

c 175
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DOS RESULTADOS OBTIDOS
COM O EMPREGO DA VAGOTOMIA GÁSTRICA PROXIMAL NO
TRATAMENTO DA DOENÇA ULCEROSA
(ANÁLISE DE 235 PACIENTES).

Autores: CARLOS AUGUSTO DA VEIGA
 JOSÉ BATISTA FILHO

Acadêmicos da 12ª Fase do Curso de Gra-
duação em Medicina da Universidade Fe-
deral de Santa Catarina.

Florianópolis, maio de 1988.

AGRADECIMENTOS

- . Aos cirurgiões da Gastro Clínica de Joinville pelo apoio e incentivo prestados na realização do presente trabalho.
- . Ao Dr. Carlos Alberto Justo e Silva pela orientação.
- . Ao Analista de Sistemas João Carlos Batista, por sua colaboração na realização dos cálculos e confecção dos gráficos.

ÍNDICE

	Página
AGRADECIMENTOS.....	1
RESUMO.....	3
SUMMARY.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÕES.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

RESUMO

Foi feito um estudo retrospectivo da análise endoscópica pré e pós-operatória, durante um período de 5 anos e 6 meses (janeiro 82 a junho 87), de 235 pacientes portadores de doença ulcerosa, operados por Vagotomia Gástrica Proximal (VGP).

Dos 235 pacientes, 216 foram operados por úlcera de bulbo duodenal não complicada, 12 por úlcera de canal pilórico, 4 por associação de úlcera gástrica e duodenal, 2 por úlcera duodenal perfurada e 1 por úlcera duodenal hemorrágica.

O índice de recidiva foi 7,23% (17), sendo 2,98% (7) nos 2 primeiros anos e 4,25% (10) no período de 2 a 5 anos e meio após a cirurgia.

Dos pacientes operados por úlcera de bulbo duodenal não complicada, houve 16 recidivas (7,40%) e por úlcera do canal pilórico houve 1 recidiva (8,33%).

Nas outras indicações (7 pacientes) não houve recidiva da lesão ulcerosa.

No presente estudo não houve mortalidade.

Através dos resultados obtidos, e comparados com a literatura de vários países, os autores concordam, que a Vagotomia Gástrica Proximal, é a técnica indicada para o tratamento cirúrgico eletivo da úlcera de bulbo duodenal não complicada, face aos baixos índices de recorrência e baixos riscos de morbidade ou mortalidade.

SUMMARY

Two hundred and thirty-five patients with pyloric or duodenal ulcer disease, were followed up during the period between January 82 to July 87, based on the pre and post operative endoscopic evaluation.

The follow up ranged between 30 days to five years and six months.

From the 235 patients studied, 216 had duodenal bulb ulcer disease, 12 had pyloric channel ulcer disease, 4 had associated gastric and duodenal bulb ulcer disease, 2 had perforated duodenal bulb ulcer disease and 1 had bleeding duodenal bulb ulcer disease.

The global recurrence rate was 7,23% (17). The recurrence rate on the first two years of follow up was 2,98% (7) and 4,25% (10) in the period between two and five and half years.

There were 16 recurrences (7,40%) among patients operated for duodenal bulb ulcer disease and 1 recurrence among patients who underwent surgery for pyloric channel ulcer

disease (8,33%). We found no recurrences among patients operated for other causes.

We also found no mortality in our survey.

Through the obtained results and compared with the literature of many countries, the authors are in agreement that the Proximal Gastric Vagotomy, is the advised (indicated) technique for the elective cirurgic treatment of the duodenal bulb ulcer disease non complicated, in view of low levels of recorreny and low risks of mortality.

INTRODUÇÃO

A técnica cirúrgica ideal para o tratamento da úlcera de bulbo duodenal é aquela que cura a doença ulcerosa, apresenta baixos índices de morbidade e mortalidade e que menos alterações determina sobre a fisiologia do aparelho digestivo.

Através do conhecimento do papel do ácido clorídrico na etiopatogenia da úlcera péptica estudada por COHNEIN (1880), chegou-se a conclusão na época que as ressecções gástricas associadas a gastroenteroanastomoses (BI e BII) seriam a melhor conduta cirúrgica no tratamento dos pacientes ulcerosos¹⁶. Através deste procedimento se reduzia a área secretora preservando-se a continuidade do trânsito gastro-intestinal.

Confirmando a teoria do papel do ácido no desenvolvimento da doença ulcerosa através de seus estudos, Karl SCWARTZ (1910) citou a célebre frase: "Sem ácido, sem úlcera". A partir disto, houve um aprimoramento em relação às técnicas de drenagem, baseando-se nos aspectos morfo-funcionais, e neste mesmo ano, cirurgiões alemães e austríacos desenvolveram a gastrectomia parcial para o tratamento da doença ulcerosa^{12, 16}.

Em 1914, Exner e Scwarzan baseados nas novas teorias para o tratamento da doença ulcerosa, foram pioneiros ao realizarem vagotomia anterior associada a gastroenteroanastomoses em pacientes que apresentavam crises ditas "tabéticas", com bons resultados no alívio da dor¹⁶.

Porém, foi em 1922 que o cirurgião André de Latarjet relatou um estudo completo sobre a inervação parassimpática do estômago e propôs uma nova técnica de vagotomia, semelhante à vagotomia seletiva, que visava aliviar a dor ulcerosa, preservando a inervação dos demais órgãos abdominais.

Entretanto, ainda se dava preferência às gastroenteroanastomoses, uma vez que segundo a maioria dos autores, as vagotomias, além de incompletas, não traziam resultados confiáveis.

Somente em 1943, Lester Dragsted divulgou a existência de fatores de proteção da mucosa gástrica e que em condições fisiológicas a parede gástrica não sofreria o efeito lesivo do suco gástrico, a menos que este fosse produzido em quantidades excessivas. O estudo desse autor permitiu o redescobrimto da técnica de secção do nervo vago, inaugurando assim, uma nova era no tratamento cirúrgico da doença ulcerosa^{12, 16}.

No início, desenvolvida sobretudo por DRAGSTED (1947) e CRILE (1950), empregou-se a vagotomia troncular, onde se seccionava ambos os troncos vagais, interrompendo-se a inervação para o estômago, intestino médio (ramo celíaco) e vias biliares (ramo hepático). Apresentava como complicações a diarréia e a estase gástrica, levando a úlceras recidivantes, sobretudo no estômago. Esta última complicação era atenuada com as técnicas de drenagem¹⁶.

Posteriormente, JACKSON & FRANKSON (1948) divulgaram resul

tados de uma variação da técnica de vagotomia, denominada seletiva, que preservava os ramos hepáticos e celíacos, reduzindo assim, a incidência de diarreia. Entretanto, ainda era necessária a realização de piloroplastia ou gastroenteroanastomose para corrigir a estase gástrica. Além disso, o próprio procedimento de drenagem trazia complicações como a síndrome de dumping e o refluxo alcalino para o estômago^{12, 16}.

Em virtude dessas complicações, a vagotomia não era totalmente aceita mesmo quando associada à gastrectomia. Logo, qualquer trabalho que divulgasse técnicas de uma vagotomia parcial era visto com ironia.

Somente em 1970, desenvolvida ao mesmo tempo por Johnston e Wilkinson na Universidade de Leeds e por Amdrup e Jensen em Copenhague, surgiu a vagotomia gástrica proximal^{5, 15, 16}.

Esta técnica interrompe a inervação vagal para a área de células parietais do estômago, diminuindo a secreção cloridropéptica, preservando os nervos de Latarjet anterior e posterior, mantendo intacta a inervação do antro e piloro, não interferindo no esvaziamento gástrico, tornando-se desnecessários os procedimentos de drenagem¹⁵.

A partir de então, teve esta técnica ampla divulgação pelo mundo, face à preservação da fisiologia gastrintestinal e aos seus bons resultados a curto prazo.

No Brasil, a introdução da técnica ocorreu na década de 70 através da escola carioca e passou a ser amplamente questionada pela escola paulista, esta fundamentada nos bons resultados da vagotomia troncular associada à antrectomia¹⁶.

Posteriormente, a obtenção de bons resultados à nível mun-

escolha para o tratamento das úlceras duodenais.

No presente trabalho nos propomos a avaliar, através de estudo endoscópico, os resultados cirúrgicos da VGP no tratamento da úlcera péptica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Durante o período de janeiro de 1982 a junho de 1987, foram submetidos à endoscopia digestiva alta 235 pacientes operados pela técnica de Vagotomia Gástrica Proximal (VGP), pela equipe de cirurgiões da Gastro Clínica de Joinville.

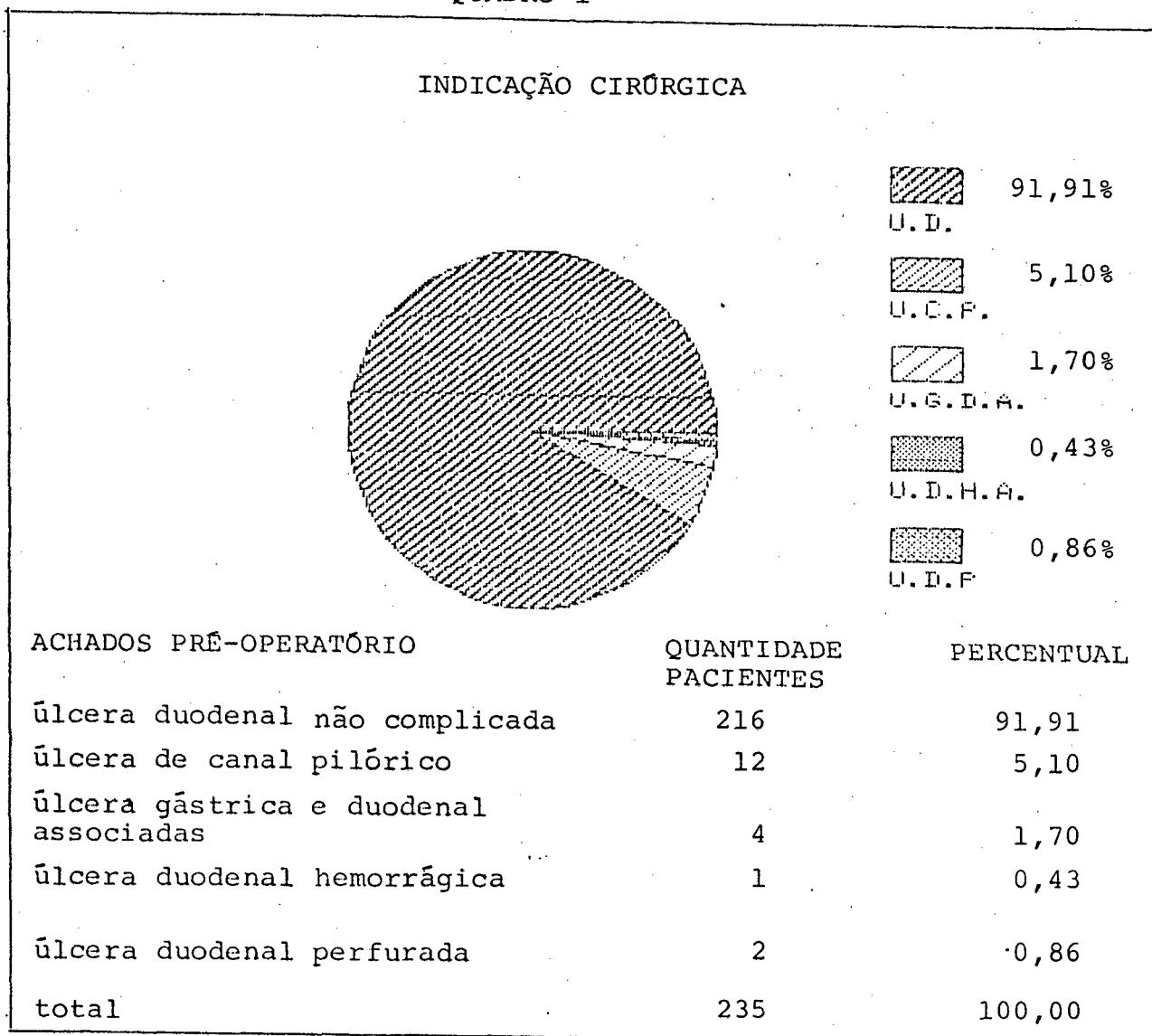
A indicação cirúrgica foi baseado em estudo endoscópico. Foram realizadas endoscopias de rotina aos 30 e 60 dias do pós-operatório independente dos sintomas apresentados. Além disso, foram submetidos a novas endoscopias os pacientes que retornaram ao serviço com recorrência da sintomatologia, permitindo um acompanhamento até 5 anos e 6 meses após a cirurgia.

