

# ÚLCERA PÉPTICA PÓS OPERATÓRIA

## FORMAS ANATOMO-CLÍNICAS

MARIO RAMOS DE OLIVEIRA \*

PAULO D. BRANCO \*\*

LUIZ BACCALÁ \*\*\*

Desde o início da cirurgia gástrica tem-se conhecimento da entidade clínica caracterizada pelo aparecimento de úlcera pós-operatória junto à neoboca, após ressecções gástricas ou gastrenterostomias. Tal entidade, apesar da variada e confusa sinonímia, é habitualmente designada úlcera péptica pós-operatória.

Embora estejam estabelecidas normas e bases fisiopatológicas para o tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal, principalmente através do estudo clínico e experimental da histofisiologia gástrica e do mecanismo de regulação da acidez revisto por um de nós (P.D.B.<sup>3</sup>), a úlcera péptica pós-operatória continua sempre presente nas estatísticas dos melhores Serviços de Gastrenterologia como complicação das ressecções gástricas e gastrenterostomias, como atestam os trabalhos, entre outros, de Corrêa Netto <sup>6</sup>, Lima e Corrêa Netto <sup>13</sup>, Bastos <sup>1</sup>, Pontes <sup>19</sup>, Monteiro <sup>16</sup>, Lodovici <sup>14</sup>, Rodrigues <sup>22</sup>, Paulino <sup>20</sup>, entre nós, e de Chifflet <sup>4</sup>, Christmann <sup>5</sup>, Dragstedt <sup>7</sup>, Everson e Allen <sup>8</sup>, Glenn <sup>9</sup>, Meyer e Stein <sup>15</sup>, Wells e McPhee <sup>25</sup>, no estrangeiro.

## FISIOPATOLOGIA DO ESTÔMAGO OPERADO

Embora com patologia própria, semelhante à úlcera gastroduodenal, a úlcera péptica pós-operatória apresenta particularidades etiopatogênicas que a identificam perfeitamente.

Como é observado na patologia da úlcera gastroduodenal, na úlcera péptica pós-operatória a integridade tecidual da neoboca e da alça jejunal é função do equilíbrio entre dois grupos de fatores: defesa ou resistência tecidual e de agressão.

Nas gastrenterostomias e gastroduodenectomias, a resistência dos tecidos e os fatores de agressão podem assim ser catalogados, segundo Chifflet <sup>4</sup>:

---

Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (3ª Divisão — Prof. Eurico Bastos).

\* Livre Docente e Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. TCBC. FACS.

\*\* Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Cirurgião do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.

\*\*\* Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ex-residente do Hospital das Clínicas.

1) *Resistência tecidual* — As condições de resistência tecidual do jejuno e neoboca podem ser modificadas por vários mecanismos, a saber: a) alterações jejunais de origem carencial, pelo regime alimentar inadequado no pré e pós-operatório; b) alterações estruturais da mucosa, de natureza isquêmica ou traumática, provocadas por esmagamentos, trações, ligaduras, etc.; c) torções, angulações e acotovelamentos, por técnica inadequada, ou aderências viscerais, comprometendo a irrigação da mucosa.

Os fatores enunciados, capazes de provocar a diminuição da resistência tecidual, por si só pouco ou nenhum valor possuem na gênese da úlcera péptica pós-operatória. Se considerarmos, no entanto, a ação agressiva do conteúdo gastrintestinal sobre tais zonas de menor resistência, concluiremos que elas podem ser ponto de partida para uma úlcera péptica pós-operatória.

2) *Fatores de agressão* — Os fatores de agressão são fundamentalmente representados pelos alimentos ingeridos e secreções digestivas, mais particularmente pelo ácido clorídrico secretado pelo estômago nas gastrenterostomias ou no côto gástrico após as ressecções. Apesar de ser a acidez gástrica a responsável direta pela gênese da úlcera péptica pós-operatória, participam ativamente em sua formação as alterações topográficas funcionais encontradas no operado gástrico, principalmente no gastrectomizado. Assim, podemos catalogar a seguinte ordem de fatores funcionais que permitam a ação em estado de relativa pureza do ácido clorídrico sobre a neoboca e a mucosa jejunal: a) Alterações dependentes do côto gástrico ou do estômago nas gastrenterostomias: esvaziamento rápido, por perda da função de reservatório; ressecções gástricas econômicas, e gastrenterostomias, permitindo níveis elevados de cloridria; manutenção do antro gástrico, permitindo a integridade do mecanismo hormonal de secreção gástrica, produzindo conseqüentemente altos níveis de cloridria. b) Alterações dependentes da alça jejunal eferente: acotovelamentos, aderências, pinçamentos e lacerações, comprometendo o trânsito e irrigação da alça aferente; má disposição técnica da alça eferente dificultando o trânsito alimentar e a irrigação de sua parede. c) Alterações dependentes da alça jejunal aferente: derivação das secreções digestivas alcalinas, bile e suco pancreático, da neoboca anastomótica, como o observado nas anastomoses em Y de Roux e nas enterenteranastomoses de Braun; estase das secreções alcalinas na alça aferente, ao nível da pinça aortomesentérica, em conseqüência de dilatação e hipotonia pós-operatória; angulações, acotovelamentos e trações ao nível do ângulo duodenojejunal; obstáculos mecânicos por aderências e trações na alça proximal; compressão da alça aferente ao nível do cólon transversal, nas anastomoses pré-cólicas; discinesia biliopancreática do operado gástrico, com trânsito gastrojejunal.

