Tratamento cirúrgico da estenose pilórica

Surgical treatment of pyloric stenosis

Roberto Pelegrini Coral[1], Roberto Viña Coral[2], Rodrigo Koprovski Menguer[3], Lucas Feijo Pereira[4], Vinícius Carraro[5]

RESUMO

Úlcera péptica é definida como uma lesão de mucosa gástrica e/ou duodenal que ocorre quando há desequilíbrio entre fatores de proteção e agressão. É um dos maiores problemas de saúde, com incidência em torno de 1.500 a 3.000 casos a cada 100.000 habitantes por ano. Atualmente, a cirurgia eletiva para essa doença está virtualmente excluída, reservando-se apenas para casos de emergência. A grande maioria desses procedimentos consiste em rafia da parede gástrica ou duodenal por úlcera perfurada. A hemorragia dessas lesões aparece como segunda complicação mais frequente. E, finalmente, apenas cerca de 1 a 2% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico para aliviar uma obstrução gástrica ou duodenal, já que o processo ulceroso crônico deixa fibrose e estenose na região. No presente estudo, são relatados 3 casos em nossa instituição em que executamos cirurgia devido à estenose péptica do piloro e duodeno refratária ao tratamento clínico num período menor que 8 meses. Em todos os casos, foi realizada uma hemigastrectomia, com reconstrução à *Y de Roux*, obtendo resultados satisfatórios.

UNITERMOS: Úlcera Péptica, Obstrução Pilórica, Tratamento Cirúrgico.

ABSTRACT

Peptic ulcer is defined as injury to the gastric or duodenal mucosa which occurs when there is an imbalance between protective factors and aggression to it. It is one of the biggest health problems, with an incidence of around 1500 to 3000 cases per 100,000 people per year. Currently, elective surgery for this disorder is virtually excluded, reserved for emergency cases only. The vast majority of these surgical procedures consists in suturing the stomach or duodenal wall with perforated ulcer. Hemorrhage from these lesions appears as the second most frequent complication. And finally, only about 1-2% of patients require surgery to relieve a gastric or duodenal obstruction, since the chronic ulcerous process causes fibrosis and ulcerative stenosis in the region. In the present study we report three cases in which we performed surgery due to peptic stenosis of the pylorus and duodenum refractory to medical treatment in a period less than 8 months. In all cases, hemigastrectomy with Roux-Y reconstruction was performed, with satisfactory results.

KEYWORDS: *Peptic Ulcer, Pyloric Stenosis, Surgical Treatment.*

INTRODUÇÃO

Úlcera péptica é definida como uma ruptura da mucosa gástrica ou duodenal que ocorre quando os fatores protetores da mucosa são prejudicados ou sobrepostos por fatores agressores. Por definição, as úlceras se estendem através da muscular da mucosa e apresentam, geralmente, mais de 5 mm de diâmetro. A ocorrência de úlcera duodenal é 5 vezes maior em relação à gástrica, localizando-se, em mais de 95% dos casos, no bulbo duodenal (primeira porção do duodeno) ou no canal pilórico. No estômago, úlceras benignas são localizadas, mais comumente, no antro (60%) e na junção do antro com o corpo, na curvatura menor do estômago (25%) (1).

A incidência da doença ulcerosa péptica tem sido estimada em torno de 1.500 a 3.000 por 100.000 habitantes por ano. As prevalências, no decorrer da vida, de hemorragia, perfuração e obstrução em pacientes com úlcera péptica são estimadas em 15 a 20%, 5% e 2%, respectivamente (2).

Ulcera péptica é, também, uma doença infecciosa. O *Helicobacter pylori* (*H. pilory*) é encontrado em mais de 90%

[1] Doutorado. Professor de Cirurgia Geral da Universidade Luterana do Brasil. Chefe do serviço de cirurgia geral do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.
[2] Cirurgião Geral. Residente na área de atuação de videolaparoscopia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
[3] Cirurgião Geral e área de atuação em videolaparoscopia. Cirurgião do corpo clínico da Santa Casa de Porto Alegre.
[4] Cirurgião Geral. Residente de Cirurgia Oncológica do Instituto Nacional do Câncer (INCA).
[5] Doutorando da Universidade Federal de Ciências da Sáude de Porto Alegre.

018-565_Tratamento cirúrgico.pmd 457 21/12/2010, 13:43

dos pacientes com úlcera duodenal. Com a bactéria eliminada, há dramática redução da recorrência da doença (3). Nas últimas duas décadas, o tratamento da doença ulcerosa péptica vem sendo modificado dramaticamente, especialmente devido à eficácia das drogas antissecretórias (antagonistas dos receptores H_2 e inibidores de bomba de prótons).

A cirurgia eletiva para o tratamento da úlcera péptica tem sido virtualmente abandonada. Nos anos 80, o número de cirurgias eletivas para doença ulcerosa péptica reduziu em mais de 70% e as operações de emergência contaram com mais de 80% dos casos. Hoje, a cirurgia permanece principalmente reservada para complicações da doença, tais como sangramento, perfuração e obstrução gástrica, mas ainda é indicada quando há suspeita de malignidade e casos refratários ao tratamento clínico. Uma meta-análise mostrou que a recorrência de úlcera péptica foi significativamente menor nos pacientes nos quais o *H. pylori* foi erradicado. Excetuando-se a questão da hemorragia, as indicações para cirurgia não têm apresentado modificações marcantes (4).

Aproximadamente 65% das cirurgias por doença ulcerosa complicada são devido à perfuração seguida de peritonite. Por volta de 35% das intervenções têm a finalidade de estancar o sangramento decorrente da úlcera, apesar das opções terapêuticas endoscópicas. Cerca de 1 a 2% dos pacientes necessitam de tratamento cirúrgico devido a uma obstrução gástrica e/ou duodenal, por uma sequela decorrente de úlceras pré-pilóricas recorrentes, devido à formação de cicatrizes e estreitamento do piloro. Acerca do último, Liu e Wu observaram, entre os anos de 1982 e 1993, uma queda na incidência cirúrgica, mesmo com o aumento nas taxas de cirurgia de emergência. Os autores demonstraram, ainda, que 1.989 casos de dor incurável e estenoses pilóricas deixaram de ser indicação para cirurgia (5). No entanto, ainda que raros, ainda encontramos casos de estenose pilórica necessitando de tratamento cirúrgico. Nosso objetivo é relatar 3 casos de estenose pilórica decorrentes da doença ulcerosa péptica recorrente e refratária ao tratamento clínico em nosso serviço operados num período menor que 8 meses, já que tal conduta vem se tornando rara nos dias de hoje.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso 1

Paciente de 63 anos, branco, casado, natural e procedente de Guaíba, RS, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Geral com queixas de regurgitação, vômitos após as refeições (1 h após) com dores abdominais em andar superior de moderada intensidade. Relata ter diagnóstico de úlcera gástrica desde 1988, em tratamento com omeprazol 20 mg por dia. Os sintomas pioraram há cerca de 2 anos; o paciente procura atendimento devido à frequência dos vômitos. Nega perda de peso, anemia, melena ou outros sinais de alarme; hígido, sem cirurgias prévias. Ao exame, encontrava-se corado, eupneico, sinais vitais estáveis, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias ou dores à palpação. Internou-se para investigação, realizou endoscopia digestiva alta (EDA), que diagnosticou estenose pilórica, provavelmente por doença benigna. Submetido à antrectomia ampliada e vagotomia troncular com reconstrução do tipo "Y de Roux", na qual foi evidenciada importante estenose pilórica com área de retração visível em serosa gástrica (Figura 1). Apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta. Resultado anatomopatológico (AP): porção de estômago com áreas de fibrose e hialinização em parede pilórica.

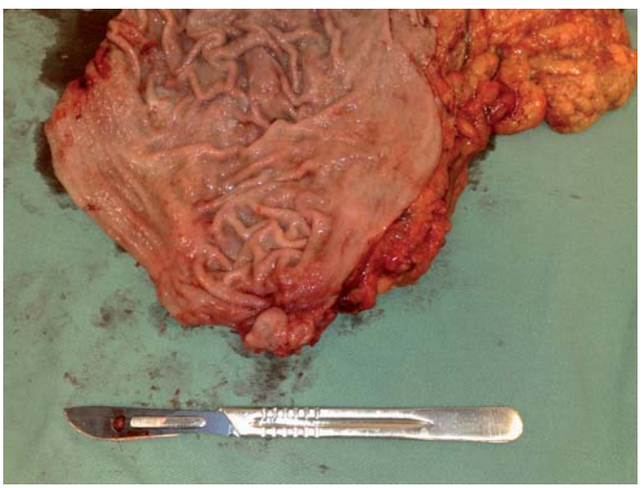


FIGURA 1 – Foto do espécime do caso 1 – Observa-se espécime cirúrgico já incisado, sendo evidenciado intensa fibrose e estenose na região pilórica.

Caso 2

Paciente de 41 anos, negro, solteiro, natural e procedente de Porto Alegre. Paciente já realizava acompanhamento com o Serviço de Gastroenterologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre por úlcera duodenal. Paciente era tratado com omperazol e endoscopias de controle desde 1995. No dia 08/04/2008 compareceu à Emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre por apresentar quadro agudo de dor abdominal, sendo submetido a laparotomia exploratória, a qual evidenciou perfuração gástrica junto ao piloro, sendo tratada através de técnica de Graham. AP: tecido necrótico, ausência de neoplasia. Seguiu acompanhamento ambulatorial, com piora da alimentação via oral, referindo "estufamento" e vômitos 30 minutos a 1 hora após as refeições. Realizou radiografia de esôfago, estômago e duodeno (REED), sugestivo de este-

018-565_Tratamento cirúrgico.pmd 458 21/12/2010, 13:43

nose pilórica decorrente de adenocarcinoma; EDA evidenciando estenose péptica em piloro. Internado e submetido à antrectomia ampliada e vagotomia troncular, sendo evidenciada importante retração fibrótica de piloro. Boa evolução pós-operatória. AP: inflamação crônica, fibrose e estenose em piloro.

Caso 3

Paciente de 51 anos, agricultor, branco, casado, natural do Ceará e procedente de Rondônia. Relatava que há 2 anos iniciou com dores abdominais epigástricas de forma intermitente. Procurou atendimento e iniciou uso de omeprazol 20mg ao dia. Há 6 meses, iniciou com vômitos, cerca de 30 minutos após a refeição, tendo emagrecimento de 8kg no período. Realizou EDA, que mostrou esofagite péptica severa, pangastrite moderada e grande estase alimentar, com provável obstrução ao nível de piloro ou duodeno. REED, que mostrou, também, grande estase e dilatação gástrica por fator obstrutivo em piloro (Figura 2). Submetido à antrectomia + vagotomia troncular com reconstrução em Y de Roux, sendo evidenciada estenose em piloro (Figura 3). Boa evolução pós-operatória AP: úlcera péptica na região antropilórica, com fibrose da parede.



FIGURA 2 – Foto de REED do caso 3 – REED, evidenciando importante distensão gástrica, ocupando praticamente toda cavidade abdominal.

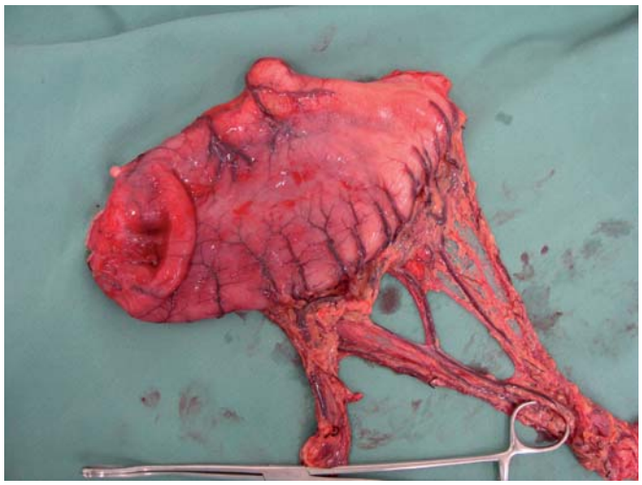


FIGURA 3 – Foto do espécime do caso 3 – Fibrose de região pilórica.

DISCUSSÃO COM REVISÃO DE LITERATURA

Apresentamos três casos operados em nossa instituição que, atualmente, se tornaram assuntos raros no dia a dia do cirurgião: procedimentos para obstrução gástrica e/ou duodenal devido à doença ulcerosa péptica. Ocorrem em aproximadamente 1 a 2% dos pacientes com úlcera péptica, sendo 80% das obstruções devido à úlcera duodenal. Com o advento dos antagonistas dos receptores H_2, inibidores de bomba de prótons e, especialmente, com a descoberta e o tratamento do *Helicobacter pylori*, a maioria dos casos de doença ulcerosa péptica e até mesmo suas complicações como a estenose vem sendo manejada clinicamente (4). Os casos são similares e evidenciam a recorrência da doença ulcerosa após tratamento clínico de longa data, apresentando-se na forma de estenose pilórica. No caso 2, o paciente já havia sido submetido à laparotomia e rafia de corpo gástrico por perfuração de úlcera, podendo esse procedimento ter causado a obstrução mais tarde. Seria, portanto, uma obstrução gástrica secundária, mas, mesmo assim, originada pela doença péptica. Optamos, nos 3 casos, pela antrectomia ampliada mais vagotomia troncular, com reconstrução do tipo "Y de Roux".

Os objetivos das cirurgias são aliviar a obstrução e, ao mesmo tempo, controlar a doença ulcerosa péptica. A efetividade do tratamento se baseia na recorrência e nas taxas de reestenose. Um estudo randomizado prospectivo comparou três técnicas cirúrgicas para o tratamento da obstrução gástrica. Após a laparotomia, os pacientes foram submetidos ou a vagotomia superseletiva mais gastrojejunostomia (n=30), ou vagotomia superseletiva mais gastroduodenostomia tipo Jaboulay (n=30), ou vagotomia seletiva mais antrectomia (n=30). Não houve diferenças no pós-operatório entre os grupos. No seguimento, com média de 98 meses, o estado clínico dos pacientes foi avaliado através da classificação de Visick. O desfecho foi significativamen-

018-565_Tratamento cirúrgico.pmd 459 21/12/2010, 13:43

te melhor após vagotomia superseletiva mais gastrojejunostomia (80% com Visick I) do que após a anastomose do tipo Jaboulay (70% dos pacientes com Visick I), mas não em relação à vagotomia seletiva mais antrectomia (75% dos pacientes com Visick I). Quando comparada à piloroplastia, a gastrojejunostomia foi recomendada como procedimento de escolha para a drenagem gástrica após a vagotomia (3).

O tratamento endoscópico pode ser tentado, uma vez que as dilatações podem ser realizadas com segurança. Considerando morbidade, mortalidade e custos da cirurgia, a dilatação através do balonete endoscópico pode ser a tentativa terapêutica inicial. Se houver falha terapêutica com a dilatação ou se houver reaparecimento dos sintomas, pode ser realizada cirurgia sem comprometer o desfecho do paciente (4).

COMENTÁRIOS FINAIS

Quando a cirurgia para a drenagem gástrica e/ou duodenal é necessária, a morbidade e a mortalidade devem estar abaixo de 15% e 5%, respectivamente, uma vez que a cirurgia eletiva é realizável. Nos pacientes tratados por antrectomia ou ressecção do tipo Bilroth-I, a reestenose ocorreu em 5 a 8% dos casos. A vagotomia seletiva proximal combinada com dilatação piloroduodenal não deve ser utilizada, uma vez que altas taxas de recorrência (mais de 40% dos casos) têm sido relatadas (4). Por esses e outros motivos, optamos por vagotomia troncular e antrectomia ampliada com reconstrução em Y de Roux por acreditar que, mesmo tendo maior morbidade, tal procedimento cirúrgico tem menor chance de recidiva da doença. Nossa intenção foi de apenas relatar os casos por serem raros nos dias de hoje; não temos, obviamente, seguimento suficiente para avaliar a recidiva nesses pacientes com a técnica utilizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McQuaid KR. Peptic Ulcer Disease. In McPhee SJ, Papadakis MA, editors. Current Medical Diagnosis and Treatment. New York: McGraw-Hill; 2006. p. 586.
2. Cecilie S. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis. World Journal of Surgery 2000 Mar; 24 (3): 277-83.
3. Millat B, Fingerhut A, Borie F. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials. World Journal of Surgery. 2000 Mar; 24 (3): 299-306.
4. Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today – inication, technique and outcome. Langenbecks Archives of Surgery 2000 Mar; 385 (2): 84-96.
5. Jamieson GG. Current Status of Indications for Surgery in Peptic Ulcer Disease. World Journal of Surgery 2000 Mar; 24 (3): 256-8.

✉ Endereço para correspondência:
Roberto Viña Coral
Av. Pereira Passos, 562
91900-240 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9327-8977
roberto_coral@hotmail.com

Recebido: 16/1/2010 – Aprovado: 9/3/2010

018-565_Tratamento cirúrgico.pmd 460 21/12/2010, 13:43