Em relação ao sexo, 195 pacientes eram homens e 40 eram mulheres, numa proporção de 4,8:1 (masculino/feminino), sendo a idade média de 35 anos, com o mínimo de 17 anos e máximo de 79 anos.

Dentre as indicações cirúrgicas (Quadro 1) tivemos 216 (91,91%) por úlcera de bulbo duodenal não complicada, 12 (5,10%) por úlcera do canal pilórico, 4 (0,86%) por úlcera gástrica e duodenal associadas, 2 (0,86%) por úlcera duodenal perfurada e 1

(0,43%) por úlcera duodenal hemorrágica.

QUADRO 1



Não é objetivo do presente estudo analisar o quadro clínico destes pacientes, uma vez que nos propomos somente avaliar através da endoscopia a evolução da lesão ulcerada após a VGP.

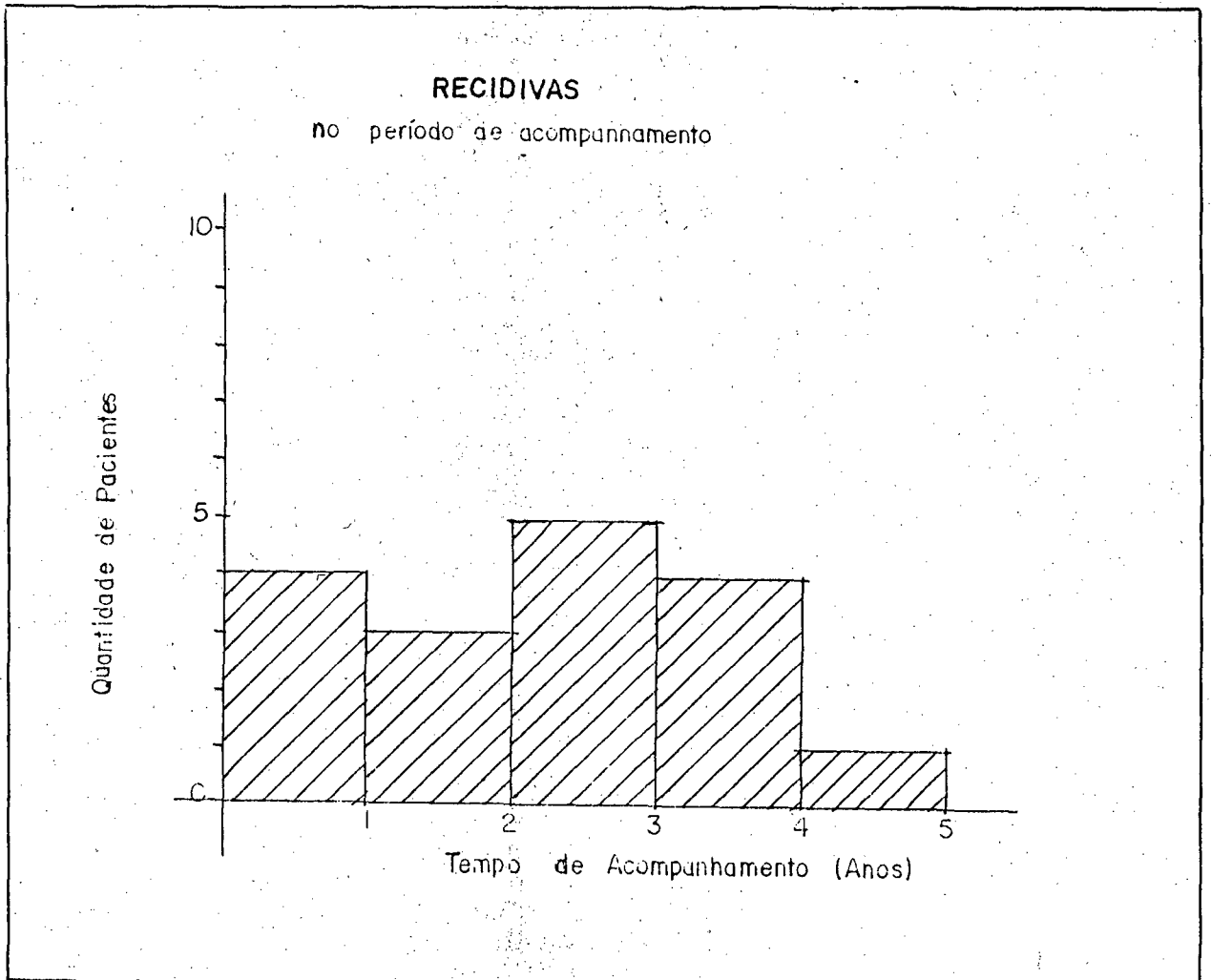
RESULTADOS

Dos 235 pacientes operados, houve 7 (2,98%) recidivas de úlcera nos 2 primeiros anos de acompanhamento e 10 (4,25%) no período de 2 a 5 anos e 6 meses, dando um índice geral de recidivas de 7,23% (Tabela 1)

Tabela 1 - Índice de recidiva nos 5 anos e 6 meses de acompanhamento endoscópico.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO	Nº DE PACIENTES COM RECORRÊNCIA	%
0 - 2 anos	7	2,98
2 - 5 anos e 6 meses	10	4,25
TOTAL	17	7,23

O Quadro 2 mostra as recidivas nos diversos períodos de acompanhamento.



A tabela 2 mostra as recidivas distribuídas de acordo com o local da lesão primária.

Tabela 2 - Recidivas conforme local da lesão primária.

ACHADO ENDOSCÓPICO PRÉ-OPERATÓRIO	QUANTIDADE DE RECIDIVAS	%
- úlcera de bulbo duodenal não complicada	16	7,40
- úlcera de canal pilórico	1	8,33
- úlcera gástrica associada a úlcera duodenal	0	0
- úlcera duodenal perfurada	0	0
- úlcera duodenal hemorrágica	0	0

Durante o tempo de acompanhamento endoscópico, das 216 úlceras de bulbo duodenal não complicadas operadas, houve 16 recidivas (7,40%), e das úlceras de canal pilórico houve 1 recidiva (8,33%). Nos pacientes operados por úlcera gástrica associada a úlcera duodenal, naqueles operados por úlcera duodenal perfurada e úlcera duodenal hemorrágica, não houve recidivas.

A tabela 3 demonstra outras complicações observadas durante o acompanhamento dos pacientes.

Tabela 3 - Outras complicações.

COMPLICAÇÃO	Nº DE PACIENTES
- gastrite e/ou bulboduodenite	19
- estenose do terço inferior do esôfago	06

A endoscopia pós-operatória realizada até 60 dias mostrou 6 casos de estenose do terço inferior do esôfago.

Em 19 pacientes foi observada a presença de gastrite e/ou bulboduodenite, sendo que destes 4 (22,22%) apresentaram recidiva da úlcera.

A mortalidade operatória foi nula.

A tabela 4 mostra o local da recidiva da lesão ulcerada.

Tabela 4 - Localização de recidiva das lesões.

LOCAL DE RECIDIVA	Nº PACIENTES	%
- Região pilórica	11	64,70
- Região bulboduodenal	6	35,30
TOTAL	17	100,00

DISCUSSÃO

A vagotomia gástrica proximal (VGP) é a técnica que se mostra mais fisiológica para o tratamento cirúrgico eletivo da úlcera duodenal, uma vez que ela inibe a secreção cloridropéptica ao interromper a inervação vagal para o fundo e corpo gástrico, preservando a inervação da região antral e pilórica, não interferindo assim, no esvaziamento gástrico.⁵

Além destas vantagens, a VGP segundo a maioria dos autores^{3, 6, 7, 8, 10}, é uma técnica que apresenta baixa mortalidade operatória, com poucas complicações a longo prazo, sendo a recidiva da úlcera a principal delas.

Em nossa casuística a mortalidade operatória foi nula. O índice global de recidivas em nossos pacientes (7,23%) está próximo ao de outros autores que relatam variações de 1 a 22%, dependendo do tempo de seguimento dos pacientes operados e da técnica cirúrgica empregada¹². Outros autores referem índices como: 9,8%³, 7%⁶, 9,2%⁸, 6%¹⁰ e 13,8%^{1, 4}, com média em torno de 10%.

Em nosso estudo houve um maior índice de recidivas (4,25%) após os dois primeiros anos de seguimento, em relação ao perío-

COMENTAR

{ venem lha CONGO
potencializado.

do precoce (2,98%) o que está de acordo com a literatura^{6, 10}, em bora alguns autores^{1, 8} refiram maior número de recidivas nos dois primeiros anos após a cirurgia.

As recidivas durante os dois primeiros anos de seguimento estão relacionadas à técnica inadequada, sendo que as recidivas além desse período se devem à limitação do método^{1, 6, 8, 10}.

Vários métodos foram propostos para determinar as reais causas de recidiva, sendo que alguns autores⁹ preconizam o emprego do vermelho Congo no per e pós-operatório para a prevenção e diagnóstico da vagotomia incompleta.

Apesar deste método não ter sido utilizado no presente estudo, salientamos sua importância e sugerimos a possibilidade de sua introdução no auxílio dos que se iniciam neste tipo de cirurgia, por ser uma prova tanto funcional como topográfica⁹.

Quanto às indicações, observamos um menor índice de recidiva (7,40%) nos pacientes operados por úlcera de bulbo duodenal não complicada, em relação aos operados por úlcera de canal pilórico (8,33%), o que está de acordo com a literatura^{1, 3, 10} que refere ser a VGP a técnica de escolha para o tratamento cirúrgico eletivo da úlcera de bulbo duodenal¹⁻¹⁹.

Atualmente, os autores^{2, 15} preconizam o emprego da vagotomia troncular ou seletiva associadas à piloroplastia ou à antrectomia para o tratamento das úlceras pré-pilóricas e de canal pilórico, face aos elevados índices de recidiva com uso da VGP nessas indicações.

Os pacientes operados por úlcera duodenal hemorrágica e perforada não apresentaram recidiva da lesão apesar de pequeno número de casos, o que está de acordo com a literatura onde trabalhos recentes vêm mostrando a eficácia da VGP no tratamento das com-

plicações da úlcera péptica^{5, 6, 8, 10, 14}.

Dentre as complicações diagnosticadas no estudo endoscópico pós-operatório, observamos até 60 dias de acompanhamento, 6 (2,55%) casos de estenose do terço inferior do esôfago que tiveram um caráter transitório e reversível, desaparecendo nas endoscopias realizadas após esse período, o que está de acordo com a literatura^{7, 11, 13}.

Segundo os autores, essa complicação pode estar relacionada ao trauma da região cardio-esofageana conseqüente às manobras cirúrgicas sobre esta região.

A gastrite e bulboodenite foram observadas em 19 pacientes (8,09%) e podem estar relacionadas com trauma e desvascularização secundária à VGP, refluxo biliar para o estômago ou falha da técnica em inibir a secreção cloridropéptica¹¹. Destes pacientes, 15 apresentaram boa resposta ao tratamento clínico, desaparecendo as lesões nas endoscopias posteriores. Cabe realçar que os outros 4 pacientes (22,22%) apresentaram recidiva da úlcera mostrando índice de recidiva mais alto para este grupo em relação aos pacientes sem gastrite e bulboodenite.

O local mais comum de recidiva em nosso estudo foi a região pilórica (64,70%), sendo que a localização duodenal ocorreu em 35,30%, o que está de acordo com os autores consultados^{1, 2, 3}.

Os resultados do presente estudo são semelhantes aos obtidos por outros autores. Deve ser enfatizado contudo, que todos os pacientes necessitam ser cuidadosamente investigados por um período de 10 anos após a operação para que se determine o índice final de recidiva⁸.

CONCLUSÕES

- A vagotomia gástrica proximal é, na atualidade, a técnica de escolha para o tratamento cirúrgico eletivo da úlcera péptica duodenal não complicada.
 - A técnica apresenta como vantagens a baixa morbidade e mortalidade intra e pós-operatório e baixos índices de complicações.
 - Dentre as complicações pós-operatórias a estenose do terço inferior do esôfago se mostrou transitória e reversível.
correção clínica
 - Houve maior número de recidivas após os dois primeiros anos de acompanhamento.
- COMENTAR*
- Os pacientes operados por úlcera de canal pilórico apresentaram maior recidiva do que os operados por úlcera de bulbo duodenal.
 - Somente o acompanhamento a longo prazo permite uma avaliação do real índice de recorrência nos pacientes operados por vagotomia gástrica proximal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, H. et alii. Recurrences 1 to 10 years after highly selective vagotomy in prepyloric and duodenal ulcer disease. Ann. Surg., 4:393-399, 1984.
2. AMDRUP, E. Vagotomy in the cimetidine era. Ann. Chirurgiae et Gynaecologiae, 72:1-2, 1983.
3. DE MIGUEL, J. Late results of proximal gastric vagotomy without drainage for duodenal ulcer: 5-9 years follow-up. Br. J. Surg., 69:7-10, 1982.
4. ENSKOG, L. et al. Clinical results 1-10 years after highly selective vagotomy in 306 patients with prepyloric and duodenal ulcer disease. Br. Surg., 73:357-360, 1986.
5. GAMA, J.J.R. et al. A vagotomia gástrica proximal do tratamento da úlcera duodenal - avaliação dos resultados. Rev. Col. Bras. Cir., 4:171-179, 1980.
6. GOREY, T.F. et al. Highly selective vagotomy in duodenal ulceration and its complications - a 12 years review. Ann. Surg., 2:181-184, 1984.

7. GUELRUD, M. et al. Dysphagia and lower esophageal sphincter abnormalities after proximal gastric vagotomy. Ann. J. Surg., 149:232-235, 1985.
8. HERRINGTON, J.L. Jr. et al. Proximal gastric vagotomy - follow-up of 109 patients for 6-13 years. Ann. Surg., 2: 108-113, 1986.
9. KAISER, S. et al. Diagnóstico e prevenção da vagotomia incompleta pelo teste do vermelho congo. Med. Hoje, 14:186-190, 1978.
10. KNIGHT, C.D. Jr. et al. Proximal gastric vagotomy - up date. Ann. Surg., 1:22-26, 1983.
11. MARCHESINI, J.B. et al. Análise endoscópica após vagotomia superseletiva. An. Paul. Med. Cir., 4:33-40, 1980.
12. MENGUY, R.B. et al. Tratamento cirúrgico eletivo de úlcera duodenal. In Schwartz. Princípios de Cirurgia, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 3.ed., vol. 2, 1985. p.1221-1222.
13. PINOTTI, H.W. Repercussões das vagotomias sobre a transição esôfago-gástrica. Rev. Col. Bras. Cir., 1:7-10, 1982.
14. RAHAL, F. Úlcera duodenal: estado atual do tratamento cirúrgico. Rev. Col. Bras. Cir., 6:172-174, 1980.
15. SILVA, E.L. Vagotomia gástrica proximal - fatos e controvérsias. Rev. Col. Bras. Cir., 4:153-157, 1986.
16. SILVA, C.A.J. Avaliação das variantes técnicas de vagotomias gástricas associadas (trabalho experimental) - Tese para obtenção do Grau em Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1985. p.6-58

17. TANK, R. et al. Vagotomia super seletiva - Inquérito Nacional, Rev. Col. Bras. Cir., 1:34-36, 1986.
18. WASTELL, C. Vagotomia gástrica proximal. In: Cirurgia do Estômago e Duodeno, Rio de Janeiro, Interamericana, 3.ed., 1982. p.280-281
19. WOOD, J.J. et al. Proximal gastric vagotomy - a district general hospital experience. Ann. of the Royal College of Surgeons of England, 3:185-187, 1983.

TCC
UFSC
CC
0175

N.Cham. TCC UFSC CC 0175
Autor: Veiga, Carlos Augu
Título: Avaliação endoscópica dos result



972804433

Ac. 253001

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM