

5000.8107

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



A GASTRECTOMIA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA  
GÁSTRICA-ANÁLISE E RESULTADOS

ADEMIR ADUCI PEREIRA  
CARLOS HUMBERTO BARAHONA DE LEÓN  
RODOLFO DITTRICH

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1981.

## AGRADECIMENTOS

Aos professores do Departamento de Clínica Cirúrgica, pela orientação dada na elaboração deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital de Caridade, pela colaboração dispensada.

## ÍNDICE

- I - RESUMO
- II - INTRODUÇÃO
- III - CASUÍSTICA E MÉTODOS
- IV - RESULTADOS
- V - DISCUSSÃO
- VI - CONCLUSÕES
- VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## I - RESUMO

Os autores analisam 33 casos de pacientes submetidos a gastrectomia parcial para tratamento da úlcera gástrica. Descrevem a preferência técnica, os cuidados técnicos e as complicações imediatas ocorridas.

A técnica cirúrgica mais utilizada para a reconstituição do trânsito digestivo foi a Billroth I (76%). As complicações imediatas mais frequentes foram as fístulas digestivas e as complicações pulmonares. A mortalidade ocorreu em 9% dos casos.

## SUMARY

The authors analised 33 cases of patients submited to partial gastrectomy for treatment of gastric ulcer. Described are a preferential technique, the care and immediate complications verified.

The most used cirurgical technique for digetive transit reestablishment of the digestive tract was Billroth I (76%). Usual immediate complications were the digestive fistula and pulmonary complications. Mortality occured in 9% of the cases.

## II - INTRODUÇÃO

A gastroduodênectomia constitui uma ressecção parcial do estômago e duodeno, também conhecida como gastrectomia parcial, ressecção gástrica distal, e quando mais ampla, gastrectomia sub-total (8).

Os procedimentos cirúrgicos para a úlcera péptica se remonta ao século passado. Inicialmente conseguiu-se idealizar uma operação simples, orientada à lesão, chamada gastroenterostomia. Este procedimento foi primeiramente descrito em 1881 por Wölfler, um colega de Billroth (21). Sendo um procedimento relativamente simples e seguro, foi adotado decididamente pelos cirurgiões na Europa e na América. Mas, ao seguir dos anos notou-se uma incidência cada vez maior de ulceração marginal. Em 1925, um estudo pós-operatório a longo prazo de pacientes com gastroenterostomia relata uma incidência de 34% de úlcera gastrojejunal (21). Por tal motivo houve um abandono paulatino desta técnica.

Em 1881, Theodor Billroth, em Viena, teve o mérito de realizar a primeira ressecção gástrica bem-sucedida quando realizava uma gastroduodenostomia após ressecção de um carcinoma obstrutivo do piloro.

Em 1882, Von Rydigier colocou em prática a primeira ressecção gástrica para doença ulcerosa. As técnicas foram se aprimorando progressivamente até que, por volta de 1940, o termo ressecção

gástrica sub-total foi interpretado como sinônimo de remoção dos 66 a 75 por cento distais do estômago. Logo após a ressecção gastroduodenal a reconstrução do trânsito digestivo seria realizada por meio de uma anastomose da porção restante do fundo gástrico com a segunda porção restante do duodeno (gastroduodenostomia ou anastomose à Billroth I) ou, executando uma anastomose do fundo residual à primeira porção do jejuno após o fechamento do coto duodenal (gastrojejunostomia ou anastomose à Billroth II).

A partir de 1930 a anastomose à Billroth II tornou-se o tratamento de eleição para a doença ulcerosa péptica, ainda utilizada amplamente apesar da taxa relativamente alta de mortalidade assim como a alta incidência de complicações pós-operatórias (21).

#### Ressecção Gástrica Sub-total

Retirando um segmento de aproximadamente 66 a 75 por cento distais do estômago ocorreria um bloqueio do mecanismo gastrínico. Dependendo da extensão da ressecção celular parietal, a gastrectomia sub-total levaria a uma diminuição da resposta secretória gástrica máxima pós-operatória em 60 a 80 por cento. Constitui um fato importante que a linha de ressecção seja distal à junção entre a mucosa antral e a duodenal, pois caso contrário levaria a um sequestro de mucosa antral com o aparecimento de uma Síndrome de hipergastrinemia (21).

Atualmente existem diversas modificações das técnicas descritas por Billroth (I e II). No Hospital de Caridade têm sido adotadas as modificações tipo Schoemaker da anastomose à Billroth I, a qual implica no fechamento parcial da pequena curvatura do estômago, o mesmo ocorrendo com a modificação de Hoffmeister da anastomose à Billroth II.

O presente trabalho se propõe apresentar as diversas

complicações da cirurgia gástrica tomando em conta aquelas que tendem a aparecer após a gastrectomia sub-total distal. Implícito está o fato, de que a atenção pré-operatória e trans-operatória meticulosa reduz a frequência dos transtornos da convalescência. Queremos ainda enfatizar que as complicações pós-operatórias representam uma elevada taxa de morbidade e de mortalidade após a cirurgia gástrica (9).



### III - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Analisou-se de modo retrospectivo, os prontuários de pacientes submetidos a gastrectomia sub-total para o tratamento da úlcera gástrica, no período de 01 de janeiro de 1979 à 15 de agosto de 1981. Destes, foram selecionados 33 prontuários dos quais, 25 pacientes eram do sexo masculino e 08 do sexo feminino: 32 eram brancos e 1 pardo. A idade variou entre 20 e 73 anos.

A casuística utilizada foi obtida no Hospital de Caridade da cidade de Florianópolis, S.C.

Determinou-se previamente uma meta a alcançar, e foram colhidos os seguintes dados: idade, sexo, côm, preferência técnica, complicações imediatas ocorridas, tempo de pós-operatório, diagnósticos secundários, achados e acidentes no trans-operatório, incisão cirúrgica utilizada, local da úlcera, confirmação da benignidade da lesão pelo anátomo-patológico, o uso de antibiótico e a mortalidade operatória.

Tratando-se de um hospital de adultos, realizou-se a seguinte divisão por faixas etárias:

11	-	20
21	-	30
31	-	40
41	-	50
51	-	60
61	-	70
71	-	80

Considerou-se como complicações imediatas aquelas ocorridas durante todo o tempo de internação do doente depois da realização da cirurgia.

Foi analisado o emprego de antibióticos no pós-operatório, determinando-se o número de casos nos quais foi utilizado, isoladamente ou em associação e o tempo médio de uso.

Observou-se a relação das complicações com a idade, sexo, a preferência técnica e o emprego de antibióticos.

#### Descrição das Técnicas (Goffi)

A cirurgia inicia-se com uma laparotomia mediana supra-umbilical. Atingindo a cavidade peritoneal, começa-se pela liberação e mobilização da grande curvatura gástrica, iniciada a cerca de 2c.m. cranialmente à esquerda do nível da futura secção gástrica. As ligaduras podem ser feitas por dentro ou por fora da arcada vascular das gastroepiplóicas. As ligaduras são imediatas com o fio inabsorvível. O omento gastrocólico é seccionado progressivamente entre os pares de ligaduras até a proximidade da emergência da gastroepiplóica direita, que será ligada e transfixada.

A seguir, procede-se ao descolamento interduodeno-pancreático até a borda superior do bulbo duodenal, depois da secção dos vasos gástricos direitos e esquerdos.

Após ressecção do segmento gastroduodenal, inicia-se a ligadura da proção distal do estômago com fio inabsorvível.

A reconstituição do trânsito digestivo pode ser feita pela modificação de Schoemaker (gastroduodenostomia a Billroth I), ou pela modificação de Hoffmeister (gastrojejunostomia a Billroth II). Na primeira circunferência do estômago e do duodeno são igualadas pela ressecção mais extensa da pequena curvatura, que é fechada em um ou

dois planos, sendo a anastomose praticada ao lado da grande curvatura. Na segunda, a anastomose entre o estômago e o jejuno, aproveita-se apenas em parte a secção gástrica, fechando-se com sutura cerca da metade da secção, correspondente à pequena curvatura (Oralis Partialis), sempre em dois planos.

A sutura total é feita com catgut cromado em chuleio simples na posterior e anterior. A sutura sero-muscular é feita com fio inabsorvível em chuléio simples ou sutura contínua.

A ligadura do duodeno é realizada com fio de catgut cromado distando cerca de 1 c.m. do ângulo diedro que mostra o limite do deslocamento. Sutura-se em bolsa com fio inasorvível em agulha atraumática, reparando o fio em três alças, para facilitar a invaginação: o coto é invaginado e amarrado a bolsa.

#### IV - RESULTADOS

TABELA I  
 A gastrectomia no tratamento da úlcera gástrica-análise e resultados (33)  
 Distribuição conforme o sexo e idade  
 Florianópolis - 1981

Idade	SEXO		TOTAL	
	Feminino	Masculino	nº	%
11 - 20	-	1	1	3.0
21 - 30	-	-	-	-
31 - 40	-	4	4	12.1
41 - 50	3	10	13	39.4
51 - 60	1	6	7	21.2
61 - 70	2	4	6	18.2
71 - 80	2	-	2	6.1
TOTAL	8	25	33	100.0

Obs: A idade média dos pacientes foi de 48,03 anos.

TABELA II

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)

Distribuição da complicações de acordo  
com a idade

Florianópolis - 1981

Idade \ Complicação	nº	%
11 - 20	-	-
21 - 30	-	-
31 - 40	1	3.03
41 - 50	4	12.12
51 - 60	-	-
61 - 70	3	9.09
71 - 80	1	3.03

Nota: Percentagens calculadas sobre o número de casos (33).

TABELA III

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)  
Complicações de acordo com o sexo e  
idade

Florianópolis - 1981

Complicação Sexo Idade	Presente		Total	
	Feminino	Masculino	nº	%
11 - 20	-	-	-	-
21 - 30	-	-	-	-
31 - 40	-	1	1	11.1
41 - 50	-	4	4	44.5
51 - 60				
61 - 70	1	2	3	33.3
71 - 80	1	-	1	11.1
TOTAL	2	7	9	100,0

## QUADRO I

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)  
Complicações no Pos-operatório imediato  
Florianópolis - 1981

Complicações	nº	%
Fístulas	4	12.12
Pulmonares	4	12.12
Abcesso intracavitário	2	6.06
Deiscência de anastomose gastro-jejunal	2	6.06
Hemorragia intra-luminal	2	6.06
Edema de bôca anastomótica	1	3.03
Peritonite	1	3.03
Síndrome do coto proximal	1	3.03
Óbito	3	9.09

Nota: Percentagens calculadas sobre o número de casos (33)

TABELA IV

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)  
Complicações imediatas e técnicas em -  
pregada  
Florianópolis - 1981

Técnica Complicação	BILLROTH I	BILLROTH II	TOTAL	
			nº	%
Fístula	3	1	4	20
Pulmonares	2	2	4	20
Abcesso intra-cavi- tário	1	1	2	10
Deiscência de anas- tomose gastro-jeju- nal	2		2	10
Hemorragia intralu- minal	2		2	10
Edema de bôca anas- tomótica	1		1	5
Peritonite	1		1	5
Síndrome do coto Proximal	-	1	1	5
Óbito	1	2	3	15
TOTAL	12	8	20	100



TABELA V

A gastrectomia no tratamento de úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)  
Localização da Lesão  
Florianópolis - 1981

Localização	nº	%
Pequena curvatura	21	63.64
Pré-Pilórica	6	18.18
Parede Posterior	3	9.09
Parede anterior	1	3.03
Grande Curvatura	1	3.03
Justa Pilórica	1	3.03
TOTAL	33	100.000

Nota: Das 21 úlceras localizadas na pequena curvatura, 7 (21.2%) foram na incissu ra angular.

TABELA VI

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)  
Tempo de Pós-Operatório  
Florianópolis - 1981

Tempo (dias)	nº	%
6 - 10	23	69.7
11 - 15	5	15.1
16 - 20		
21 - 25		
26 - 30	2	6.1
30	3	9.1
TOTAL	33	100.0

Obs: O tempo médio de pós-operatório  
foi de 13.7 dias.

## QUADRO II

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)

Antibioticoterapia no Pós-operatório

Florianópolis - 1981

Tipo de Antibiótico	Casos		Associação		Tempo médio de utilização (dias)
	nº	%	nº	%	
Cloranfenicol	10	47.6	1	50	7
Tetraciclina	6	27.8	-	-	7
Amplicilina	6	27.8	1	50	9
Cefalotina	5	23.8	2	100	9
Gentamicina	3	14.3	1	50	7
Cefalexina	2	9.5	-	-	5

Nota: Percentagens calculadas sobre o número  
de casos que usaram antibiótico (21).

TABELA VII

A gastrectomia no tratamento da úlcera  
gástrica-análise e resultados (33)  
Relação complicações com o uso de anti-  
bióticos

Florianópolis - 1981

Uso de antibiótico	Pós-operatório				TOTAL	
	SIM		NÃO			
Complicação	nº	%	nº	%	nº	%
Presente	9	27.2	-	-	9	27.2
Ausente	12	36.4	12	36.4	24	72.8
TOTAL	21	63.6	12	36.4	33	100.0

Dos 33 casos analisados 25 pacientes eram do sexo masculino (75.7%) e 8 pacientes eram do sexo feminino (24.3%), dando uma relação de 3:1.

A quinta década de vida foi a mais comprometida (39.4%) tanto no sexo masculino (30.3%) como no sexo feminino (9.1%) seguida pela sexta década (21.2%). A patologia atingiu o sexo feminino nas faixas etárias mais tardias, enquanto que no sexo masculino prevaleceu a incidência quarta década de vida.

A maioria das complicações pós-operatórias ocorreram na quinta década (12.12%) e sétima década (9.09%).

Dos 33 pacientes, apenas nove apresentaram complicações (27.2%) dos quais 77.8% eram do sexo masculino.

As complicações mais frequentes foram as fístulas (12.12%) e as complicações pulmonares (12.12%). As menos frequentes foram: o edema de bôca anastomótica (3.03%), a peritonite (3.03%) e o síndrome do coto proximal (3.03%). A incidência de óbito foi de 9.09%. As fístulas ocorreram em 15% dos casos complicados, onde a reconstituição do trânsito digestivo foi realizada pela gastroduodenostomia à Billroth I, e em 5% naquelas realizadas pela gastrojejunostomia à Billroth II. As complicações pulmonares ocorreram em 20% dos casos complicados, onde foi verificada uma incidência semelhante no emprego de ambas as técnicas. A incidência de óbito foi de 15% nos pacientes complicados, sendo que a maioria deles ocorreram quando empregada a técnica à Billroth II.

Durante o trans-operatório observou-se que a úlcera gástrica esteve localizada na pequena curvatura em 63.4% (21.2% na incisura angular). Os locais menos frequentes foram: na parede anterior, na grande curvatura e na região justapilórica.

Em 69.7% dos casos, os pacientes tiveram uma permanência hospitalar de 6 a 10 dias.

A antibióticoterapia foi utilizada em 21 pacientes (63.6%). O antibiótico mais usado foi o cloranfenicol (47.6%), seguido pela ampicilina (27.8%) e a tetraciclina (27.8%). A cefalexina foi o antibiótico menos usado (9.5%). A cefalotina foi o antibiótico mais usado em associação.

O tempo médio de uso de antibiótico foi de 13 dias.

Dos 21 pacientes que fizeram uso de antibióticos, nove (27.2%) apresentaram complicações no pós-operatório imediato. Não foram verificadas complicações em 24 pacientes (72.8%), sendo que deles, 50% usaram antibiótico e 50% não.

## V - DISCUSSÃO

Na avaliação do emprego da gastrectomia no tratamento da úlcera gástrica vários fatores podem determinar um melhor resultado tais como: os fatores que levaram à indicação cirúrgica, as condições gerais do paciente, o tipo de técnica empregada, a habilidade da equipe cirúrgica e a preparação pré-operatória dos pacientes.

No estudo dos 33 pacientes submetidos à cirurgia gástrica observou-se que a maioria dos pacientes operados foram do sexo masculino. Em nossa estatística houve uma prevalência do sexo masculino (76%). Dados semelhantes foram encontrados por outros autores (13);

Do total de casos apenas nove apresentaram complicações sendo a maioria do sexo masculino, compreendidos entre a quinta e a sétima décadas de vida, sendo portadores de condições agravantes que elevaram o risco cirúrgico. (Terebração, Perfuração e DPOC).

As principais causas de morbidade pós-operatória foram as fístulas (4 pacientes), como própria da cirurgia gastroduodenal e complicações pulmonares (4 pacientes), como derivados da cirurgia abdominal. As primeiras são susceptíveis de diminuir a medida que se aperfeiçoa a técnica cirúrgica, enquanto que as segundas derivam da falta de preparação pré-operatória adequada, fato que se vê agravado, pois a grande parte destes pacientes são fumantes inveterados (13).

Dentre os pacientes que apresentaram fístulas digestivas no pós-operatório, grande parte eram portadores de processos ulcero

tos terebrantes.

A preferência técnica para a reconstituição do trânsito gastrointestinal foi a modificação do tipo a Billroth I (25 casos). Observou-se que, destes, 5 pacientes apresentaram complicações pós-operatórias, enquanto que dos pacientes submetidos à técnica modificada a Billroth II, 4 apresentaram complicações. As desvantagens da técnica a Billroth I podem ser compensadas pela redução do "dumping", a menor perda de peso e uma digestão mais fisiológica resultante (10).

Na literatura pesquisada (5,18,24), a mortalidade pós-gastrectomia varia desde 0,5 a 1% para a cirurgia eletiva, até 5% a 25% (13) para a cirurgia de urgência por sangramento ou perfuração. Neste trabalho não foi feita a distinção acima referida. A taxa de mortalidade encontrada foi de 9% do total de pacientes, e de 15% dos casos complicados. Os casos que evoluíram para o óbito, tratavam-se de pacientes que complicaram; dois, cujos processos ulcerosos haviam complicado com terebração, após o emprego da técnica a Billroth II, desenvolveram deiscência e fístula digestiva do coto duodenal, e, hemorragia digestiva alta e complicação pulmonar. O outro complicou com peritonite, deiscência do coto duodenal, fístula digestiva e embolia pulmonar.

Em relação à localização do nicho ulceroso, observou-se que o mesmo foi mais comumente encontrado na pequena curvatura do estômago, principalmente na incisura angularis, coincidindo com os dados na literatura (19).

A permanência hospitalar ficou entre 6 e 10 dias na grande maioria dos casos. Dentre os casos complicados, apenas dois pacientes puderam ser enquadrados nesta faixa, sendo que o restante (7 casos) tiveram uma permanência hospitalar mais prolongada.

A antibioticoterapia foi amplamente utilizada no pós-operatório imediato. Naqueles casos em que ocorreram complicações, foram usadas associações de antibióticos, como foi o caso da cefalotina,



a qual foi o antibiótico mais usado em associação e nos casos de maior gravidade. Na casuística analisada, notamos que na metade dos pacientes onde não se verificaram complicações imediatas, os antibióticos não foram usados.

## VI - CONCLUSÕES

Da análise do emprego da gastrectomia no tratamento da úlcera gástrica, em 33 casos operados no Hospital de Caridade no período de Janeiro de 1979 à Agosto de 1981, conclui-se que:

1. As complicações no pós-operatório imediato ocorreram na quinta (12%) e na sétima (9%) décadas.
2. As complicações imediatas mais frequentes foram as fístulas digestivas e as complicações pulmonares.
3. O nicho ulceroso esteve localizado na pequena curvatura em 63% dos casos (21% na incisura angularis).
4. A técnica mais usada para a reconstituição do trânsito digestivo foi a Billroth I (76%).
5. A metade dos pacientes que não apresentaram complicações no pós-operatório imediato não utilizaram antibióticos.
6. A mortalidade ocorreu em 9% dos casos.

## VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - ALVES, J. B. R. Cirurgia do estômago. In: \_\_\_\_\_. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte, Vega; Brasília, INL, 1973. cap. 26, p. 433-71, il.
- 02 - ALVES, J. B. R. Cirurgia do duodeno. In: \_\_\_\_\_. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte, Vega; Brasília, INL, 1973. cap. 27, p. 473-97, il.
- 03 - BARROS, J. Ulcera gastroduodenal e cancer gástrico (estudo radiológico) In: ALVES, J. B. R. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte, Vega; Brasília, INL, 1973. cap. 25, p. 397-432, il.
- 04 - CARVALHO, I. Abdome agudo pós-cirurgia gastroduodenal. ARS Curandi, 9(12):43-47, fev., 1977.
- 05 - CONTI, A. & SAVIANO, M. S. La nostra esperienza in tema di gastresezione nel trattamento dell'ulcera gastroduodenale. Min. Chir., 33:385-90, 1978.
- 06 - FERRARA, L. et al. Considerazioni sul trattamento chirurgico dell'ulcera peptica post-operatoria. Min. Chir., 31:640-60, 1976.
- 07 - FERREIRA, J. R. et al. Complicações digestivas pós-operatórias. In: \_\_\_\_\_. Controle clínico do paciente cirúrgico. \_\_\_\_ ed. Rio de Janeiro, Ateneu, 1976. cap. 16, p. 565-93.
- 08 - GALVÃO, L. Cirurgia gastrica-gastroduodenotomia parcial. In: GOFFI, F. S. Técnica Cirúrgica; bases anatomicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia. 2ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1980. cap. 65 p. 671-8, il.
- 09 - HARDY, J. D. Complicaciones de la cirugia gastrica. In: ARTZ, C. P. & HARDY, J. D. Complicaciones en cirugia y tratamiento. 3ed. México, Interamericana, 1977. cap. 19, p. 448-70, il.
- 10 - IBBA, F. et al. Risultati a distanza della resezione gastrica com ricostruzione secondo Billroth I. Min. Chir., 35:1009-16, 1980.
- 11 - KIBER, H. A. Surgical treatment of late posgastrectomy syndromes Am. J. Surg., 129(1):71-7, Jan., 1975.

- 12 - LEWIS, R. T. et al. Discriminate use of antibiotic prophylaxis in gastroduodenal surgery. Am J. Surg., 138(5):640-3, nov., 1979.
- 13 - LLANOS, L. J. et al. Consecuencias inmediatas y tardias de la cirugía de la ulcera peptica. Rev. Med. Child., 106: 758-63, 1978.
- 14 - MELLO, J. B. et al. Ulcera péptica pós-opeatória. ARS curandi, 10(3):60-65, Maio, 1977.
- 15 - NEUDEL, Von G. Erfahrungen mit der Billroth I - Resektion des magens und ihren tücken. Sbl. Chir., 102:199-208, 1977.
- 16 - NEUSTEIN, C. L. et al. Reoperation for post surgical peptic ulcer recurrence: appraisal of the years' experience. Ann. Surg 185(2):169-74, Feb., 1977.
- 17 - PRICOLI, T. I. & RODIGUES, F. S. Antibióticos em gastroenterologia. ARS Curandi, 9(12):7-12, Feb., 1977.
- 18 - QUIROLI, A. Una nuova tecnica di resezione gastrica nella cura dell' ulcera gastroduodenale. Min Chir., 33:1301-11, 1978.
- 19 - RAIÁ, A. A. & PINOTTI, H. W. Ulcera gastroduodenal. In: - ZERBINI E. J. Clínica cirurgica Alipio Corrêa Netto. 3ed. São Paulo, Sarvier, 1974. 4v. cap.28, p. 285-334. il.
- 20 - RUDICK, J. Peptic ulcer surgical alternatives. Med. Clin. North Amer., 62(1):53-7, Jan., 1978.
- 21 - SABISTON, D. C. Procedimento cirúrgico realizado no estômago. In: \_\_\_\_\_. Tratado de cirurgia de David Christopher. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. v.1, cap. 31, p.873-84, il.
- 22 - SPERANZA, V. et al. Management and long-term results in patients with two-thirds gastrectomy and stomal ulcer. Am. J. Surg., 141(1):105-10, Jan., 1981.
- 23 - TAGLIACOZZO, S. & DRAGONE, G. Attuali orientamenti della terapia della malattia ulcerosa. Min Med., 68:3733-44, 1977.
- 24 - VITTORINI, C. et al. La resezione gastrica nel tratamento dell' ulcera gastro-duodenale. Min Chir., 35:119-21, 1980.
- 25 - WINKLER, R. et al. Die BI - Resektion in der ulcuschirurgie. Langenbecks Arch. Chir., 343: 123-32, 1977.

TCC  
UFSC  
CC  
0050

N.Cham. TCC UFSC CC 0050  
Autor: Pereira, Ademir Ad  
Título: A gastrectomia no tratamento da



972813348

Ac. 252886

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM