

C 111

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ÚLCERA PÉPTICA
PERFURADA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FLORIANÓPOLIS

MAIO DE 1988

AUTORAS: CLAUDIA REGINA UHLMANN*

ROSELI GNUTZMANS*

ORIENTADOR: DR. ARMANDO JOSÉ d'ACAMPORA**

* Doutorandas da 12ª fase de Medicina.

**Prof. Assistente IV da Disciplina de Coloproctologia da UFSC.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Armando d'Acampora, pelo incentivo e orientação dispensados.

Aos médicos do Serviço de Endoscopia, em especial, ao Dr. Otávio Galvão Filho e Dr. Antonio Carlos F.A. Cunha, pela colaboração espontânea nas endoscopias digestivas dos pacientes analisados.

RESUMO

Foram analisados 21 casos de úlcera péptica perfurada no período de 1983-1987 no Hospital Universitário quanto aos aspectos de mortalidade, localização, técnicas cirúrgicas e recidivas. Destes 17 foram duodenais e 4 gástricas. Ocorreram 2 óbitos no pós-operatório imediato relacionados ao alto risco cirúrgico. A técnica mais empregada foi rafia simples seguida da vagotomia super-seletiva.

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO.....	5
MATERIAL E MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
DISCUSSÃO.....	13
CONCLUSÃO.....	17
ABSTRACT.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

INTRODUÇÃO

Dentre as afecções que desencadeiam a síndrome peritonítica, a perfuração da úlcera péptica constitui-se numa emergência que requer intervenção cirúrgica imediata, representando 5 a 8% das laparotomias de emergência, Lancet (1971 Vol. 2:749). Constitui-se na mais grave complicação e na mais freqüente causa de morte da doença péptica. Ocorre em aproximadamente 10-15% de todos os indivíduos portadores de doença péptica. Em 60-70% destes pacientes constitui uma complicação na evolução natural da úlcera péptica (UP) diagnosticada ou sintomática. Em 30-40% dos casos apresenta-se como 1ª manifestação da doença⁽⁴⁾.

No tratamento da úlcera péptica perfurada (UPP) existem classicamente 3 condutas fundamentais:

- Tratamento conservador: introduzido originalmente por Bedwood em 1870 e mais tarde por Muller e Wangensteen, constituindo-se da aspiração contínua do conteúdo gástrico, e difundido principalmente por Taylor⁽³⁷⁾. Esse método possui alta mortalidade (cerca de 58%) e resultado tardio desastroso (re-

cidiva em cerca de 88%).

- Tratamento cirúrgico da perfuração com sutura simples: É um método efetivo na correção do acidente perfurativo, no entanto aproximadamente 70% dos pacientes retornam com sintomas de úlcera, e 40% destes requerem uma cirurgia curativa subsequente (6, 14).

- Tratamento cirúrgico da perfuração e da doença ulcerosa: Pode ser dividido em procedimentos com ou sem ressecção gástrica.

No tratamento da doença ulcerosa eram usadas ressecções extensas, como gastrectomias subtotais, evoluindo para ressecções mais econômicas, representadas principalmente por antrectomias.

Após a introdução da vagotomia por Dragstedt em 1943, tem-se associado a vagotomia troncular ou seletiva à antrectomia no tratamento da úlcera duodenal.

Os procedimentos sem ressecção gástrica, são a vagotomia troncular e piloroplastia; rafia com vagotomia troncular gastroduodenostomia ou gastrojejunostomia; e rafia com vagotomia superseletiva. São eles mais difundidos atualmente pelos excelentes resultados imediatos, porém, principalmente quanto à vagotomia super-seletiva, ainda necessita de uma avaliação mais acurada.

Este trabalho tem como objetivo, o estudo das UPP para peritônio livre quanto aos aspectos de localização da perfuração, mortalidade, técnica empregada na correção, e resultados tardios.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão nos casos de UPP em peritônio livre que submeteram-se a intervenção cirúrgica entre os anos de 1983-1987, no Hospital Universitário de Florianópolis.

