

131

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA

- Análise de 70 casos -

DOUTORANDOS : Isabel Cristina Mazzolli Damiani
João Ernani Leal

- Criciúma, novembro de 1985 -

ÍNDICE

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	4
CASUÍSTICA E MÉTODOS	6
RESULTADOS	7
1. Idade	7
2. Sexo	9
3. Localização Anatômica da Úlcera	10
4. Malignidade da Úlcera Gástrica	11
5. Cor	12
6. Estado Civil	13
7. Profissão	14
8. Sinais e Sintomas	15
9. Exame Radiológico	16
10. Tratamento Cirúrgico	17
11. Tempo de Permanência Hospitalar	18
12. Evolução	19
COMENTÁRIOS	22
CONCLUSÕES	28
SUMMARY	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

RESUMO

Foram analisados retrospectivamente os 70 casos de úlcera péptica perfurada internados no Hospital São José de Criciúma-SC., no período de 1º de janeiro de 1975 a 31 de dezembro de 1984.

Deste estudo pudemos constatar que a maioria dos pacientes tinha a idade entre 21 a 60 anos (81,42%). E que a incidência maior entre 1975 a 1979 foi entre 31 a 40 anos, enquanto que entre 1980 a 1984 foi entre 21 a 30 anos. Ocorreu com maior frequência no homem do que na mulher, com uma proporção de 4,7:1, sendo mais comum a úlcera duodenal (88,57%) do que a úlcera gástrica (11,42%). A proporção homem: mulher para úlcera duodenal foi 5,89:1, enquanto que na úlcera gástrica foi de 1,66:1, sendo que todas as úlceras gástricas demonstraram-se benignas.

A maioria dos pacientes eram brancos (95,71%), casados (75,67%) e exerciam profissões relacionadas com um baixo padrão sócio-econômico (55,73%).

Os pacientes apresentam principalmente dor abdominal (100%), abdome em tábua (95,71%) e vômito (27,14%), tendo 77,58% de positividade para pneumoperitônio no RX simples de abdome.

As técnicas cirúrgicas utilizadas foram a vagotomia troncular + piloroplastia (44,28%), a vagotomia super-seletiva (14,28%), a pilorectomia (12,85%) e a sutura simples (11,42%).

O tempo de permanência hospitalar mais comum foi entre 6 a 10 dias, com 21,42% de complicações, sendo a mais comum a peritonite (60%). A mortalidade foi de 8,57%.

INTRODUÇÃO

A úlcera péptica perfurada é uma entidade que tem sua base fisiopatológica e etiológica na úlcera péptica em si, apresentando-se como uma de suas complicações, ao lado da obstrução pilórica, da hemorragia e da cancerização. Ocorre em cerca de 5 a 10% dos pacientes.¹⁵

A maioria das perfurações ocorre em pacientes com úlcera duodenal, numa faixa etária entre 20 a 50 anos e a frequência é muito maior nos homens do que nas mulheres.

A principal etiologia da perfuração é a etiologia da úlcera. A ação de medicamentos do grupo da butazona, AAS, corticoesteróides e o uso de álcool tem sido relacionados com as complicações de úlcera péptica¹⁰. Do mesmo modo o stress, fatores psicossomáticos, fatores ambientais e a associação com outras doenças (cirrose, DPOC...), são fatores etiológicos da úlcera péptica e de suas complicações^{8, 15}.

A perfuração em cavidade livre é acompanhada imediatamente da intensa dor epigástrica irradiando-se para todo o abdome. A intensidade da dor depende da quantidade de líquido extravazado para o peritônio e da capacidade das vísceras em bloquearem o orifício.

Ao exame físico observa-se o quadro de abdome agudo perfurativo, com ventre em tábua, pela rigidez da musculatura abdominal; Blumberg positivo; ausência de ruídos hidroaéreos, ílio paralítico, que resultam da peritonite generalizada que acompanha a perfuração três a quatro horas após a dor pode ser intensa em fossa ilíaca direita e flanco direito, simulando apendicite, devido a drenagem de líquidos extravazados para a pelvis¹⁵. Pela percussão a macicez do fígado pode estar ausente, indicandó ar nas cúpulas diafragmáticas, sendo confirmado pelo RX simples de abdome com imagens de pneumoperitônio nos espaços subfrênicos, mais frequentemente à direita. A ausência do pneumoperitônio não exclui o diagnóstico de úlcera péptica perfurada.

90% dos casos de úlcera perfurada são diagnosticados na prática clínica com relativa facilidade.

O atraso no tratamento, apresenta agravamento progressivo. A peritonite associada a perfuração produz desidratação, sobrevem febre, leucocitose intensa. A acidose metabólica, a infecção e a desidratação associadas podem levar ao choque evoluindo rapidamente para óbito.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com perfuração de outras vísceras ocas, colecistite aguda, pancreatite e apendicite agudas, trombose mesentérica e obstrução intestinal¹⁵. Deve-se levar em conta que há pacientes com úlcera péptica perfurada que nunca tiveram sintomatologia ulcerosa.

O tratamento é cirúrgico. As técnicas utilizadas são várias e sua indicação dependerá de diversos fatores como o sítio da perfuração (se duodenal ou gástrica), do tempo da perfuração até o atendimento, da idade do paciente, (história de sintomatologia ulcerosa positiva ou não,) e rotina do serviço, entre outras.

Basicamente, a cirurgia consiste de sutura simples da perfuração ou cirurgia definitiva para tratamento da úlcera, através de vagotomia, vagotomia associada a cirurgia de drenagem (piloroplastia ou gastroenteroanastomose) e a gastrectomia parcial ou total.

CASUISTICA E MÉTODOS

Em nosso estudo retrospectivo foram analisados todos os casos de úlcera péptica perfurada internados no Hospital São José de Criciúma - SC., no período de 1º de janeiro de 1975 à 31 de dezembro de 1984, perfazendo um total de 70 casos.

Para isso foi utilizado o arquivo do Hospital, de onde pudemos dis-por dos processos necessários.

Nestes processos foram coletados os seguintes dados: idade, sexo, localização anatômica da úlcera, cor, estado civil, profissão, sinais e sintomas, exame radiológico, tratamento cirúrgico, malignidade da úlcera gástrica, tempo de permanência hospitalar e evolução.

Sentimos dificuldade na coleta dos dados devido ao preenchimento incompleto dos processos pesquisados, principalmente no que se refere a sinais e sintomas, e a evolução dos pacientes. Com isso, não nos foi possível investigar a porcentagem de pacientes com úlcera péptica perfurada sem sintomas antecedentes de úlcera, bem como a resposta ao tratamento cirúrgico utilizado.

RESULTADOS

1 - IDADE

A faixa etária mais comum entre os pacientes foi entre 21 a 30 anos, com 18 casos (25,71%). A segunda mais comum foi entre 31 a 40 anos com 14 casos (20,00%). Entre 41 a 50 anos, com 13 casos (18,57%), e entre 51 a 60 anos com 12 casos (17,14%). Ocorreu 1 caso (1,42%) entre 11 a 20 anos. Não ocorrendo nenhum caso acima de 80 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos casos conforme a idade

IDADE	Nº	%
11 - 20 anos	1	1,42
21 - 30 anos	18	25,71
31 - 40 anos	14	20,00
41 - 50 anos	13	18,57
51 - 60 anos	12	17,14
61 - 70 anos	6	8,57
71 - 80 anos	5	7,14
TOTAL	70	100,00

HSJ - 1975-84

1.2 - Idade conforme os anos

De 1975 a 1979, a idade mais acometida foi entre 31 a 40 anos, com 6 casos (30%). E de 1980 a 1984 foi entre 21 a 30 anos, com 19 casos (38,00%).

Tabela 1.2 - Distribuição das idades conforme os anos

IDADE	ANOS			
	1975 - 79		1980 - 84	
	Nº	%	Nº	%
1 - 20 anos	-	-	1	2,00
21 - 30 anos	2	10,00	19	38,00
31 - 40 anos	6	30,00	7	14,00
41 - 50 anos	3	15,00	9	18,00
51 - 60 anos	3	15,00	11	22,36
61 - 70 anos	4	20,00	2	4,00
71 - 80 anos	2	10,00	3	6,00
TOTAL	20	100,00	50	100,00

HSJ - 1975-84

2 - SEXO

A grande maioria dos pacientes eram do sexo masculino, com 58 casos (82,85%). ~~E~~ os 12 casos restantes (17,14%) eram do sexo feminino.

Tabela 2 - Distribuição dos casos conforme o sexo

SEXO	Nº	%
Masculino	58	82,85
Feminino	12	17,14
TOTAL	70	100,00

Fonte:

HSJ - 1975-84

2.1 - Sexo conforme os anos

Houve uma oscilação na incidência do sexo no decorrer dos anos. Variou, em 1978, de 2 casos (2,85%) de homens e 1 caso (1,42%) de mulher, até 9 casos (12,85%) de homens e nenhum caso (0%) de mulher em 1980.

Tabela 2.1 - Distribuição dos casos conforme o sexo nos anos

ANOS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1975	4	5,71	1	1,42	5	7,14
1976	3	4,28	1	1,42	4	5,71
1977	5	7,14	0	-	5	7,14
1978	2	2,85	1	1,42	3	4,28
1979	3	4,28	0	-	3	4,28
1980	9	12,85	0	-	9	12,85
1981	6	8,57	1	1,42	7	10,00
1982	7	9,99	3	4,28	12	17,14
1983	8	11,42	1	1,42	9	12,85
1984	11	15,70	4	5,71	15	21,42
Total de Casos					70	100,00

HSJ - 1975-84

3 - LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DA ÚLCERA

A grande maioria dos pacientes eram portadores de úlcera duodenal, com 62 casos (88,57%). ~~E~~ em 8 casos (11,42%) a úlcera era gástrica.

Tabela 3 - Distribuição dos casos conforme a localização da úlcera

LOCALIZAÇÃO	Nº	%
Úlcera duodenal	62	88,57
Úlcera gástrica	8	11,42
TOTAL	70	100,00

Fonte:
HSJ - 1975-84

3.1 - Localização anatômica da úlcera conforme o sexo

Nas úlceras duodenais ocorreram 53 casos (85,48%) do sexo masculino, e 9 casos (14,51%) do sexo feminino. Nas úlceras gástricas ocorreram 51 casos (62,50%) do sexo masculino e 3 casos (37,50%) do sexo feminino.

Tabela 3.1 - Distribuição dos 62 casos de úlcera duodenal e dos 8 casos de úlcera gástrica conforme o sexo

SEXO	UD		UG	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	53	85,48	5	62,50
Feminino	9	14,51	3	37,50
TOTAL	62	100,00	8	100,00

HSJ - 1975-84

4 - MALIGNIDADE DA ÚLCERA GÁSTRICA

Todas as úlceras gástricas eram benignas, com 8 casos (100%). Houve 1 caso (12,5%) em que a úlcera estava associada a um adenocarcinoma mucinoso.

Tabela 4 - Distribuição dos 8 casos de úlcera gástrica conforme o exame anatomo - patológico

Anátomo - patológico	Nº	%
Úlcera gástrica benigna	7	87,5
Úlcera gástrica benigna + adenocarcinoma mucinoso	1	12,5
TOTAL	8	100,0

HSJ - 1975-84

5 - COR

A cor branca foi encontrada em 67 casos (95,71%); e 3 casos (4,28%) eram de cor preta.

Tabela 5 - Distribuição dos casos conforme a cor

COR	Nº	%
Branca	67	95,71
Preta	3	4,28
TOTAL	70	100,00

HSJ - 1975 - 84

6 - ESTADO CIVIL

A maioria dos pacientes eram casados, com 53 casos (75,67%). Sendo que em 10 casos (13,51%) eram solteiros, em 5 casos (8,10%) eram viúvos, em 1 caso (1,35%) era separado, e 1 caso (1,35%) era de menor.

Tabela 6 - Distribuição dos casos conforme o estado civil

ESTADO CIVIL	Nº	%
Casado	53	75,67
Solteiro	10	13,51
Viúvo	5	8,10
Separado	1	1,35
Menor	1	1,35
TOTAL	70	100,00

HSJ - 1975-84

7 - PROFISSÃO

Todas as pacientes femininas eram do lar, com 12 casos (18,57%). Nos pacientes masculinos, 10 casos (14,28%) eram aposentados, e 9 casos (12,85%) tinham profissão desconhecida.

Tabela 7 - Distribuição dos casos conforme a profissão

PROFISSÃO	Nº	%
Do lar	12	17,14
Aposentado	10	14,28
Desconhecida	9	12,85
Lavrador	6	8,57
Pedreiro	5	7,14
Mineiro	5	7,14
Motorista	4	5,71
Carpinteiro	3	4,28
Servente	3	4,28
Vigia	2	2,85
Auxiliar escritório	2	2,85
Mecânico	2	2,85
Operador	2	2,85
Serrador	2	2,85
Almoxarife	1	1,42
Eletricista	1	1,42
Encanador	1	1,42
TOTAL	70	100,00

8 - SINAIS E SINTOMAS

A grande maioria dos pacientes apresentaram dor abdominal, com 70 casos (100,00%) e abdômen em tábua, com 67 casos (95,71%). Em 19 casos (27,14%) houve vômitos, em 3 casos (4,28%) houve febre, em 2 casos (2,85%) choque, em 1 caso (1,42%) dor retroesternal em constrição, em 1 caso (1,42%) dor lombar, e em 1 caso (1,42%) dispnéia, ortopnéia e cianose.

Tabela 8 - Distribuição dos casos conforme os sinais e sintomas

Sinais e Sintomas	Nº	%
Dor abdominal	70	100,00
Abdômen em tábua	67	95,71
Vômito	19	27,14
Febre	3	4,28
Choque	2	2,85
Dor retroesternal em constrição	1	1,42
Dor lombar	1	1,42
Dispnéia, ortopnéia e cianose	1	1,42

9 - EXAME RADIOLÓGICO

Dos 70 casos, somente em 58 casos foi realizado o RX simples de abdomen. E dentre os RX realizados, 45 (77,58%) evidenciavam a presença de pneumoperitônio e 13 (22,41%) tinham ausência de pneumoperitônio.

Tabela 9 - Distribuição dos 58 casos radiografados conforme a presença de pneumoperitônio

Presença de pneumoperitônio	Nº	%
Sim	45	77,58
Não	13	22,41
TOTAL	58	100,00

HSJ - 1975-84

10 - TRATAMENTO CIRÚRGICO

A técnica mais utilizada foi a vagotomia troncular + piloroplastia, com 31 casos (44,28%). Em 10 casos (14,28%) foi utilizada a vagotomia super-seletiva; em 9 casos (12,85%) a piloretomia; em 8 casos (11,42%) a sutura simples; em 5 casos (7,14%) a vagotomia troncular + gastrectomia BI; em 2 casos (2,85%) a gastrectomia BI e em 1 caso (1,42%) a gastrectomia BII. Em 4 casos (5,71%) a técnica era desconhecida.

Tabela 10 - Distribuição dos casos conforme o tratamento cirúrgico

TRATAMENTO CIRÚRGICO	Nº	%
Vagotomia troncular + piloroplastia	31	44,28
Vagotomia super-seletiva	10	14,28
Piloretomia	9	12,85
Sutura simples	8	11,42
Vagotomia troncular + gastrectomia BI	5	7,14
Gastrectomia BI	2	2,85
Gastrectomia BII	1	1,42
Desconhecida (3 UD e 1 UG)	4	5,71
TOTAL	70	100,00

11 - TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

A maioria dos pacientes permaneceram entre 6 a 10 dias no hospital com 37 casos (52,85%). 15 casos (21,42%) permaneceram entre 1 a 5 dias, e 7 casos (10,00%) permaneceram entre 16 a 20 dias.

Tabela 11 - Distribuição dos casos conforme o tempo de permanência hospitalar

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	Nº	%
1 - 5 dias	15	21,42
6 - 10 dias	37	52,85
11 - 15 dias	6	8,57
16 - 20 dias	7	10,00
21 - 25 dias	1	1,42
26 - 30 dias	1	1,42
31 - 35 dias	1	1,42
35 dias	1	1,42
TOTAL	70	100,00

HSJ - 1975-84

12 - EVOLUÇÃO

Após a cirurgia, 55 pacientes (78,57%) evoluíram sem complicações. Sendo que, em 15 casos (21,42%) surgiram complicações.

Tabela 12 - Distribuição dos casos conforme a evolução no pós-operatório

Pós-operatório	Nº	%
Sem complicações	55	78,57
Complicado	15	21,42
TOTAL	70	100,00

HSJ-1975-84

12.1 - Complicações

Nos pós-operatórios complicados, ocorreram 9 casos (60,00%) de peritonite, 4 casos (26,66%) de insuficiência renal, 3 casos (20,00%) de septicemia, 2 casos (13,33%) de choque séptico, 2 casos (13,33%) de fístula duodenocutânea, 2 casos (13,33%) de derrame pleural, 2 casos (13,33%) de infecção pulmonar, 2 casos (13,33%) de embolia pulmonar, 1 caso (6,66%) de edema agudo de pulmão, 1 caso (6,66%) de atelectasia, 1 caso (6,66%) de septicemia e 1 caso (6,66%) de brida.

De todos os pós-operatórios, 12,85% evoluíram para peritonite.

Tabela 12.1 - Distribuição dos 15 casos complicados conforme a complicação

Complicação	Nº	% entre 15 casos compl.	% entre 70 casos oper.
Peritonite	9	60,00	12,85
Insuficiência renal	4	26,66	5,71
Septecemia	3	20,00	4,28
Choque séptico	2	13,33	2,85
Fístula duodenocutânea	2	13,33	2,85
Derrame pleural	2	13,33	2,85
Infecção pulmonar	2	13,33	2,85
Embolia pulmonar	2	13,33	2,85
Edema agudo pulmonar	1	6,66	1,42
Atelectasia	1	6,66	1,42
Brida	1	6,66	1,42

HSJ - 1975-84

12.2 - Evolução Final

A maioria dos pacientes tiveram alta hospitalar com 64 casos (91,42%) e 6 pacientes (8,57%) evoluíram para o óbito.

Tabela 12.2 - Distribuição dos casos conforme a evolução final

Evolução	Nº	%
Alta hospitalar	64	91,42
Óbito	6	8,57
TOTAL	70	100,00

HSJ - 1975-84

12.3 - Óbitos

Em 2 casos (33,33%) a causa mortis foi insuficiência renal, em 2 casos (33,33%) foi o choque séptico, e em 2 casos (33,33%) foi a embolia pulmonar.

Tabela 12.3 - Distribuição dos 6 casos que evoluíram para o óbito conforme a sua causa mortis

Causa Mortis	Nº	%
Insuficiência renal	2	33,33
Choque séptico	2	33,33
Embolia pulmonar	2	33,33
TOTAL	6	100,00

HSJ - 1975-84

COMENTÁRIOS

A faixa etária mais comum encontrada foi entre 21 a 60 anos (81,42%), discordando da literatura^{14,21} que cita a maior incidência entre 20 a 50 anos. Observamos um pico entre 21 a 30 anos (25,71%), divergindo de outros autores que citam um pico entre 30 a 40 anos¹, e entre 50 a 70 anos¹⁵.

Apesar de ser raro o acontecimento antes dos 20 e depois dos 60 anos, STERN, NESSA e PERKIN descreveram úlcera gástrica perfurada em criança de 2 meses¹³. Em nosso estudo obtivemos um caso apenas abaixo dos 20 anos (1,42%) cujo paciente tinha 14 anos.

Na divisão feita da faixa etária conforme os anos, observamos que de 1975 a 1979 a incidência foi entre 31 a 40 anos (30%) coincidindo com a literatura já citada¹. De 1980 a 1984 a incidência baixou para 21 a 30 anos (38%) discordando da bibliografia consultada^{1,13,14,15,21}.

Quanto ao sexo, a incidência foi maior nos homens (82,85%) do que nas mulheres (17,14%), sendo confirmado pela literatura^{1,2,7,11,14,20,27,28}. Observamos portanto, uma proporção média de 4,7:1 na relação homem : mulher, coincidindo com um trabalho²⁸ realizado em 1965, cuja proporção foi de 4,9:1. Os mesmos autores realizaram novo estudo²⁸ em 1970, demonstrando um decréscimo na proporção, para 2,1:1, salientando um aumento na incidência de perfuração entre as mulheres. Já em um trabalho realizado em 1972²⁷, podemos encontrar uma proporção de 1,6:1 e em outro realizado em 1984⁷ de 3:1. No entanto, em estudos^{2,11} realizados na década de 70, a proporção média foi de 6:1. Na literatura¹⁹ podemos ainda encontrar uma proporção de até 20:1; mostrando com isso, as variáveis possíveis no que se refere a proporção homem:mulher. Em nosso estudo pudemos, observar também uma oscilação na proporção de um ano para outro, variando de 2:1 em 1978 até 9:0 em 1980.

Em relação a localização anatômica da úlcera, constatamos que em 88,57% as úlceras eram duodenais, e em 11,42% eram gástricas, coincidindo com a literatura^{1,24} quando cita ser a perfuração mais frequente na úlcera duodenal do que na úlcera gástrica; e quando dá uma porcentagem de 90% para a úlcera duodenal¹⁵. Há autores, porém, que citam 65⁷ e 70%²⁸ para a úlcera duodenal. Obtivemos, portanto, uma proporção de 7,75 úlceras duodenais perfuradas para 1 úlcera gástrica perfurada, diferindo da proporção encontrada na bibliografia²⁰ de 2 a 3:1 e 9:1 e de 5:1¹³ em outra. Este fato está relacionado com a maior incidência de úlcera duodenal sobre a úlcera gástrica nos ulcerosos em geral, com uma proporção de 2:1 até 10:1^{4,8,20,21}. Em estudos de autópsia revelou-se a incidência mais ou menos idêntica entre úlcera duodenal e gástrica indicando que a úlcera gástrica pode ser assintomática⁸.

Úlceras

Na divisão das úlceras duodenais e gástricas conforme o sexo, observamos que na úlcera duodenal a incidência nos homens foi de 85,48% e nas mulheres de 14,51%, com uma proporção de 5,89:1. Nas úlceras gástricas a incidência foi de 62,50% nos homens e de 37,50% nas mulheres, com uma proporção de 1,66:1, evidenciando a menor incidência de úlcera gástrica perfurada do que a duodenal no homem. Podemos então relacionar este dado com índices também maiores de úlcera duodenal nos homens encontrado nas proporções entre homem e mulher com úlcera duodenal e úlcera gástrica na citação de alguns autores, tais como: 7:1 na úlcera duodenal e 2:7 na úlcera gástrica²³; 3:1 na úlcera duodenal e 2:1 na úlcera gástrica^{17,21}; 5,6:1 na úlcera duodenal e 1,5:1 na úlcera gástrica⁴; 4:1 na úlcera duodenal e 3:1 na úlcera gástrica²⁰ e 4:1 na úlcera duodenal e 2:1 na úlcera gástrica¹⁵.

Conforme o exame anátomo-patológico das úlceras gástricas, observamos que em 100% as úlceras eram benignas, devendo-se levar em consideração o número muito pequeno de úlceras gástricas encontradas (8 casos). Ocorreu 1 caso (12,5%) de associação com adenocarcinoma mucinoso. Na literatura há citação de que 1,5%⁴ e até 7% das úlceras gástricas apresentam sinais de malignidade, sendo a frequência da perfuração muito maior na úlcera benigna do que na maligna²¹.

A cor branca prevaleceu em 95,71% dos casos, ficando a cor negra com 4,28%. Deve-se levar em consideração a maior incidência da cor branca sobre a negra em nosso meio.

A maioria dos pacientes eram casados com 75,67% e em 13,51% eram solteiros. Ocorreu um caso (1,35%) em que o paciente era menor.

Quanto a profissão constatamos que todas as mulheres trabalhavam somente no lar (17,14%). Em relação aos homens obtivemos um grupo de profissão desconhecida (12,85%), o que nos impediu de obter uma porcentagem real em relação a profissão. Dos pacientes com profissão conhecida, a maioria (14,28%) era aposentado. Os 55,73% restantes ficaram divididos em diversas profissões relacionadas com um baixo padrão sócio-econômico.

Todos os pacientes apresentaram dor abdominal (100%), e a maioria apresentou abdome em tábua (95,71%), concordando com a descrição da literatura^{1,4,15}. 27,14% dos pacientes apresentaram vômito, o que diverge dos autores quando citam estar presentes em 16% dos casos¹ e ser raro o seu aparecimento²¹. A febre estava presente em 4,28% dos casos, sendo que em um caso dentre estes havia pie lonefrite associada, o que dificultou o diagnóstico inicial; e o que, por sua vez, explicaria também um caso (1,42%) de dor lombar encontrado. Observamos o choque em 2,85% dos casos, o que diverge da literatura quando eleva o índice para 10%¹ e 30%²⁴.

Um paciente (1,42%) apresentou dispnéia, ortopnéia e cianose por ter feito edema agudo de pulmão associado, e um outro (1,42%) apresentou dor retroesternal em constrição, ambos com dor e defesa abdominal, dificultando, assim, o diagnóstico.

A literatura relata que 25% dos pacientes tem apenas 3 meses de sintomas antecedentes de úlcera péptica¹⁵, e que 10 a 20%^{8,21} nunca apresentaram sintomas prévios. Em um estudo²⁸ observou-se que 65% dos pacientes ou não tinham sintomas prévios ou os tinham por menos de 3 meses. Não nos foi possível investigar este aspecto pela inexistência dos dados necessários, assim como o tempo entre a perfuração e o tratamento cirúrgico, compreendido entre 3 horas e 10 dias conforme estudo² realizado em meados de 1980.

Na radiografia simples de abdomen, a presença de pneumoperitônio confirma o diagnóstico^{1, 13, 14, 15}, mas a sua ausência não exclui a possibilidade da perfuração^{8, 16}. Nos pacientes radiografados constatamos a presença de pneumoperitônio em 77,58%, sendo confirmado pela literatura consultada^{6, 10}.

A técnica cirúrgica mais utilizada foi a vagotomia troncular + piloroplastia em 44,28% dos casos. Em seguida, foi a vagotomia super-seletiva com 14,28%; a pilorectomia com 12,85% e a sutura simples com 11,42%. Foram ainda usadas a vagotomia troncular + gastrectomia BI (7,14%), a gastrectomia BI (2,85%) e a gastrectomia BII. Na bibliografia consultada observamos a escolha da sutura simples como o tratamento de eleição^{2, 7, 8, 15, 18, 19, 20, 22, 28}, principalmente em pacientes com bom estado geral e com perfuração a menos de 6 horas²⁵, oferecendo a mortalidade mais baixa⁸. O tratamento definitivo ficaria para pacientes com mais de 6-8 horas de perfuração⁸ ou com história prévia de úlcera péptica¹⁵. Contudo, há autores que defendem a operação definitiva^{4, 21, 27} para evitar possível nova intervenção⁴, e outros²⁶ que obtiveram bons resultados com o uso da vagotomia troncular sem a drenagem para o tratamento da úlcera duodenal perfurada.

Em um trabalho²⁷ realizado em pacientes com úlcera péptica perfurada submetidos a sutura simples, observou-se que a recorrência de úlcera num período de 8 anos foi de 29%, e que em outro grupo submetido a sutura simples + vagotomia, a recorrência foi de 20%. Cabe aqui também citar um estudo⁷ realizado em pacientes idosos, cuja conclusão foi a indicação de gastrectomia total + vagotomia em úlcera gástrica perfurada e gastrectomia subtotal + vagotomia em úlcera duodenal perfurada.

O tratamento conservador, que consiste em aspiração gástrica, antibióticoterapia e alimentação parenteral, foi usado nas décadas de 40 a 50 quando o paciente estava a mais de 6 horas com perfuração²⁴. Atualmente só é reservado naqueles pacientes sem condições mínimas de operabilidade (caquéticos, cardiopatias descompensadas...) ⁴.

O tempo de permanência hospitalar foi entre 6 a 10 dias na maioria dos casos (52,85%), ficando apenas 5,68% dos casos num tempo acima de 20 dias. Pode ser equiparado com um estudo²⁷ onde o tempo médio foi de 11 dias para pacientes que tiveram sutura da úlcera e 12 dias para os que foram vagotomizados.

No pós-operatório, 78,57% dos casos evoluíram sem complicações e 21,42% tiveram complicações, ficando próximo dos resultados obtidos em um estudo²² realizado em 2 grupos de pacientes submetidos a sutura simples; 1 com portadores de úlcera crônica, com 21,73% de complicações; e outro grupo de pacientes com sintomatologia há menos de 3 meses, com 17,85% de complicações. Outras porcentagens foram obtidas, como 23,2% em pacientes suturados²⁷, e 3,33%²⁵ e 29,8%²⁷ em pacientes vagotomizados. Num trabalho⁷ feito com pacientes idosos a porcentagem de complicação não variou quanto ao tipo de técnica utilizada, ficando 30,6% para sutura e 31,7% para ressecção.

A complicação que mais ocorreu foi a peritonite, em 60% dos casos complicados, ou seja, 12,85% de todos os pós-operatórios. Em segundo lugar ficou a insuficiência renal, com 26,66%. Ocorreu 3 casos de septicemia, 2 de choque séptico; 2 de fístula duodenocutânea, 2 de derrame pleural, 2 de infecção pulmonar e 2 de embolia pulmonar, cada um perfazendo 13,33% do total das complicações. Ocorreu 1 caso de edema agudo de pulmão, 1 de atelectasia e 1 de brida.

Podemos citar um trabalho² realizado em pacientes submetidos a antibioticoterapia no pós-operatório por 7 dias no mínimo, com 4,3% de complicações, das quais 62,5% eram peritonite, coincidindo com nosso estudo (60%). E 50% das complicações foram choque séptico + abscesso intrabdominal. Outro ponto salientado foi a infecção pós-operatória presente em todos os pacientes com intervenção cirúrgica com mais de 48 horas após a perfuração e que a maioria era paciente idoso.

Constatamos que 8,57% dos pacientes evoluíram para o óbito. Consultando a bibliografia encontramos uma divergência de resultados, de 0%²⁵ e 4,5%²⁷ em pacientes vagotomizados; 5,3%²⁷ e 10,6%²⁸ nos que foram apenas suturados; e 3,4% com vagotomia + drenagem e 40% com gastrectomia subtotal²⁸. Em pacientes submetidos a antibioticoterapia no pós-operatório foi de

2,71%². Num estudo²² em pacientes com sutura, a mortalidade foi de 11,59% para os pacientes que tinham úlcera péptica crônica e 6,66% para os que tinham sintomatologia há menos de 3 meses. Agora comparando com um trabalho⁷ somente com pacientes idosos, nota-se um aumento de mortalidade para os que foram apenas suturados com 26,5% de óbitos. Já para os que se submeteram a ressecção foi de 9,8%. Este fato pode ser confirmado com um estudo²⁸ onde não ocorreu nenhum óbito em pacientes com menos de 50 anos.

Na década de 40 aproximadamente a mortalidade ficava em 23,2% e 42% em pacientes apenas suturados¹, e 9% a 11% em pacientes com ressecção^{1,13}.

Em nosso estudo, dos 6 óbitos ocorridos, 2 foram por insuficiência renal aguda, 2 por choque séptico e 2 por embolia pulmonar. Em um trabalho comparativo, 69,23% dos óbitos ocorridos em pacientes suturados foram por peritonite e septicemia, enquanto que em pacientes com ressecção não houve nenhum caso de septicemia. E em outro estudo²², houve óbitos por peritonite somente em pacientes tratados após 24 horas da perfuração.

CONCLUSÕES

Em nosso estudo retrospectivo de 70 casos de úlcera péptica perforada pudemos concluir que:

- A idade da maioria dos pacientes ficou entre 21 a 60 anos (81,42%);
- A faixa etária de maior incidência entre 1975 a 1979 foi entre 31 a 40 anos, enquanto que entre 1980 a 1984 foi entre 21 a 30 anos, demonstrando um aparecimento maior de perfuração em pacientes mais jovens;
- Os homens foram mais acometidos (82,85%) do que as mulheres (17,14%), dando portanto, uma proporção média homem: mulher de 4,75:1;
- A maioria das úlceras eram duodenais (88,57%), e com 11,42% de úlceras gástricas, dando uma proporção de 7,75:1;
- A úlcera duodenal incidiu mais nos homens que nas mulheres, com uma proporção de 5,89:1. Já nas úlceras gástricas a proporção diminuiu para 1,66 homens para 1 mulher;
- Todas as úlceras gástricas eram benignas;
- A cor branca prevaleceu na maioria dos casos (95,71%);
- A maioria dos pacientes eram casados (76,67%);
- Todas as mulheres trabalhavam no lar (17,14%). Grande parte dos homens (55,73%) tinham profissões relacionadas com um baixo padrão sócio-econômico, e 14,28% tinha aposentadoria;
- Todos os pacientes apresentaram dor abdominal, 95,71% apresentou abdome em tabua, 27,14% vômito e 4,28% febre;
- No RX simples de abdome, em 77,58% houve presença de pneumoperitônio;
- A técnica cirúrgica mais utilizada foi a vagotomia troncular + piloroplastia (44,28%). A vagotomia super-seletiva foi usada em 14,28%, a pilorotomia em 12,85% e a sutura simples em 11,42%;
- O tempo de permanência hospitalar mais comum entre os pacientes foi entre 6 a 10 dias;

- No pós-operatório, 21,42% dos pacientes tiveram complicações ;
- A complicação mais comum foi a peritonite ;
- A mortalidade foi de 8,57%.

SUMMARY

The 70 cases of perforated peptic ulcer were analysed retrospectively on the interns of Hospital São José - Criciúma - SC., from January 1st 1985 to December 31-1984.

From this study we can establish that the majority of the patients were from 21 to 60 years old. (81,42%). And the larger incidence between 1975 to 1979 were from 31 to 40 years old, while between 1980 to 1984 were from 21 to 30 years old. It occurred most frequently in man than in woman, with a rate of 4,7:1, being the most common the duodenal ulcer (88,57%) than the gastric ulcer (11,42%). The rate man:woman with duodenal ulcer was 5,89:1, while the gastric ulcer was 1,66:1, being all gastric ulcers benignant.

The majority of the patients were white (95,71%), married (75,67%) and exercised profession on low social-economic level (55,73%).

The patients presented chiefly abdominal pain (100%), abdominal musculature contraction (95,71%) and vomiting (27,14%), having 77,58% of productivity to free intraperitoneal air in simple Ray-X of abdomen.

The surgical techniques used were the truncal vagotomy + pyloroplasty (44,28%), the super-selective vagotomy (14,28%), the pilorectomy (12,85%) and the simple closure (11,42%).

The most common hospital stay was from 6 to 10 days, with 21,42% of complications, being the most common the peritonitis. The mortality rate was 8,57%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

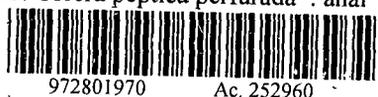
1. ALVES, E.: Cirurgia de Urgência. 2ª edição. Atheneu, Rio de Janeiro, RJ, 1955.
2. BOEY, J. et alli: Bacteria and Septic Complications in Patients With Perforated Duodenal Ulcers. The American Journal of Surgery, 143: 634-39, may 1982.
3. CALTABIANO, A.: Úlcera Péptica pós-operatória. Rev. do Colégio Bras. de Cirurgiões, 13:117-25, julho 1971.
4. CASTRO, L.P. e NOGUEIRA, E.D.C.: Úlcera Péptica Gastroduodenal. IN DANI, R. et Cols: Gastroenterologia. 1ª edição. Guanabara - Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 1978.
5. COPE, Z.: Diagnóstico Precoce do Abdome Agudo. 2ª edição. Atheneu, Rio de Janeiro, RJ, 1976.
6. EURICO, S.B.: Cirurgia Gástrica. IN GOFFI, F.S.: Técnica Cirúrgica. 1ª edição. Atheneu, Rio de Janeiro, RJ, 1978.
7. FELICIANO, D.V. et alli.: Emergency Manegement of Perforated Peptic Ulcers in the Elderly Patient. The American Journal of Surgery, 148: 764-67, december, 1984.
8. SILEN, W.: Úlcera péptica. IN THORN, G.W. et cols: Harrison Medicina Interna. Vol II. 8ª edição. Guanabara - Koogan S.A, Rio de Janeiro, RJ, 1980.
9. HASHIDA, K.: Cirurgia Gastroduodenal. IN GOFFI, F.S.: Técnica Cirúrgica - 1ª edição. Atheneu, Rio de Janeiro, RJ, 1978.
10. KAPLAN, S.: Tratamaneto Pré e Pós-operatório do abdome agudo. Medicina, Cirurgia, Farmácia, 252:134-152, abril, 1957.

11. KOO, J. et alli: Trends in Hospital Admission Perforation, and Mortality of Peptic Ulcers in Hong Kong from 1970 to 1980. *Gastroenterology*, 84:1558-63, jun 1984.
12. LANNA, J.M.D. et alli: Algumas considerações a respeito do tratamento da Úlcera Péptica do Estômago e Duodeno. *Medicina, Cirurgia, Farmácia*, 302:350-52, dezembro 1962.
13. MAINGOT, R.: Perfuração aguda das úlceras gástricas e duodenais. *Operações abdominais*. 1ª edição. Casa do Livro, São Paulo, SP, 1944.
14. MAZZEI, S.E.: Úlcera gastroduodenal perfurada. *Medicina Interna de Urgência Y Cuadros agudos*. 2ª edição. Lopez et Ethchgoyen, Buenos Aires, 1958.
15. MEYER, J.H.: Complicações e Tratamento Cirúrgico. IN BEESON, B.P. et alli: *Tratamento de Medicina Interna*. 14ª edição. Interamericana, Rio de Janeiro, RJ, 1977.
16. MCKAY, A.J. et alli: Cimetidine and Perforated Peptic Ulcer. *Br. J. Surg.*, 69:319-20, 1982.
17. PALMER, E.D.: *Gastroenterology Clinical*. 1ª edição. Ed. Cajica, México, 1958.
18. PAVLOVSKI, A.J.: *Úlceras Perfuradas do Estômago e Duodeno em Peritônio Livre. Abdomo Agudo Cirúrgico*, 3ª edição. Guanabara - Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 1941.
19. PEREIRA, N.A.: *Perfurações gastroduodenais em peritônio livre*. IN FANANI, A.: *Cirurgia de Urgência*. 2ª edição. Científica, Rio de Janeiro, RJ, 1941.
20. PORTIS, A.S. et alli: *Indicaciones del Tratamiento Quirúrgico de la Úlcera Péptica. Enfermedades del Aparato Digestivo*. 2ª edição. México, 1975.
21. RAIA, A.A. e PINOTTI, H.W.: *Úlcera gastroduodenal*. IN ZERBINI, E. J.: *Clínica Alípio Correia Neto*. 3ª edição. Sarvier, São Paulo, SP, 1979.

22. REES, J.R. et alli: Perforated duodenal ulcer. The American Journal of Surgem, 120:775-79, dezembro 1970.
23. ROBBINS, S.L.: Aparelho Gastrointestinal. Patologia Estrutural e Funcional. edição. Editora Interamericana Ltda., Rio de Janeiro, RJ, 1975.
24. ROMEIRO, V.: Perfurações Gástricas e Duodenais. Medicina de Urgência. 2ª edição. Guanabara - Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 1952.
25. SAEGESSER, M.: Perforacion Libre de la Úlcera. Tratado de Terapêutica Quirúrgica Especial. 2ª edição. Labor S.A., Barcelona, 1951.
26. VORDAN, P.M.J.: Proximal Gastric Vagotomy Without Dranaige for Treatment of Perforated Duodenal Ulcer. Gastroenterology, 83:179:83, July 1982.
27. WARA, P. et alli: The Vawe of Parietal Cell Vagotomy Compared to Simple Closure. Acta Chir Scand, 149:885-89, 1983.
28. WARTKIN, M.R. et alli: What Has Happened to Perforated Peptic Ulcer? Br. U. Surg., 71:774-76, october, 1984.

TCC
UFSC
CC
0131

N.Cham. TCC UFSC CC 0131
Autor: Damiani, Isabel Cr
Título: Úlcera péptica perforada : anál



972801970 Ac. 252960

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM