

Degastrectomia sem vagotomia por úlcera perfurada de coto gástrico e deiscência completa de anastomose prévia em gastrectomia subtotal em Y-de-Roux

Degastrectomy without vagotomy for perforated ulcer of gastric stump and complete deiscence of previous anastomosis in Roux-en-Y subtotal gastrectomy

Marcelo Fiusa Antunes **SILVA**¹®, Fernanda Marcondes **RIBAS**²®, Cássio **ZINI**²®, Ronise Martins Santiago **SATO**²®, Bruno **PEROTTA**²®, Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**¹®

PALAVRAS-CHAVE: Degastrectomia. Úlcera gástrica. Deiscência.
KEYWORDS: Degastrectomy. Gastric ulcer. Dehiscence.

INTRODUÇÃO

O número de operações para correção de úlceras pépticas vem diminuindo consideravelmente nas últimas décadas. Há aproximadamente 30 anos, era a operação mais realizada por residentes.¹ A gastrectomia de emergência para úlcera péptica complicada, incluindo sangramento, perfuração e obstrução, confere mortalidade, 12-24%. Desde o advento da erradicação do *Helicobacter pylori* aliada às intervenções endoscópicas para tratamento da doença ulcerosa, a gastrectomia de emergência é frequentemente considerada como de resgate, após falha das intervenções primárias. Fatores associados aos seus maus resultados incluem idade avançada, presença de comorbidades e necessidade de transfusão de sangue.²

Sempre que possível, a gastrectomia deve ser realizada ao invés de se realizar apenas sutura da região perfurada nos casos de perfurações terebrantes ou de grande dimensão. A sutura acaba por atender apenas a situações de emergência em casos de perfurações de pequena dimensão, mas os fatores predisponentes ainda permanecerão presentes. Sendo assim, a sutura deve ser reservada apenas para pacientes em más condições clínicas, ou mesmo quando a cavidade abdominal estiver contaminada com pus e/ou alimentos. Nestes casos, deve-se preferir a gastrectomia parcial com reconstrução de Bilroth I, sempre que possível, ou Bilroth II, quando o duodeno não apresenta condições ideais para ser utilizado na reconstrução. Ainda, recomenda-se a drenagem da cavidade tanto após a gastrectomia quanto após sutura da perfuração, pois as condições na cavidade estimulam a deiscência pós-operatória.¹

A degastrectomia é a realização de uma nova abordagem e ressecção gástrica em pacientes previamente já submetidos ao procedimento. Ela é normalmente feita quando existem recidivas locais de tumores ou desenvolvimento de complicações na área da anastomose ou, menos comumente, como tratamento para a recidiva de úlceras.¹⁻⁴ Já a vagotomia consiste da secção do nervo vago que, dentre outras funções, exerce

um dos estímulos para a produção de secreção ácida em determinadas células do estômago. Esse procedimento está condicionado à extensão da ressecção do estômago e a realização de gastrectomias alargadas com ressecção quase total do estômago dispensa a realização de vagotomia por eliminar grande parte da área produtora de secreção ácida.⁴

RELATO DO CASO

Homem de 42 anos, aparentemente hígido, foi encaminhado para o Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo da Santa Casa de Sorocaba, SP, Brasil, com histórico de 4 dias com cólicas no hipocôndrio esquerdo associadas à náuseas e adinamia. Ele também referiu a realização de ressecção em Y-de-Roux recente por conta de uma úlcera duodenal.

Ultrassonografia de abdome total demonstrou borramento de gordura pericólica no mesogástrio, com alça intestinal adjacente espessada. Além disso, exame laboratorial demonstrou que ele possuía leucocitose (33.000 bastonetes/mm³). O quadro álgico evoluiu com melhora após suporte clínico e, durante a investigação, foi solicitada tomografia computadorizada do abdome total que demonstrou sinais de manipulação cirúrgica prévia no estômago, coleção esplênica de aproximadamente 300 ml com nível hidroaéreo (Figura 1), e pequeno pneumoperitônio (Figura 2). Por conta dos resultados tomográficos, optou-se pela intervenção cirúrgica.

Laparotomia exploradora foi realizada e demonstrou coleção seropurulenta livre na cavidade, com intenso processo inflamatório de vísceras. Após a lise das bridas, foi identificado coto gástrico com úlcera perfurada na parede interior e deiscência completa da gastroenteroanastomose previamente realizada. A equipe então optou por realizar degastrectomia sem vagotomia, com reconstrução do procedimento anterior utilizando grampeadores lineares, e mantendo a via transmesocólica prévia. Além disso, foi realizada a

drenagem da cavidade e a passagem de sonda enteral colocada 20 cm após a gastroenteroanastomose. A operação ocorreu sem intercorrências e acompanhamento em UTI (Figuras 3 a 5).

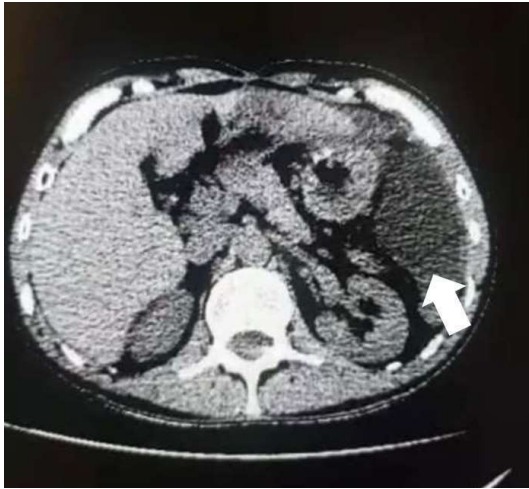


FIGURA 1 - Líquido livre periesplênico (seta)



FIGURA 2 - Pneumoperitônio (seta)

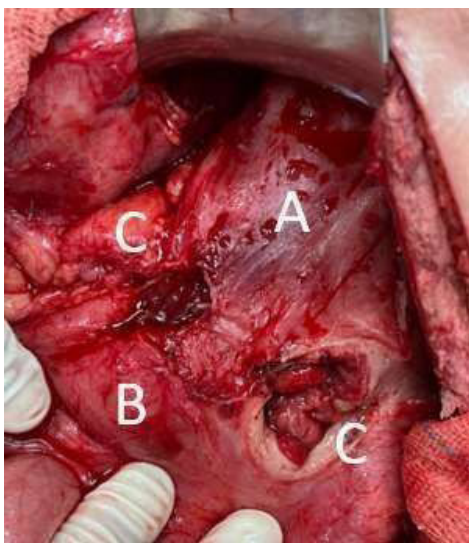


FIGURA 3 - Aspecto prévio à operação: A) coto gástrico; B) porção ileal de gastroenteroanastomose; C) deiscência de anastomose gastroentérica com úlcera de coto gástrico.

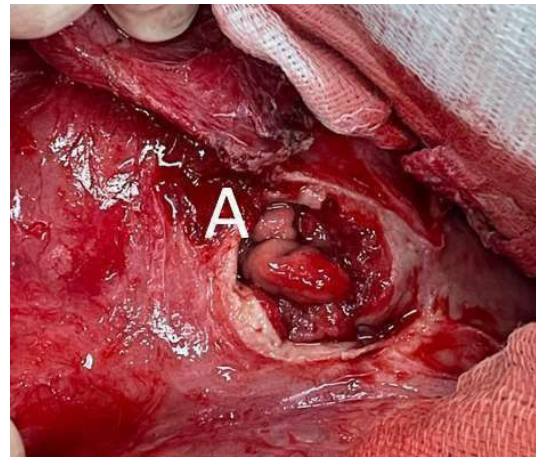


FIGURA 4 - Úlcera de coto gástrico perfurada (A) em deiscência de anastomose.

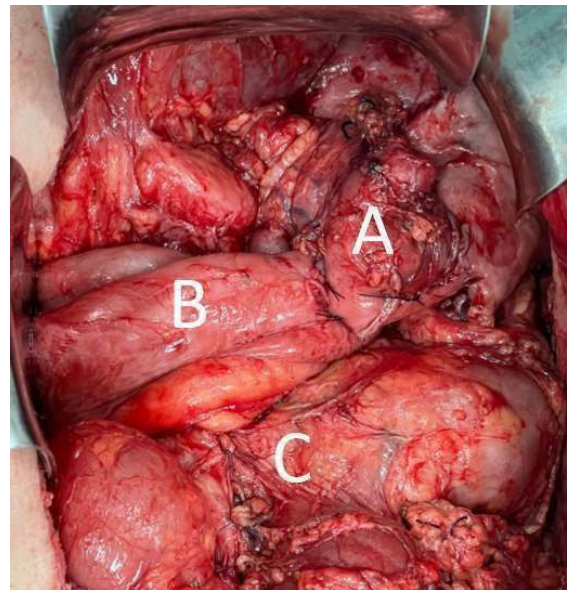


FIGURA 5 - Aspecto final da operação: A) coto gástrico remanescente de degastrectomia; B) porção ileal de nova gastroenteroanastomose; C) fechamento de brecha prévia transmesocólica.

O paciente permaneceu 4 dias na UTI sob antibioticoterapia endovenosa e dreno tubulolaminar. Além disso, apresentou débito seroso em pequena monta, recebendo alta para a enfermaria com dieta enteral liberada no 3º. dia de pós-operatório. Apresentou boa evolução, sem intercorrências, sendo liberada dieta oral líquida no 5º. dia com retirada da dieta enteral no dia seguinte e progressão dietética conforme sua aceitação até a alta hospitalar, ocorrida no 7º. dia, com retorno do trânsito intestinal normalizado.

O resultado do estudo anatomopatológico da peça evidenciou processo inflamatório crônico em agudização, com serosite aguda fibrinopurulenta e ausência de indícios morfológicos de malignidade.

DISCUSSÃO

Ramos et al.⁵ descreveram o caso de um homem de 61 anos que foi diagnosticado com tumor infiltrativo de 6 cm localizado na pequena curvatura do corpo gástrico médio invadindo a cárdia. No 5º dia de pós-

operatório, ele apresentou dor abdominal difusa e drenagem de líquido entérico no dreno abdominal tubular. Por se tratar de fistula precoce associada à peritonite, foi realizada laparotomia exploradora que revelou deiscência de sutura de 40% da parede posterior da anastomose esofagojejunal. Foi realizada sutura da área de deiscências e 2 dias após ocorreu novamente extravasamento e após discussão optou-se pelo tratamento não cirúrgico. O paciente permaneceu estável com antibioticoterapia, nutrição parenteral e enteral. No serviço destes autores, após 169 esofagojejunostomias consecutivas para gastrectomias totais houve 9 casos (5,3%) de fistula com 3 desfechos fatais. Especificamente, quando a degastrectomia foi realizada a incidência de fistula foi maior, ocorrendo em 4 dos 30 casos (13,3%).

Pereira e colaboradores⁶, descreveram 1 paciente que desenvolveu dor abdominal aguda 5 anos após gastrectomia à Billroth II. Na laparotomia ele apresentava estenose completa do ramo aferente com evidência de estrangulamento e necrose. Não havia pancreatite ou pseudocisto pancreático. Foi submetido à duodenopancreatectomia mais degastrectomia e faleceu 18 h após.

Ultrassonografia fornece evidências suficientes para diferenciar pseudocisto pancreático de alça aferente obstruída, pela presença de massa cística peripancreática, debris dentro da massa e ausência do sinal do teclado, sugerindo apagamento das valvas coniventes do intestino delgado. No entanto, tomografia do abdome tem sido sugerida como altamente característica, sendo que ela foi realizada no relato aqui apresentado. Também, história de gastrectomia prévia, dor abdominal recorrente ou intensa, hiperamilasemia com tomografia característica e achados endoscópicos geralmente estabelecem o diagnóstico e exigem avaliação e intervenção cirúrgica.

Por sua vez, Takano et al.⁷ apresentaram caso de invaginação jejunogástrica, em mulher com aumento da pressão intra-abdominal decorrente de vômitos incoercíveis. Tinha hemorragia digestiva, dor epigástrica secundária, sem presença de massa palpável no epigástrico, diagnosticada por endoscopia. Tinha sido operada com gastrectomia à Billroth II e foi realizada degastrectomia com reconstrução em Y-de-Roux e enterectomia do segmento invaginado.

No caso descrito por Ramos et al.⁵ de forma contrária à conduta relatada nesse caso, observou-se que os autores não optaram pelo tratamento cirúrgico. Todavia, a reabordagem realizada no caso aqui descrito seguiu o exemplo demonstrado por Pereira et al.⁶ que também optaram pela reabordagem cirúrgica. De forma semelhante, corroborando nossa conduta, Takano et al.⁷ também optaram pela reabordagem cirúrgica.

Degastrectomia é opção cirúrgica de boa eficiência para a ulceração perfurante de coto gástrico com deiscência da anastomose, e deve ser realizada com urgência visando melhor prognóstico.

Trabalho realizado no

¹Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil;

²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba PR, Brasil

Correspondência:

Jurandir Marcondes Ribas-Filho

Email: ribas6015@gmail.com

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Contribuição dos autores

Conceituação: Marcelo Fiusa Antunes Silva

Supervisão: Jurandir Marcondes Ribas-Filho

Análise formal: Cássio Zini

Investigação: Ronise Martins Santiago Sato

Metodologia: Bruno Perotta

REFERÊNCIAS

1. Ilias EJ. What is the role of gastrectomy in the treatment of peptic ulcer? *Rev Assoc Med Bras.* fevereiro de 2011;57:9–9.
2. Cheng M, Li WH, Cheung MT. Early outcome after emergency gastrectomy for complicated peptic ulcer disease. *Hong Kong Med J.* agosto de 2012;18(4):291–8.
3. Volpe P, Domene CE, Santana AV, Mira WG, Santo MA. Complications and late follow-up of scopinaro's surgery with gastric preservation: 1570 patients operated in 20 years. *Arq Bras Cir Dig.* 35:e1646.
4. Rabben HL, Zhao CM, Hayakawa Y, Wang TC, Chen D. Vagotomy and Gastric Tumorigenesis. *Curr Neuropharmacol.* 2016;14(8):967–72.
5. Ramos MFKP, Martins B da C, Alves AM, Maluf-Filho F, Ribeiro-Júnior U, Zilberstein B, et al. Endoscopic stent for treatment of esophagojejunostomy fistula. *ABCD, arq bras cir dig.* setembro de 2015;28:216–7.
6. Pereira GA, Féres O, Andrade JI de, Ceneviva R. Síndrome da alça aferente com necrose simulando pseudocisto de pâncreas. *Rev Col Bras Cir.* abril de 1998;25:138–40.
7. Takano CK, Souza F de, Okawa M. Invaginação jejunogástrica como causa de hemorragia digestiva. *GED gastroenterol endosc dig.* 1997;35–6.