Foram avaliados os seguintes dados segundo protocolo previamente estabelecido: localização da úlcera, mortalidade, técnica cirúrgica empregada e recidivas.

Para avaliação dos resultados tardios, de 12-60 meses, os doentes foram chamados por carta, ou pessoalmente, sendo avaliados através de interrogatório específico dirigido, onde os seguintes itens foram avaliados: dor, náuseas, vômitos, fraqueza, desmaios, sudorese, mal-estar pós prandial, sensação de plenitude após as refeições, intolerância alimentar, pirose retroesternal, função intestinal e opinião subjetiva dos pacientes quanto aos resultados da cirurgia.

Com base nessa avaliação foram classificados segundo o critério de Visick modificado: (40)

Grau I - ausência de sintomas gastrointestinais após a

cirurgia. Resultado: excelente;

Grau II - sintomas leves, facilmente controláveis, como desconforto epigástrico, plenitude após ingestão de grandes quantidades de alimentos, mal-estar vago, intolerância alimentar, anorexia, fraqueza, sendo facilmente controláveis com cuidados como repouso, limitação de quantidade e restrição de certos alimentos. Resultado: bom;

Grau III_s - presença de sintomas leves como os acima, apenas não facilmente controláveis com cuidados gerais, porém não interferindo na vida do paciente, não limitando suas atividades normais. Resultado: satisfatório;

Grau III_i - presença de sintomas não facilmente controláveis, como náuseas, vômitos, diarreia, sudorese e mal-estar pós-prandial, dor epigástrica, sintomas estes que interferem com a atividade habitual. Resultado: insatisfatório;

Grau IV - recidiva ou complicação da doença ulcerosa. Resultado: mau.

Os graus III_i e IV são considerados insucesso cirúrgico.

Associado à avaliação clínica foi realizado estudo endoscópico do esôfago-estômago-duodeno.

RESULTADOS

De 133 úlceras pépticas tratadas cirurgicamente no período de 1983-1987, 21 casos (15,8%) foram perfuradas. Havia 19 homens e 2 mulheres. A idade variou de 18-77 anos (média de 44,8 anos). Quanto a localização, 17 eram duodenais e 4 gástricas. As técnicas cirúrgicas empregadas foram de 4 tipos: rafia simples em 11 casos, vagotomia troncular (VT) + antrectomia + Billrot_{II} (B_{II}) em 2 casos, vagotomia super-seletiva (VSS) em 7 casos, gastrectomia em cunha + VT + piloroplastia em 1 caso (Tabela I).

TABELA I - Perfil geral dos pacientes com UPP e tipo de técnica empregada.

UPP	Nº Casos	Idade	Mortalidade	Técnicas			Gastrect. em Cunha + Piloroplastia + VT
				rafia	VT. + antrect.+B _{II}	VSS	
UD*	17	46,2	0	9	1	7	
UG**	4	73,2	2	2	1		1

*UD = úlcera duodenal

**UG = úlcera gástrica

FONTE: Serviço de Cirurgia Geral do HU, 1988.

Ocorreram 2 óbitos no pós-operatório imediato, um por choque séptico, outro por choque hipovolêmico decorrente de hemorragia digestiva alta (Tabela I). As técnicas empregadas nestes casos foram gastrectomia em cunha + piloroplastia + VT, e rafia simples respectivamente.

O acompanhamento tardio (12-60 meses) através do interrogatório, foi possível em 14 pacientes. De acordo com os critérios de Visick foi considerado insucesso cirúrgico em 6 pacientes, destes 5 empregaram rafia e um a VSS (Tabela II). Essa classificação relacionada à técnica cirúrgica e tempo de pós-

TABELA II - Resultados tardios (12-60 meses da cirurgia) de acordo com critérios de Visick.

VISICK	TÉCNICAS		
	RAFIA	VT+ANTRECT.+B _{II}	VSS
GRAU I	1	1	4
GRAU II	1		1
GRAU III _s	1		
GRAU III _i			
GRAU IV	4		1

FONTE: Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário, 1988.

operatório estão representados na Tabelas III e IV. O sintoma mais freqüente foi a dor epigástrica (4 casos), seguido de pirose e vômito pós-prandial. Não houve nenhum caso de síndrome de Dumping ou diarréia.

A endoscopia foi realizada em 8/14 casos, confirmando a recidiva em 5 casos (Tabela V). Nenhuma recidiva ocorreu em pacientes assintomáticos.

TABELA III - Classificação de Visick relacionada ao tempo de pós-operatório com rafia simples.

PÓS-OPERATÓRIO EM MESES	VISICK			
	I	II	III _s	IV
12 — 24				
24 — 36	1		1	3
36 — 48		1		
48 — 60				1
TOTAL DE PACIENTES	1	1	1	4

TABELA IV - Classificação de Visick relacionada ao tempo de pós-operatório com VSS.

PÓS-OPERATÓRIO EM MESES	VISICK			
	I	II	III _s	IV
12 — 24	2	1		
24 — 36				1
36 — 48	2			
48 — 60				
TOTAL DE PACIENTES	4	1		1

TABELA V - Resultados das endoscopias realizadas no pós-operatório tardio.

ENDOSCOPIA	TÉCNICA		
	RAFIA	VT + ANTRECT + B _{II}	VSS
ENDOSCOPIA + (RECIDIVADA)	4		1
ENDOSCOPIA - (NÃO RECIDIVADA)			3
SEM ENDOSCOPIA	3	1	2
TOTAL DE PACIENTES	7	1	6

Um paciente com úlcera gástrica perfurada retornou ao Serviço de Cirurgia após 24 meses com adenocarcinoma de antro gástrico, a técnica utilizada tinha sido rafia simples com biópsia, revelando apenas úlcera crônica. Este foi excluído da avaliação tardia.

Dois pacientes não foram localizados e não mais compareceram após a cirurgia (atualmente com 12 e 43 meses de pós-operatório), nestes a técnica empregada foi de rafia simples e VSS respectivamente.

Um paciente com diagnóstico prévio à cirurgia de carcinoma de pâncreas faleceu 2 meses após, neste a técnica empregada foi a rafia. Excluimos um paciente do acompanhamento pelo pouco tempo de pós-operatório (6 meses), cuja técnica empregada foi a VT + antrectomia + B_{II}.

DISCUSSÃO

Nos últimos 104 anos, desde o 1º relato de sutura da UPP, muitas mudanças tem ocorrido. Até a 3ª década deste século o único procedimento utilizado era a rafia simples.

Com o maior conhecimento da fisiopatologia da doença ulcerosa e a observação da alta taxa de recidivas, novas abordagens cirúrgicas foram propostas, de maneira a proporcionar um tratamento curativo e assim diminuir o número de reintervenções no pós-operatório tardio.

Atualmente a escolha da técnica cirúrgica a ser empregada na vigência da perfuração deve obedecer a critérios gerais como: risco cirúrgico, mortalidade e morbidades operatórias, e índices de recidivas, além das alterações locais encontradas no trans-operatório.

Vários autores têm proposto métodos para avaliação do risco cirúrgico, e através destes indicam o tipo de técnicas mais apropriada, sendo bem conhecido em nosso meio os critérios de Johnston⁽¹⁹⁾ na indicação da VSS, Frimm⁽¹¹⁾ na indicação das va-

gotomias com piloroplastias.

Quanto a mortalidade pode-se inferir da literatura as seguintes:

- Taxas: - rafia simples: 0-7% (7)
- VT+drenagem: 0-0,8% (9, 31, 36)
- VT+antrectomia: 1-2% (9, 31)
- VSS: 0-0,3% (8, 35, 38)

Valores esses considerados para pacientes de baixo risco cirúrgico, em regime de emergência cirúrgica.

Nesta casuística ocorreram 2 óbitos no pós-operatório imediato, porém sem relação com a técnica utilizada e sim com o alto risco cirúrgico.

No presente estudo a rafia foi a técnica mais empregada, apresentando também maior número de pacientes no Grau IV de Visick (recidiva precoce). Estes dados são confirmados pela literatura. Tanhiphat, et al. relatam 75% de recidivas⁽³⁶⁾, Cenevive de 62%⁽⁷⁾, Krause refere 60-85%⁽²²⁾.

Trabalhos mais recentes têm indicado rafia somente em situações especiais, como: doença sistêmica grave, peritonite purulenta, toxemia, abscessos intra-abdominais, pacientes com pequena esperança de vida, obesidade^(29, 4).

Vinte e quatro meses após a rafia simples com biópsia (benigna), um dos pacientes teve o diagnóstico de carcinoma gástrico, o que nos faz lembrar da importância da ulcerectomia na perfuração, ao menos como ajuda no diagnóstico mais precoce, já que alguns tipos de carcinoma gástrico são macroscopicamente indistinguíveis de uma lesão benigna, ou a realização de biópsias múltiplas (8-10), pois às vezes o patologista descobre células neoplásicas nas margens do que parece ser uma úlcera be-

nigna que na verdade representavam a necrose de um carcinoma, ou do desenvolvimento de um carcinoma na vizinhança de uma úlcera gástrica benigna (4, 15).

O caso que evolui para óbito, cuja técnica empregada foi a rafia simples da úlcera gástrica perfurada, tem essa indicação firmada na literatura, visto que o paciente apresentava-se hemodinamicamente instável no pré-operatório, dessa maneira contra-indicando o tratamento definitivo, preconizado principalmente através das ressecções gástricas.

No período estudado a VSS foi a 2ª técnica mais utilizada e os resultados tardios mostravam-se favoráveis, pois 5/7 pacientes estão assintomáticos ou com sintomas leves, e um com recorrência. São resultados que vão de encontro com as experiências positivas de vários autores como Johnston (24, 19), Sawyers (35), Ying-jian (41), assim também trabalhos a nível nacional como de Ceneviva (7), Ziliotto (42), Barroso et al. (3), Leonardi et al. (29) que preconizam a utilização da VSS na UPP duodenal.

Só podemos inferir comentários sobre a realização da cirurgia curativa através da antrectomia + VT + B_{II} levando em conta a literatura, visto que apenas um paciente pode ser acompanhado. Esse achado foi uma surpresa, pois nos últimos anos tem-se abandonado o emprego da reconstituição do trânsito por Billrot II, por sua maior morbidade comparada a Billrot I (B_I). Rosenberg (31) numa revisão sobre o tratamento cirúrgico da úlcera duodenal, relata abandono desse tipo de técnica pela maioria dos cirurgiões há 40 anos, o mesmo autor defende, no entanto, a antrectomia + VT + B_I por sua taxa de recidiva em torno de 1%, e mortalidade baixa.

Dessa maneira a seleção apropriada dos pacientes é necessária para manter a baixa mortalidade, sendo igualmente importante tanto para a avaliação como para a preparação pré-operatória adequada qualquer que seja o procedimento escolhido. Assim no tratamento da complicação perfurativa continua vigente a mesma orientação de anos passados: não havendo as contra-indicações locais ou gerais e desde que a equipe cirúrgica esteja capacitada, é melhor realizar desde logo a operação curativa.

CONCLUSÃO

1. Das úlceras tratadas cirurgicamente no Hospital Universitário 15,8% foram perfuradas.

2. Foram encontradas 17 úlceras duodenais e 4 úlceras gástricas.

3. A técnica mais empregada foi rafia simples, seguida pela VSS.

4. A maioria dos pacientes com rafia se enquadravam no Visick III e IV e da VSS no Visick I e II.

5. As recidivas apareceram 2 a 3 anos pós-operatório na maioria dos casos, tanto com a técnica de rafia ou VSS.

6. A taxa de mortalidade foi baixa e decorrente do risco cirúrgico do paciente e não propriamente da técnica.

7. Dois pacientes foram operados por uma técnica abandonada há 40 anos.

ABSTRACT

The authors have analysed 21 cases of perforated peptic ulcer from the University Hospital during the period from 1983 to 1987, focusing the following aspects: mortality, localization, surgical techniques and recurrences. In the amount analysed there were 17 duodenal ulcers and 4 gastric ulcers. There were 2 deaths during the immediate post-operative, both related with the high surgical risk. The most used techniques was the simple suture followed by super selective vagotomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, H.O. et al. Clinical results of 229 patients with duodenal ulcer 1-6 years after highly selective vagotomy. Br. J. Surg., (67):29-32, 1980.
2. AMDRUP, E. et al. Parietal cell (Highly Selective or Proximal Gastric) Vagotomy for Peptic Ulcer Disease. World J. Surg., (1):19-27, Jan. 1977.
3. BARROSO, F.L. et al. Vagotomia super seletiva e duodenorráfia da úlcera duodenal perfurada. Rev. Col. Bras. Cir., 1:79, 1978.
4. BERNE, J.C.; ROSOFF, L. Perfuração Aguda da Úlcera Péptica. In: NYHUS, L.M.; WASTELL, C. Cirurgia do estômago e do duodeno. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. Cap. 17, p.398-412.
5. BUSMAN, D.C. & MUNTIG, J.D.K. Results of highly selective vagotomy in a non-university teaching hospital. Br. J. Surg., (69):620-24, 1982.

6. CARNEVALI, J.F. & REMINE, W.H. Radical versus conservative surgical management of acute perforated peptic ulcer. Post grad Med., 42:119-226, 1962.
7. CENEVIVA, R. et al. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer. Br. J. Surg., 73:427-30, Jun. 1986.
8. CHOI, S. et al. Proximal Gastric Vagotomy in Emergency Peptic Ulcer Perforation. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 163:531-35, Dec. 1986.
9. COLLORY, B. & RYAN, P. The present status of Proximal Gastric Vagotomy. Aust. N.Z.J. Surg., 48(2):132-41, Apr. 1978.
10. COOPERMAN, A.M. Highly Selective Vagotomy. Surgical Clinics of North America, 55(5):1089-101, Oct. 1975.
11. FRIMM, C.E. Vagotomias e piloroplastias no tratamento das úlceras duodenais e justapilóricas perfuradas em peritônio livre. Rev. Ass. Med. Brasil, 19(2):65-70, 1972.
12. GOREY, T.F. et al. Highly Selective Vagotomy in Duodenal Ulceration and its Complications. Ann. Surg., 200(2):181-84, Aug. 1984.
13. GONZALEZ, E.M. et al. Proximal Gastric Vagotomy. Acta Chir Scand, 149:69-76, 1983.
14. GRECO, R.S.; CAHOW, C.E. Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcer. Ann. J. Surg., 127:109, 1974.
15. GRENALL, M.J. & KETTLEWELL, M.G.W. Highly Selective Vagotomy: History, Development, and Current Clinical Results. The Mount Sinai Journal of Medicine, 53(7):566-77, Sep. 1986.

16. HOPTON, D.S. et al. Advantages and disadvantages of highly selective vagotomy. British Medical Journal, Jan. 1976. p.149.
17. HORTON, J.W. et al. Effect of Parietal Cell Vagotomy on Gastric Emptying in Duodenal Ulcer Disease. The American Journal of Surgery, 143:86-9, Jan. 1982.
18. JENSEN, H.E. & AMDRUP, E. Follow - up of 100 Patients Five to Eight Years after Parietal Cell Vagotomy. World J. Surg., 12:525-32, Jul. 1978.
19. JOHNSTON, D. et al. Highly Selective Vagotomy Without a Drainage procedure in the Treatment of Haemorrhage, Perforation, and Pyloric Stenosis due to Peptic Ulcer. Brit. J. Surg., 60(10):790-97, Oct. 1973.
20. JORDAN, P.H.Jr. Our first 35 patients studied five years after Parietal Cell Vagotomy. Arch. Surg., 114:528-35, Apr. 1979.
21. JORDAN, P.H.Jr. Treatment of gastric Ulcer by Parietal Cell Vagotomy and Excision of the Ulcer. Arch. Surg., 116:1320-23, Oct. 1981.
22. KRAUSZ, M.M. et al. Parietal Cell Vagotomy and Omentopexy as Definitive Surgery for Perforated Duodenal Ulcer. International Surgery, 62(4):226-28, Apr. 1977.
23. MADSEN, P. & KRONBORG, O. Recurrent Ulcer 5 1/2-8 years after Highly Selective Vagotomy without Drainage and Selective Vagotomy with Pyloroplasty. Scand. J. Gastroent, 15:193-199, Sep. 1980.
24. MARCEAU, P. et al. Long-Term Results of Hyperselective Vagotomy for Duodenal Ulcer. The Canadian Journal of

Surgery, 29(6):421-23, Nov. 1986.

25. NARBONA, B. et al. Vagotomia gástrica proximal o supraseductiva en los ulcerosos hipersecretorios. Rev. Esp. Ent. Ap. Digest., XLVIII(1):1-16, Jul. 1976.
26. NOGUEIRA, C.E.D. et al. Vagotomia Superseletiva. Rev. Ass. Med. Brasil, 21(10):309-11, Out. 1975.
27. PANCHACON, J. & KOBOTO, C.M. Análise Crítica de Resultados da Vagotomia Superseletiva após 5 anos. Inquérito Nacional. Rev. Col. Bras. Cirg., 13(3):110-14, Maio/Jun. 1986.
28. PURTAK, E.E. et al. Analisis de los resultados del tratamiento quirurgico de la ulcera duodenal en el Hospital Universitario de Caracas. Organo de la Sociedad Venezolana de Gastroenterologia, 26:300-18, Mar. 1972.
29. RAJAB, I. et al. Úlcera Duodenal Perturada, tratada por Vagotomia Gástrica Proximal associada à Sutura da Lesão. Res. Col. Bras. Cirg., 12(2):56-59, Mar./Abr. 1985.
30. ROBBS, J.V. et al. A comparison between Selective and Truncal Vagotomy with Drainage in Duodenal Ulceration. S. Afr. Med. J., 47:1391-96, Aug. 1973.
31. ROSENBERG, D. Evolução do tratamento cirúrgico da Úlcera Duodenal. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo, 35(5):247-254, Set./Out. 1980.
32. RUDICK, J. Peptic Ulcer. Medical Clinics of North America, 62(1):53-57, Jan. 1978.
33. SALAMAN, J.R. et al. Importance of symptoms after Highly Selective Vagotomy. Brit. J. Med., 283:1438, Nov. 1981.
34. SAN MARTIN, H.J. Úlcera péptica y vagotomía supraseductiva. Rev. Esp. Ap. Digest., 70(5):439-440, Nov. 1986.

35. SAWYERS, J.L. & HERRINGTON, J.L.Jr. Perforated Duodenal Ulcer Managed by Proximal Gastric Vagotomy and Suture Plication. Ann. Surg., 185(6):656-60, Jun. 1977.
36. TANPHIPHAT, C. et al. Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective Trial between simple closure and definitive surgery. Br. J. Surg., 72:370-72, May 1985.
37. TAYLOR, H. The non-surgical treatment of perforated ulcer. Gastroenterology, 33:353, 1957.
38. TRANCANELLI, V. et al. Terapia chirurgica. Ulcera duodenale perforata. Min. Chir., 35:1645-47, Nov. 1980.
39. VARDOULIS, J. et al. Emergency Vagotomy with a Drainage Procedure for Perforated Gastric and Duodenal Ulcer. International Surgery, 60(4):226-28, Apr. 1975.
40. VISICK, A.H. A Study of the failures after gastrectomy. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 3:266, 1948.
41. YING-JIAN, Z. & YOU-BING, G. Modified Highly Selective Vagotomy. Eight years follow-up of 100 cases. Chinese Medical Journal, 97(5):357-360, 1984.
42. ZILLOTTO, A.Jr. Resultados tardios na Vagotomia supersele-tiva. Rev. Paul. Med., 101(2):57-61, Mar./Abr. 1983.

TCC
UFSC
CC
0111

N.Cham. TCC UFSC CC 0111
Autor: Uhlmann, Claudia R
Título: Avaliação do tratamento cirúrgic



972800951

Ac:252943

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM