnica em abordar cirurgicamente o paciente ulceroso?

Hoje são três as cirurgias mais comuns para a doença ulcerosa duodenal. São elas a vagotomia troncular com antrectomia, a vagotomia troncular com piloroplastia e a vagotomia das células parietais (super-seletiva). Cada um desses procedimentos possui seus defensores, cada um possui alguma característica que o torna superior aos outros e cada um apresenta complicações (6).

Apesar do entusiasmo da vagotomia super-seletiva, a vagotomia troncular mais antrectomia tem seu lugar destacado, principalmente em doentes crônicos com retração ou subestenose bulbar.

O serviço deixa a vagotomia super-seletiva indicada em pacientes jovens, com úlceras pequenas, que não tiveram hemorragias e sem estenose.

Em pacientes de meia-idade, com úlceras crônicas ou com alguma das suas complicações, o serviço emprega a vagotomia troncular mais antrectomia, de preferência, como tratamento cirúrgico da doença ulcerosa.

Analizamos aqui 45 doentes operados e reavaliados pelo serviço de gastroenterologia do Hospital de Caridade São Braz - Porto União - Sc.

Em todos foi empregado a vagotomia troncular mais antrectomia, como tratamento da úlcera péptica crônica.

Ela pode ocorrer em qualquer idade, desde o recém-nascido até as idades mais avançadas. As estatísticas mostram (4,33) a úlcera duodenal predominante na quarta década e a úlcera gástrica na quinta década, sendo que as úlceras duodenais são cerca de quatro vezes mais comuns do que a úlcera gástrica.

A incidência quanto ao sexo mostra o homem mais propenso às úlceras do que as mulheres, numa proporção de 4:1 para as úlceras gástricas. (Eusterman, Balfour e Bockus). Quanto à cor notamos uma predominância da cor branca sobre as demais. A úlcera duodenal é mais uniformemente distribuída entre as várias classes sócio-econômicas, já a úlcera gástrica predomina nos menos favorecidos.

Em nosso estudo a afecção predominou no sexo masculino numa porcentagem de 73% (2,75:1), só obtivemos um caso (2,2%) de paciente da raça negra, mas devemos salientar que a região onde foi o estudo feito é predominantemente da cor branca. Quanto à procedência, o meio rural predominou com 53,3% ao meio urbano. Como citamos acima, a úlcera duodenal incide mais na população de quarta década, em nossos doentes a idade variou de 25 a 57 anos, com um predomínio entre a quarta e quinta décadas.

O diagnóstico da úlcera péptica baseia-se fundamentalmente na clínica, e nos exames radiológico e endoscópico. O exame radiológico é o instrumento de diagnóstico mais importante disponível para o clínico. Procura-se duas importantes anormalidades: uma cratera e uma deformidade duodenal.

Com o aprimoramento da instrumentação fibroscópica, a endoscopia tornou-se um auxiliar valioso para a radiologia, pois além de avaliar as condições da mucosa, e identificar a lesão, permite que esta seja biopsiada quando necessária. Na atualidade é inadmissível tratar clínica ou cirurgicamente uma úlcera gástrica sem primeiro biopsiá-la.

Temos ainda a análise do suco gástrico e a pesquisa de sangue oculto nas fezes como métodos laboratoriais auxiliares para o clínico e cirurgião.

Usamos para a confirmação clínica da úlcera péptica, em nossos doentes, basicamente a serigrafia e a endoscopia esôfago-gastro-duodenal, sendo que todos os pacientes com úlcera gástrica foram biopsiados de ROTINA e encaminhados para exame anátomo-patológico. Adiantamos que em todos os casos biopsiados os resultados foram benignos.

Além desses métodos, não nos utilizamos de nenhum outro para o diagnóstico. Somente os exames de rotina de um pré-operatório foram solicitados.

A indicação cirúrgica mais comum ocorreu nos pacientes rebeldes ao tratamento clínico (91,3%). Estes pacientes tiveram um tempo de sintomatologia que variou de 10 meses a 25 anos, com o predomínio de 10 anos de sintomatologia (31,3%). Estes doentes, que são um índice alto, tiveram um tratamento clínico anterior, tanto em nosso como em outro serviço, mas sem resultados satisfatórios. Se as exigências de um regime terapêutico adequado - um padrão regular de vida e alimentação, o uso constante de antiácidos, anticolinérgicos e sedativos - não são compatíveis com a ocupação do paciente, com o nível familiar ou financeiro, a cirurgia poderá ser imposta mais cedo do que a diátese ulcerosa duodenal indique. Também é experiência de todos os cirurgiões que os pacientes que pedem espontaneamente uma operação, após uma tentativa exaustiva de tratamento clínico, no fim têm os melhores resultados sintomáticos à cirurgia (36).

A hemorragia digestiva foi outra indicação cirúrgica com 02 (4,4%) casos. Contudo, antes da indicação cirúrgica, foi tentado e exaustivamente controlá-la clinicamente, sem resultados.

Levamos também à cirurgia um paciente que apresentava sintomatologia eminentemente obstrutiva, comprovada radiológica e endoscopicamente como estenose pós-pilórica.

A técnica cirúrgica realizada já foi citada e foi padrão para todos. Salientamos que a reconstituição do trânsito alimentar sempre foi a gastrojejunostomia pré-cólica, pois esse método permi

te um esvaziamento gástrico satisfatório, menor recorrência ulcerosa e menor morbidade, concordando com a maioria dos autores.

Procuramos preservar, ao máximo, a anatomia da junção esôfago-gástrica, porém a reconstituição da membrana esofágica não foi realizada de rotina, somente aplicados alguns pontos quando apresentava sangramentos, acreditando assim nos estudos anatômicos de Bombeck e Col., que a porção da membrana que se dirige ao hiato desempenha um pequeno papel, talvez nulo na prevenção do refluxo.

Durante a cirurgia não houve nenhum acidente anestésico, o que ocorreu durante o mesmo foi uma lesão acidental do baço, sendo necessário esplenectomizá-lo. Não houve nenhuma perfuração esofágica, tampouco outros transtornos operatórios.

Deixamos para comentar juntos o diagnóstico clínico e cirúrgico, pois estes poucos variaram; sendo que o mais encontrado foi a úlcera duodenal simples, sem complicações, em 33 casos (73%). Constatamos no entanto um caso de úlcera duodenal que esta terebrante para o lobo esquerdo do fígado e outro caso que estava perfurada e bloqueada por outras estruturas.

Associados à úlcera duodenal tivemos 02 casos de litíase biliar que foram colecistectomizados; e no paciente que apresentava esofagite de refluxo realizamos cirurgia anti-refluxo pela técnica de Lind.

Dividimos, para melhor compreensão, as complicações em pós-operatório imediato e tardio.

As complicações referentes ao PO imediato subdividiremos em quatro grupos:

A. Referentes ao ato anestésico e à inatividade ao leito: Aqui encontramos, classicamente, a pneumonia, atelectasia e o acidente trombo-embólico. Em nossos pacientes a única intercorrência foi um caso de pneumonia, com derrame pleural à esquerda que foi controlado só com antibióticoterapia. Alta hospitalar, curado.

B. Referentes à abertura da cavidade abdominal: Tivemos um

caso de infecção de parede, porém sem deiscência. Drenamos, tendo uma evolução boa, não necessitando de antibióticoterapia.

C. Referentes à anastomose gastro-jejunal: Podemos ter nesse grupo diversas complicações, como: deiscência de sutura; hemorragia; lesão traumática das vias biliares e pancreáticas; pancreatite; obstrução de alça eferente, aferente e de boca anastomótica; gastroiliostomia inadvertida, entre outras.

Tivemos, em nossos casos, duas intercorrências: um caso de obstrução de alça eferente por brida, sendo necessária a reintervenção cirúrgica; e um outro que apresentou vômitos intensos, necessitando de reposição hidroelétrica e medidas para descompressão abdominal. Evoluíram bem, com alta assintomática. Acreditamos que os vômitos intensos tenha sido um quadro semi-obstrutivo por edema de boca anastomótica, pela boa evolução que apresentou com o tratamento sintomático.

D. Referentes à vagotomia: temos a distensão gástrica como o principal sintoma. Evitamos este transtorno sondando rotineiramente todos os nossos pacientes até o reinício do peristaltismo intestinal.

Consideramos estes incidentes pós-operatórios normais, visto que a grande maioria de nossos pacientes (84,4%) evoluiu sem qualquer intercorrência clínica.

Tanto a sintomatologia como o estado geral dos nossos doentes foram considerados bons, comparados à literatura sobre as principais complicações no pós-operatório tardio da vagotomia troncular mais antrectomia.

A diarréia eventual foi nosso principal achado com 06 pacientes (13,3%); um caso apresentou diarréia moderada, mas nenhum chegou a ser incapacitante. Atribuimos essa diarréia à vagotomia troncular que também denerva o intestino.

Os vômitos foram eventuais, e aconteceram em 5 pacientes ... (11,1%), também foram controlados facilmente com medidas clínicas, sem maiores problemas, não sendo preocupação a investigação da cau

sa.

Outros sintomas foram registrados, porém com pequena frequência assim como eructação, náuseas e a dispepsia.

A alteração do peso, também, não constituiu um problema em nossos doentes, sendo que 43 (95,5%) tiveram um aumento de peso pós-operados e, somente, 02 casos apresentaram emagrecimento.

A síndrome de dumping, sempre lembrada na literatura como uma das principais seqüelas do tratamento cirúrgico da úlcera duodenal, não ocorreu em nossos pacientes.

Para melhor análise desses resultados resolvemos agrupá-los e classificá-los segundo o método de Visick.

Com isso encontramos 68,9% de pacientes enquadrados no grupo I, de Visick, isto é, sem nenhum sintoma gastro-intestinal, não fugindo da realidade de outros serviços que variam entre 50 a 70% (6, 24, 30).

O grupo II com 28,8% já apresenta alguns sintomas; porém com poucas repercussões ao doente.

A soma dos grupos I e II totalizou um índice extremamente alto (97,78%). Nós consideramos que nesses doentes a cirurgia foi benéfica, melhorando muito o padrão de vida do doente.

O Visick IV, que seria total insucesso à cirurgia, não nos ocorreu em nenhum caso, como também não tivemos nenhum óbito.

Infelizmente não nos foi possível a realização rotineira da radiologia e endoscopia no acompanhamento dos nossos doentes, para podermos com certeza rotulá-los como curados. Não vale a pena inumerar os motivos por não termos feito tais exames, pois estes já são exaustivamente conhecidos por todos que trabalham com o nosso sistema previdenciário.

Mesmo assim, conseguimos realizá-los, apenas nos pacientes com sintomas sugestivos de recidiva ulcerosa, não encontrando tal recidiva. Nos demais, todos assintomáticos, até agora, consideramos curados.

CONCLUSÃO

A análise do material estudado permitiu-nos chegar a algumas conclusões que consideramos de real valor para o estudo que acabamos de efetuar.

- Uma delas é que a vagotomia troncular mais antrectomia, em mãos experientes, é de fácil execução e com riscos quase que nulos.

- Permite uma boa opção em pacientes de média idade com úlceras crônicas e com retração de bulbo.

- Que é também uma técnica válida a ser aplicada em pacientes com complicações da úlcera péptica.

- A recidiva ulcerosa com esta técnica é quase nula juntamente com a sua mortalidade.

- Que o tratamento cirúrgico sempre deve ser considerado no paciente ulceroso crônico.

- As complicações existem, as que encontramos se comparam com os dados de literatura e sem dúvida, em nossos pacientes, elas foram desprezíveis se comparadas à sintomatologia e à vida anterior que o doente levava.

- A grande maioria dos nossos pacientes ficou satisfeita com a cirurgia, melhorando muito o seu padrão de vida.

- Finalizando, achamos que se o objetivo principal da operação consiste em curar a doença ulcerosa sem se preocupar com os efeitos colaterais que pode apresentar, a vagotomia troncular mais antrectomia consiste no procedimento de escolha, pois comporta a menor taxa de recidiva da doença.

BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS, G.E.; NETO, A.F.; ESCÁFURA, C.M.S.; MELLO, C.M.G.; FREITAS, L.V.; DE FREITAS, C.M.G.: Colelitíase pós-vagotomia. ARS Cvrandi, Abril: 113/121, 1982.
2. BARON, J.H.: Clinical tests of gastric secretion: History, Methodology and interpretation.-Oxford University Press , 1979.
3. BATTARELO, A.: Conduta terapêutica na úlcera péptica. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Outubro: 10/15, 1971.
4. BATTARELO, A.; RODRIGUES, J.G.; MEIRELLES, J.S.; ISHIOKA, S.: Úlcera Péptica, "ainda um desafio". ARS Cvrandi, março:43/58, 1981.
5. BEENSON, P.B.; Mc DERMOTT, W.: Tratado de Medicina Interna. 15 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
6. BRENNER, S.; DE SOUZA, F.J.; MORAES, R.S.: Resultados tardios da vagotomia associada a antrectomia no tratamento da úlcera duodenal. Rev.Ass. Méd. do Brasil, CUR-PR, vol. 25 , nº 8, Agosto, 1979.
7. CENEVIVA, R.: Gastrectomia segmentar associada à vagotomia superseletiva no tratamento das úlceras duodenais. Rev. Ass. Med. do Brasil.-Vol. 25, nº 9, set: 301/2, 1978.
8. CHAIB, S.A.; HADDAD, M.; BEGARA, F.S.; CHAIB, E.: Insucessos da vagotomia superseletiva no tratamento da úlcera duode-

9. CUNHA, J.C.: Cirurgia seletiva da úlcera duodenal. Caderno de Gastroenterologia. Nov: 113/6; 1973.
10. DE MELLO, J.B.; RODRIGUES, J.J.G.; GARRIDO JR., A.B.; MOREIRA, A.A.; MITSUNORI, M.; LOPASSO Fº.; RAJAB, I.; BAIA, A.A.: Vagotomia Gástrica Proximal. Avaliação dos Resultados a Médio Prazo. Rev. Col. Bras. de Cirurgias.- Maio/junho, vol. III, nº 3: 123/6, 1981.
11. DE MELLO, J.B.; MOREIRA, A.A.; GARRIDO JR., A.B.; MITSUNORI, M.; LOPASSO, F.P.; RAIA, A.A.: Vagotomia seletiva com ressecção gástrica econômica no tratamento da úlcera duodenal. Técnicas e resultados. São Paulo, Rev. Ass. Med. Brasil. Vol. 22, nº 12: 223/231, 1976.
12. DE MELLO, J.B.; MOREIRA, A.A.; GARRIDO JR., A.B.; DOMINGOS Fº, A.; MITSUNORI, M.; LOPASSO, F.P.; RODRIGUES, J.J.G.; RAIA, A.A.: Téc. cirúrgica conservadora no tratamento da úlcera gástrica. Rev. Ass. Méd. do Brasil. vol. 24, nº 5: 163/6, 1978.
13. GALVÃO, J.; CALTABIANO, A.; BARROSO, F.; PINHO, E.: Vagotomia superseletiva. Arq. Cat. Med., vol. 5, nº 3, 1978.
14. GALVÃO, L.: Cirurgia do Aparelho Digestivo. Rio de Janeiro - RJ., Guanabara Koogan, 1978.
15. GALVÃO, L.; BARROSO, F.L.; BARROSO, A.O. & NOGUEIRA, J.O.: Antrectomia Associada à Vagotomia Seletiva. Rev. Pós-Operatória. Rev. Bras. Cir. 50:261, 1965.

16. GAMA RODRIGUES, J.J.; ARAB-FADUL, R.; FREITAS, I.M.; WAITZ BERG, D.L.; GLIMA, S.; SANTOS, R.C.O.; SZEGO, T.; BRESCIANI, C.J.C. JÚNIOR, A.H.S.S.; CASELLA, E.B.; KATZ, A.; HABR-GA-MA, A.: A vagotomia gástrica proximal no tratamento da úlcera duodenal. Avaliação dos resultados. Rev. Col. Bras. de Cir., Jul/Ago., Vol. VII., nº 4: 171/80; 1980.
17. GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O' RAHILLY, R.: Anatomia. 5 ed., RJ., Guanabara Koogan, 1982.
18. GOFFI, F.S.: Técnica Cirúrgica. 2 ed., RJ., Atheneu, 1980.
19. GUYTON, A.C.: Tratado de Fisiologia Médica. 5 ed., Interamericana-RJ., 1977.
20. HERRINGTON JR., J.L.: Vagotomy and Antrectomy. Abdominal operations. 6 ed., Vol. 1, 281/305, 1974.
21. ISSA, J.; COELHO, H.S.M.: Úlcera péptica. JBM, Agosto: 10/20 , 1977.
22. JORDAN JR., P. & CODON, R.H.: A prospective evolutions of vagotomy - piloroplasty and vagotomy-antrectomy for tratament of duodenal ulcer. ANN SURG., 171:547, 1970.
23. JUNIOR, A.Z.; KÜNZLE, J.E.; CAMACHO, A.C.: Gastrectomia parcial (resultados tardios). Residência Médica, Novembro, vol. 6 , nº 11, 12/20, 1977.
24. KNUDSEN, K.D.: A síndrome do Albatroz. Como prevení-la. Clin. Cir. Am. Norte, out: 935, 1979.

25. KOROMPAI, F.L.: Vagotomia das células parietais. Clin. Cir. Am. Norte. Out. 951/5, 1979.
26. KUNZLE, J.E.; ZILIOFFO JR., A.; TAKEDA, F.A.: Tratamento cirúrgico da úlcera duodenal. Rev. Ass. Med. Brasil. vol. 25, nº 9, setembro: 326/9, 1979.
27. LEONARDI, L.S.; REIS NETO, J.A.; BRANDALISE, N.A.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J.: Sutura em plano único na cirurgia gastroduodenal. Resultados clínicos em 756 doentes. SP., Rev. Col. Bras. dos Cir. set/out: 223/31, 1977.
28. NYHUS, L.M.; MORAES, M.F.; DONAHNE, P.E.: Tratamento cirúrgico da úlcera péptica. Rev. Col. Bras. Cir. Mar/Abr: 62/70, 1977.
29. NYHUS, L.M.; WASTELL, C.: Cirurgia do estômago e duodeno. 3 ed, RJ., Interamericana, 1982.
30. PALMER, E.A.: Avaliação da úlcera gastroduodenal penetrante. Veterans Administrations hospital New Jersey. Junho: 80/5, 1973.
31. RAHAL, F.; PEREIRA, V.: Estado atual do tratamento da úlcera péptica. Arq. Hosp. Fac. Med. Santa Casa de São Paulo, nº6, 69/78, 1973.
32. SABISTON, D.C. Jr.: Tratado de cirurgia. Interamericana, Rio de Janeiro-RJ., 1979.
33. ROBINS, S.L.: Patologia estrutural e funcional. RJ., Interamericana, Rio de Janeiro-RJ., 1975.

34. SCHWARTZ, S.I.: Princípios de cirurgia. 3 ed., RJ., Guanabara Koogan, 1981.
35. SIQUEIRA, I.T.: Tratamento cirúrgico da úlcera péptica gastroduodenal. Rev. Ass. Méd. do Brasil. Vol. 23, nº 6, 205/8, 1977.
36. SQUIRE, L.F.: Fundamentos de radiologia. 2 ed., RJ., Interamericana, 1980.
37. STEPHENSON, L.W.; HALLENBECK, G.A.: Operations for gastric ulcer. A Review. The American Surgeon. Aug: 554/60, 1976.
38. STURNIOLO, G.; GARDITELLO, A.; BARTOLOTTA, M.; BONABITA, G.; SAIHA, E.: Actualité de la vagotomie double tronculaire avec antrectomie dans le traitement chirurgical de l'úlcère duodénal. Annales de Chirurgie, vol. 37, nº 5: 360/3, 1983.
39. ZERBINI, E.J. e col.: Clínica cirúrgica Alípio Corrêia Neto. 3 ed., São Paulo, Sarvier, 1979.
40. ZOLLINGER, R.M.; ZOLLINGER JR., R.: Atlas de cirurgia. Artes Médicas. 4 ed., Rio de Janeiro, 1977.

TCC
UFSC
CC
0043

N.Cham. TCC UFSC CC 0043

Autor: Lungwtz, Marcos Ta

Título: Vagotomia troncular mais antrect



972812855

Ac. 252879

Ex.1

Ex.1 UFSC BCCSM