Analisando os fatores desencadeantes de desenvolvimento e manutenção da úlcera péptica pós-operatória, não podemos deixar de assinalar a participação ativa, na gênese do processo, dos chamados fatores primários constitucionais e psicossomáticos, representados pela composição anátomo-funcional do indivíduo, que são trazidos pela hereditariedade<sup>5</sup>.

Alterado o equilíbrio entre os fatores de resistência tecidual e de agressão, tem origem um processo destrutivo de natureza ulcerativa que, com caráter penetrante, tende a atingir em profundidade tôdas as estruturas da parede jejunal e a neoboca anastomótica. Êste processo de natureza evolutiva provoca reação inflamatória dos tecidos, que se traduz por infiltrado linfoplasmomonocitário, assim como de tecido conjuntivo, com o fim de circunscrevê-lo. Os fenômenos inflamatórios atingem não só as paredes jejunais ou da neoboca, como se estendem ao peritônio regional, ao mesentério e aos gânglios linfáticos, e mesmo às vísceras vizinhas que, muitas vêzes, aderindo ao local da úlcera, protegem a cavidade peritoneal.

Se, por modificações funcionais de origem medicamentosa e clínica, se consegue provocar a reação dos tecidos, pode obter-se o desaparecimento do processo ulceroso, que é substituído por uma cicatriz conjuntiva sem a devida epitelação e que, sob a mínima agressão, novamente se abre e se põe em evolução, sempre com caráter penetrante.

Da análise etiopatogênica da úlcera péptica pós-operatória surge com evidência o conceito e a divisão de suas formas anátomo-clínicas, motivo do presente estudo.

#### CLASSIFICAÇÕES DAS FORMAS DA ÚLCERA PÉPTICA PÓS-OPERATÓRIA

A úlcera péptica pós-operatória pode ser classificada sob o ponto de vista anátomo-clínico, de várias formas, segundo diferentes autores. Assim, van Roojen (cit. por Christmann<sup>5</sup>) a classifica em: a) forma latente; b) forma atípica; c) forma com perfuração aguda; d) forma com tumor inflamatório parietal; e) forma perfurada no cólon. Segundo êste autor, a forma atípica foi observada em 11% dos casos, a perfurada aguda em 20%, o tumor inflamatório parietal em 57% e a forma perfurada no cólon em 12% dos casos.

Viñas (cit. por Christmann<sup>5</sup>) fêz a seguinte classificação: 1) forma dispéptica simples; 2) forma tumoral; 3) forma estenosante com retenção gástrica; 4) forma perfurante aguda; 5) forma perfurante em cólon transverso, com fístula gastrojejunocólica.

Labandibar (cit. por Christmann<sup>6</sup>) adota a seguinte classificação: 1) forma típica; 2) forma com peritonite localizada e plastrão superficial; 3) forma com peritonite localizada profunda ou pseudotumoral; 4) forma perfurante com peritonite generalizada; 5) forma perfurante nos diversos segmentos do tubo digestivo; 6) forma recidivante; 7) forma intestinal.

Christmann<sup>5</sup>, de acôrdo com os achados macroscópicos operatórios, divide as úlceras pépticas pós-operatórias em: 1) não se encontra a úlcera; 2) exulceração ou erosão da mucosa; 3) úlcera crônica; 4) úlcera complicada: perfuração (em peritônio livre, em órgão parenquimatoso, em órgão ôco, isto é, fístula gastrojejunocólica); hemorragia; degeneração.

Neste trabalho preferimos adotar a classificação que segue, e por ela fazemos a seqüência da exposição das *formas anátomo-clínicas da úlcera péptica pós-operatória*: 1) Forma não complicada; 2) Formas complicadas: a) hemorrágica; b) perfurada em peritônio livre; c) tumoral; d) penetrante com fístula e sem fístula; e) estenosante.

*Forma não complicada* — A forma não complicada da úlcera péptica pós-operatória é caracterizada clinicamente por apresentar sintomatologia dependente tão somente do processo ulcerativo, que se limita às estruturas da parede jejunal, sem reação inflamatória periulcerosa e sem atingir estruturas vasculares que determinem sangramento.

Nos casos de úlcera péptica pós-operatória não complicada, o sintoma predominante é a dor quase contínua, com exacerbações, com ou sem ritmo ou periodicidade, em queimação ou constrição, habitualmente localizada no epigástrico e região umbilical. A intensidade e continuidade da dor são dependência da participação peritoneal no processo inflamatório periulceroso. A dor da úlcera péptica pós-operatória pode apresentar características de dor visceral, assim como pode apresentar dor do tipo sensitivo periférico na eventualidade do processo inflamatório, por contigüidade, atingir o peritônio parietal; por tal motivo pode ser contínua, surda, profunda, mal definida do tipo visceral, assim como pode tornar-se precisa, nítida, localizada, superficial e mais ou menos intensa, de acôrdo com a maior ou menor participação da serosa parietal no processo inflamatório.

A irradiação da dor se faz habitualmente para o hipocôndrio e flanco esquerdos<sup>2</sup>. Os fatores que habitualmente melhoram a dor na úlcera gastroduodenal (antiácidos, antispasmódicos, repouso e às vezes a ingestão de alimentos) também podem provocar alívio, se bem que fugaz, na sintomatologia dolorosa da úlcera péptica pós-operatória. A náusea e o vômito ocorrem como manifestações reflexas de um quadro doloroso intenso, habitualmente melhorando-o.

Ao analisarmos a sintomatologia da úlcera péptica pós-operatória, não devemos esquecer que, nos pacientes portadores de gastrenterostomias, por permanência do processo ulceroso primitivo, os sintomas dêle decorrentes podem associar-se aos da úlcera péptica pós-operatória, ou mesmo superá-los em intensidade.

A propedêutica geral e abdominal nos casos iniciais, ditos não complicados, pouco ou nenhum dado nos traz. No ato cirúrgico o achado consiste na identificação de um processo ulcerativo junto à neoboca, sem comprometimento de estruturas vasculares ou de vísceras vizinhas (caso 1).

CASO 1 — G. J., 24 anos, brasileiro, comerciante, matriculado no Serviço de Assistência Médica do IAPC sob nº 22.511.

O paciente apresentava, há 8 anos, úlcera duodenal comprovada por quatro exames radiológicos. Foi tratado clinicamente, mas nunca fez tratamento regular, sendo indisciplinado, fazendo muitas extravagâncias alimentares. Continuou fumando bastante e tomando café. É alérgico e tem uma irmã que já foi operada cinco vezes do estômago por úlcera. Foi operado de gastrectomia há 10 meses. Durante

6 meses fez a dieta e passou bem. Há 4 meses voltou a fumar e saiu do regime. Há um mês apresenta dores no epigástrico, que se irradiam para os hipocôndrios, de caráter contínuo e com exacerbações fortes e em cólicas, um pouco aliviadas quando toma leite gelado. Outros alimentos as agravam. Necessita, às vezes levantar-se à noite para tomar o leite a fim de poder dormir. Foi feito exame radiológico, que revelou duas úlceras pépticas pós-operatórias na alça jejunal anastomosada (fig. 1). Vai ser reoperado.

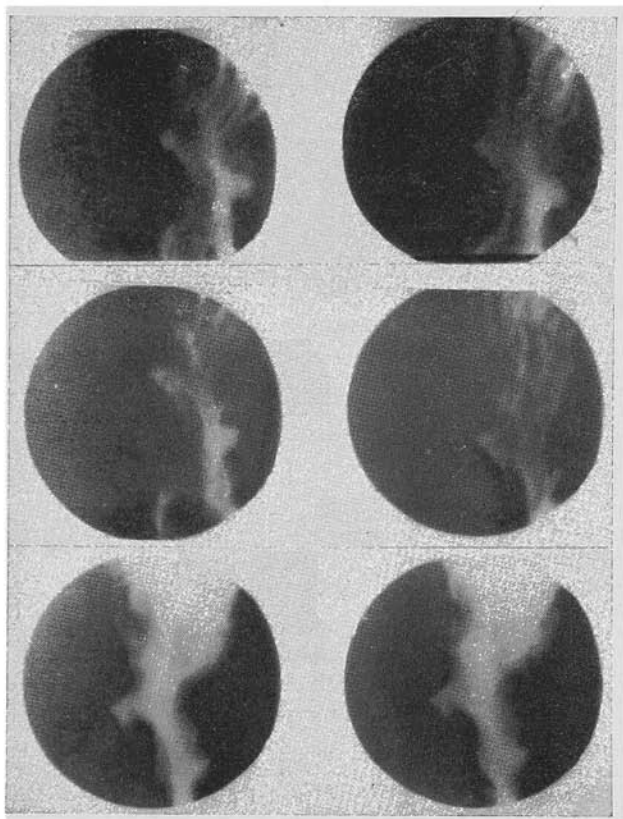


Fig. 1 — Caso 1. Radiografia mostrando as úlceras pépticas pós-operatórias. A gastrectomia é ampla.

*Comentário* — O paciente foi submetido à gastrectomia por úlcera duodenal. Tem uma irmã que também o foi e teve úlcera péptica pós-operatória recidivante, já tendo sido reoperada várias vezes. Após um período de bem-estar, teve a sintomatologia clássica da úlcera péptica pós-operatória na fase não complicada. Foi feito o diagnóstico clínico que o exame radiológico confirmou.

*Formas complicadas* — Nas formas da úlcera péptica pós-operatória, ao sintoma dor, comum a tôdas as formas, somam-se outros, para os quais encontramos representação anátomo-patológica sempre dependente da característica evolutiva e penetrante da úlcera.

a) U.P.P.Op. hemorrágica — Na forma hemorrágica incluímos os casos que, além do quadro clínico próprio da úlcera péptica pós-operatória, referem como dado predominante perdas sangüíneas de maior ou menor gravidade, expressas por hematêmese ou melena. A melena é o sintoma mais comum, não sendo raras neste tipo de úlcera as hemorragias maciças<sup>2, 17</sup>. A incidência de hemorragia nos pacientes portadores de úlcera péptica pós-operatória varia de 9 a 50% (Bockus<sup>2</sup>).

Dois aspectos chamam a atenção no problema das hemorragias da úlcera péptica pós-operatória: a repetição habitual do quadro hemorrágico e a gravidade das hemorragias maciças muitas vezes presentes. Tais aspectos, como as formas anátomo-clínicas em si, encontram a sua explicação no caráter evolutivo, penetrante, sem tendência à cura, que apresenta a úlcera péptica pós-operatória, a qual, atingindo um vaso, provoca a sua corrosão.

Ao quadro clínico da úlcera não complicada, somando-se a hematêmese e melena e dependendo da gravidade das alterações cardiocirculatórias próprias das hemorragias, temos o quadro clínico da úlcera péptica pós-operatória hemorrágica, perfeitamente exemplificado no caso 2.

CASO 2 — G.Z., 32 anos, brasileiro, comerciário, matrícula 257-52, de clínica particular (M.R.O.) em 4-12-1952.

O paciente foi operado de úlcera duodenal há 3 anos, quando submetido a gastrectomia. Passou bem 8 meses e depois desse prazo começou a apresentar dor e "pressão" na região periumbilical, principalmente à esquerda, de caráter mais ou menos permanente e acompanhada de enjoo e cólicas; algumas vezes essas cólicas eram em "torções" fortes, que melhoravam com o vômito de líquido amarelo ou de restos alimentares. Fêz radiografia, que revelou úlcera péptica jejunal pós-operatória. Fêz tratamento clínico durante 2 anos, com períodos de melhora e piora, tendo tirado três radiografias, sendo duas negativas e uma positiva para o mesmo diagnóstico. Após 2 anos e 8 meses da operação teve violenta hemorragia de 8 a 10 dias de duração, com profusas hematêmeses e melenas típicas, que o levaram a grande anemia, astenia e fraqueza. Continuou, apesar disso, com o tratamento clínico, pois negava-se a ser reoperado, tendo tido, nos últimos 6 meses, novas hemorragias pequenas de 1 ou 2 dias de duração, freqüentemente como melena e às vezes como hematêmese. Veio à consulta emagrecido, anemiado e nessa ocasião o seu dia gástrico era o seguinte: dor intensa o desperta às 4 horas da manhã; toma leite com café e melhora, conseguindo dormir; às 9 horas acorda com o epigástrico doloroso; toma novo café com leite e a dor que retornou forte melhora; se tomar só café a dor piora muito; às 11 horas almoça e há piora da dor com exacerbações em cólicas; deita-se durante 3 horas porque tem suores frios depois do almoço, mal-estar e grande sonolência; às 15 horas, freqüentemente, vomita um líquido amarelado, o que melhora o seu mal-estar. Às 18 horas janta e piora a dor, que às vezes melhora com os vômitos. Pela madrugada a exacerbação da dor o faz acordar. O intestino funciona bem, evacuando diariamente. Estava com 2.300.000 eritrócitos e Hb 46%; a prova de Katsch-Kalk revelou hipercloridria (AT 80 e Al 70). Foi indicada intervenção e começou a tomar transfusões de sangue para se preparar. Ao chegar, após várias transfusões, a ter Hb 62% com 4.300.000 eritrócitos, teve um acidente de tipo sangüíneo incompatível e em consequência sobreveio síndrome de néfron inferior de recuperação lenta, que levou 3 meses para se efetuar. Fêz nova radiografia nessa ocasião, que revelou gastrectomia econômica com úlcera péptica crônica da alça anastomótica, em sua borda mesenterial (fig. 2).

Teve novo acidente hemorrágico maciço, com hematêmese e melena, que o levou a ter 40% de hemoglobina e 3.200.000 eritrócitos. O sangramento persistia e as condições circulatórias estavam instáveis. Foi operado na vigência da hemorragia

e submetido a degastro + gastrectomia + ressecção da alça jejunal. A peça anátomo-patológica revelou duas úlceras: uma em cada extremidade da anastomose. O paciente entrou em choque, vindo a falecer 6 horas após a operação.

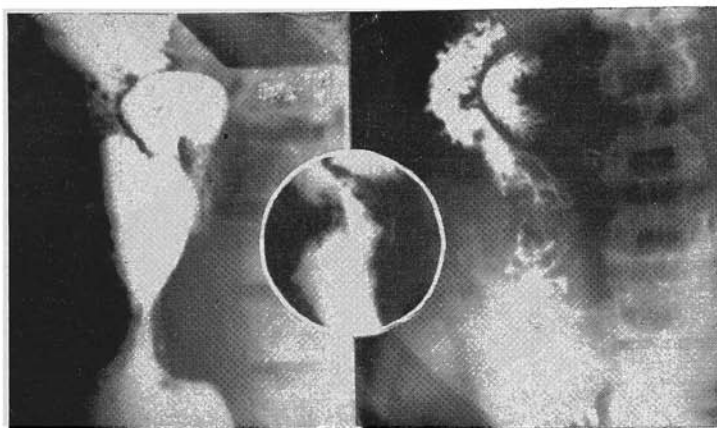


Fig. 2 — Caso 2. Gastrectomia econômica. No centro, a anastomose e, à esquerda desta, a úlcera.

*Comentário* — O paciente apresentou uma úlcera péptica pós-operatória complicada com hemorragia grave e de longa duração.

b) U.P.P.Op. perfurada em peritônio livre — Se sua evolução de penetração e acometimento progressivo em profundidade das estruturas próximas à neoboca ocorrer com rapidez, ou se as defesas orgânicas de ordem local e geral não se mostrarem satisfatórias, não havendo, portanto, bloqueio eficiente ao nível do fundo do processo ulcerativo, pode dar-se a sua perfuração em peritônio livre.

Esta eventualidade, que foi recentemente estudada por nós<sup>21</sup>, é relativamente rara, incidindo, segundo os vários autores, de 1 a 34% do total de úlceras pépticas pós-operatórias<sup>10, 11, 12, 23</sup>.

A perfuração em peritônio livre ocorre mais freqüentemente nas gastrenterostomias, em relação às ressecções gástricas, e ainda é mais comum em indivíduos anteriormente operados por úlcera duodenal.

A sintomatologia observada é a clássica, em geral verificada nas perfurações de víscera ôca. Os sintomas subjetivos podem ou não ser precedidos de exacerbação do quadro doloroso. O quadro agudo pròpriamente dito é de dor súbita, habitualmente descrita como “em facada”, de grande intensidade, com tendência à irradiação para todo o abdome. O quadro clínico pode ser modificado em conseqüência das alterações peritoneais de ordem local.

Como dados propedêuticos podemos encontrar: 1) No *exame físico geral*, quadro clínico de maior ou menor comprometimento do estado geral, de acôrdo com o tempo de perfuração e estado físico antes da mesma; hipotensão e taquicardia, como decorrência de peritonite. Febre pode estar ou não presente. 2) No *exame do abdome* os dados propedêuticos encon-

trados se referem aos das peritonites em geral: abdome tenso, doloroso à palpação, com sinais de irritação peritoneal e íleo paralítico.

A úlcera péptica pós-operatória perfurada em peritônio livre, em linhas gerais, apresenta características anátomo-patológicas praticamente iguais às úlceras pós-operatórias não complicadas; acrescenta-se apenas o orifício ao nível do fundo da úlcera, comunicando o estômago ou côto gástrico com a cavidade peritoneal, e a reação inflamatória da serosa, que pode ser desde serofibrinosa até francamente purulenta, de acôrdo com o tempo de perfuração. O caso 3 exemplifica plenamente o quadro descrito.

Caso 3 — J.S., 36 anos, branco, brasileiro, comerciante, procedente de São Paulo. Reg. 35.636. Data de internação 28-10-54. O paciente deu entrada no Hospital das Clínicas, pelo Pronto Socorro, com um quadro abdominal agudo e referindo a seguinte história: há 2 anos apresentou distúrbios dispépticos, fazendo radiografia que revelou úlcera duodenal. Foi operado da úlcera e seguiu o regime prescrito, passando bem, raramente tendo distúrbios gastrintestinais. Três dias antes da internação começou a ter dores em cólica, generalizadas por todo o abdome, com nítida acentuação nas últimas 12 horas. Evacuiu fezes bem coradas e de aspecto normal, há 12 horas. Teve náuseas, mas não vomitou. Desde o aumento de intensidade das dores, que sempre foram generalizadas, deixou de eliminar fezes ou gases. O exame físico revelou paciente inquieto, gemendo e gritando continuamente. No abdome havia defesa generalizada, com descompressão parietal brusca muito dolorosa. A radiografia com contraste revelou gastrenteranastomose com extravasamento de contraste ao redor da anastomose e pneumoperitônio no espaço subfêrnico direito.

Foi feita uma degastro + gastrectomia + ressecção da alça jejunal anastomosada, pois havia uma gastrenteranastomose com úlcera péptica pós-operatória em sua face ântero-superior, perfurada, parcialmente tamponada pelo peritônio parietal. No duodeno havia duas úlceras. A úlcera péptica na peça operatória era de 17 mm de diâmetro, com perfuração irregular no fundo (fig. 3).

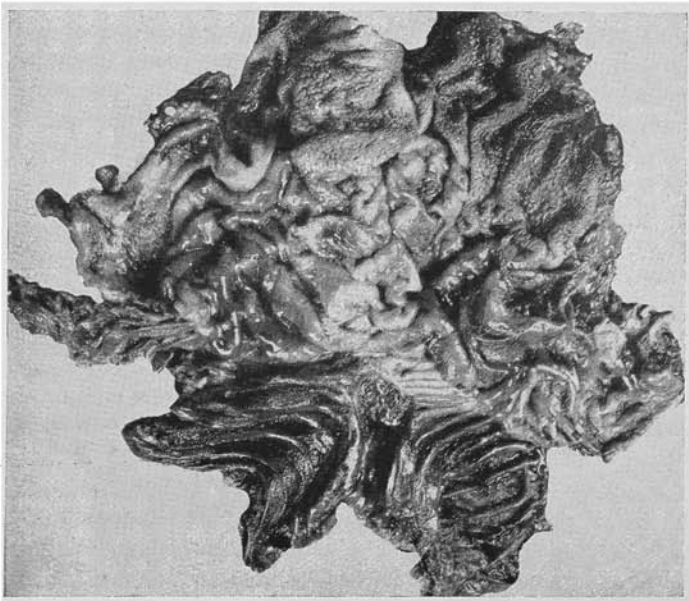


Fig. 3 — Caso 3. Peça operatória aberta, mostrando na alça jejunal a úlcera péptica perfurada.



*Comentário* — O paciente, portador de úlcera duodenal, foi submetido a gastrenterostomia 2 anos antes. Apresentou o quadro clássico de perfuração aguda de víscera ôca, tendo sido operado com resultado satisfatório.

c) U.P.P.Op. tumoral — A forma tumoral da úlcera péptica pós-operatória é caracterizada, fundamentalmente, pela reação inflamatória periculerosa, que determina o aparecimento de tumor ao nível da região da neoboca no local da úlcera.

O tumor de origem inflamatória surge como conseqüência da reação peritoneal ao nível do fundo da úlcera, que, se propagando para os tecidos e vísceras vizinhas, determina acolamento dos mesmos àquele local.

As formas tumorais de úlcera péptica pós-operatória são a expressão de boa capacidade de defesa orgânica, tanto local como geral, determinando a circunscrição do processo ulcerativo penetrante.

Aos dados clínicos próprios das úlceras complicadas acrescenta-se, nestas formas tumorais, a habitual maior intensidade da dor e a palpação de tumor epigástrico ou periumbilical. No ato cirúrgico o processo inflamatório de natureza tumoral pode ser de tal monta que não raro é confundido com neoplasia do côto gástrico ou do estômago. O caso 4 dá idéia precisa do que seja a forma tumoral de úlcera péptica pós-operatória.

Caso 4 — G.A., 47 anos, branco, masculino, brasileiro, vendedor, procedente da Capital. Reg. 489.795. Data de internação 17-9-57. O paciente, após um período de 3 anos de dores epigástricas em queimação que melhoravam com a alimentação, fez exame radiológico, que revelou úlcera duodenal. Foi operado, não tendo o cirurgião conseguido executar a operação proposta (gastroduodenectomia) em conseqüência de dificuldades técnicas. Três meses após sofreu nova intervenção, quando foi praticada gastroduodenectomia parcial. Passou bem 4 meses, quando notou o aparecimento de uma tumoração ao nível da cicatriz operatória, que aumentava com os esforços; concomitantemente, passou a sentir dor no hipocôndrio esquerdo, intensa, em queimação, contínua, melhorando com a ingestão de alimentos. Com o decorrer do tempo notou o aparecimento, no epigástrico, de tumoração intensamente dolorosa à palpação. Fez roentgenterapia, por 14 dias seguidos, sobre a citada tumoração, sem melhora alguma.

Ao exame físico, de interesse, constatou-se uma eventração de incisão cirúrgica paramediana direita. A palpação do abdome identificou-se tumoração do tamanho de uma laranja, dura, intensamente dolorosa, imóvel com a respiração, localizada no hipocôndrio esquerdo. Foi feita radiografia, que mostrou as relações da tumoração com as alças jejunais próximas à anastomose (fig. 4).

O paciente foi submetido a uma laparotomia, quando se constatou massa tumoral do tamanho de uma laranja, inteiramente aderida ao peritônio parietal, de consistência dura e inelástica, de caráter inflamatório. Alças intestinais, cólon transverso e fígado encontravam-se firmemente aderidos à massa tumoral, que por sua vez fazia corpo com o côto gástrico, onde havia uma úlcera péptica pós-operatória ao nível da bôca eferente, junto à linha de anastomose. Executou-se a seguir degastrenterostomia + gastrectomia a Billroth II, com resultado satisfatório.

*Comentário* — O diagnóstico pré-operatório foi de câncer do côto gástrico ou úlcera péptica pós-operatória com peritonite plástica local, sendo a favor dêste último a intensa dor no local do tumor. O ato cirúrgico confirmou a segunda hipótese.

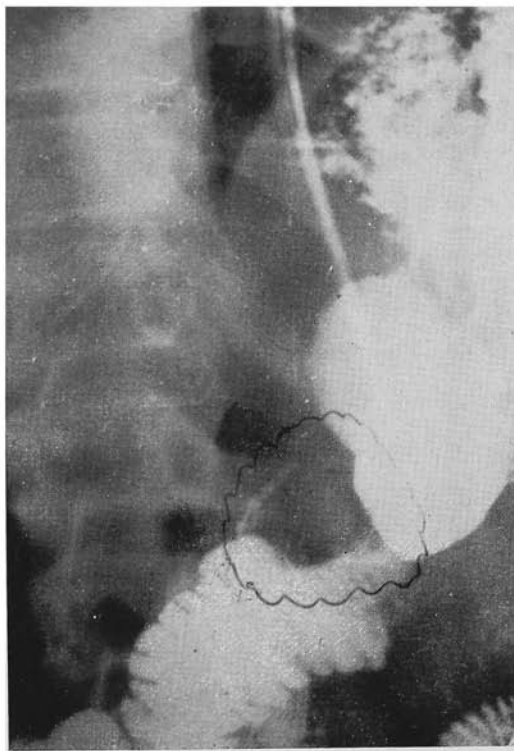


Fig. 4 — Caso 4. Radiografia mostrando o local da tumoração, esquematizada na chapa pelo radiologista. A tumoração comprime o estômago e a alça jejunal anastomosada.

d) U.P.P.Op. penetrante ou perforante — Outra forma bastante comum de úlcera péptica pós-operatória é a chamada forma penetrante ou perforante. Sob o ponto de vista anátomo-patológico caracteriza-se pela penetração em tecidos e estruturas vizinhos, do processo ulcerativo péptico primariamente de localização gastrojejunal. Em consequência do acolamento das vísceras ao nível da úlcera, estabelecem-se aderências firmes entre esta e os órgãos adjacentes, que finalmente são atingidos em sua estrutura pelo processo destrutivo-ulcerativo. Em sua evolução, se houver estabelecimento de continuidade entre a cavidade gastrojejunal e outra víscera ôca — cólon ou intestino delgado — ou se houver comunicação com o exterior, a úlcera torna-se fistula gastrojejunocólica ou fistula gastrojejunocutânea. Ficam, assim, subdivididas as formas penetrantes, em formas penetrantes com e sem fistula. Nas formas sem fistula, os aspectos clínicos e propedêuticos são idênticos aos das formas clínicas não complicadas; a sua característica fundamental é de ordem morfológica e anátomo-patológica.

As formas fistulizadas de úlcera péptica pós-operatória apresentam características clínicas e propedêuticas próprias. Assim, se a comunicação

gastrojejunal se fizer com o exterior através da parede abdominal por uma fístula gastrojejunocutânea, teremos como dados clínicos predominantes aqueles dependentes da existência de intensa espoliação pelas perdas ao nível da fístula, assim como pela impossibilidade de se conseguir sua reposição e a manutenção do equilíbrio energético e hidrossalino. O caso 5 é um exemplo.

CASO 5 — J.B.W., 36 anos, branco, masculino, brasileiro, operário, procedente de São Caetano do Sul. Reg. 360.450. Data de internação 23-3-1954. O paciente, por apresentar sintomatologia dolorosa epigástrica, foi gastrectomizado 5 anos antes de sua internação, não sabendo informar qual a entidade clínica de que era portador. Como permanecesse com a mesma sintomatologia, dores epigástricas em queimação, de forte intensidade, irradiando-se para os genitais e perna esquerda, foi reoperado duas vezes, não sabendo informar quais as operações realizadas. Permaneceu com o mesmo quadro clínico até horas antes de sua internação pelo Pronto Socorro, quando as dores se tornaram intensas, após o que se seguiu a saída de líquido amarelo escuro pela cicatriz operatória, líquido este que queimava a pele, deixando-a avermelhada. Ao exame constatou-se um paciente em más condições físicas, desidratado, apresentando no abdome uma cicatriz cirúrgica mediana supra-umbilical e outra transversa no hemiabdomen esquerdo; na extremidade medial da incisão transversa notou-se pequeno orifício (10 mm de diâmetro), que dava saída a material líquido amarelo escuro, principalmente aos esforços e nas exacerbações da dor epigástrica. Administrando-se azul de metileno por bôca, este surgia no orifício cutâneo 45 segundos após. Foi feito exame radiológico, que revelou a existência de fístula gastrojejunocutânea (fig. 5).



Fig. 5 — Caso 5. Radiografia mostrando, em posição de perfil, a fístula gastrojejunocutânea.

O paciente permaneceu internado, recebendo transfusões diárias, alimentação parenteral, aspiração contínua do trajeto fistuloso e em exame durante 7 dias, após os quais foi operado. No ato cirúrgico constatou-se a existência de gastrenterostomia, com úlcera péptica da boca anastomótica fistulizada na pele, além de uma úlcera gástrica penetrante no pâncreas. Foi executada degastrenterostomia e gastrectomia a Billroth II. No 9º dia de pós-operatório houve aparecimento de líquido bilioso na cicatriz operatória, que resultou, nos dias subseqüentes, em intensa espoliação, vindo o paciente a falecer no 18º dia. A necropsia revelou deiscência da anastomose jejuno-gástrica.

*Comentário* — O paciente, operado do estômago por gastrectomia, apresentou sintomatologia de úlcera péptica pós-operatória, complicada com quadro agudo que o obrigou a procurar o Pronto Socorro. Nessa ocasião formou-se uma fistula externa de grande débito. A radiografia do estômago revelou gastrenteranastomose com fistula gastrojejuno-cutânea.

Outra forma fistulizada de úlcera péptica pós-operatória é a fistula gastrojejuno-cólica. Às características clínicas, comuns às úlceras pépticas pós-operatórias em geral, somam-se, nesta eventualidade, os sinais e sintomas conseqüentes à síndrome da insuficiência ileojejunal crônica. Tal síndrome é determinada pela comunicação gastrocólica estabelecida pelo processo ulceroso, provocando o desvio do trânsito alimentar do estômago ou cóto gástrico diretamente para o cólon.

Os componentes da síndrome de insuficiência ileojejunal podem ser agrupados da seguinte maneira, já exposta em trabalho anterior de um de nós (M.R.O.<sup>20</sup>): a) alterações no número de evacuações e nas fezes: diarreia litérica, esteatorréia, creatorréia, com numerosas evacuações no início, diminuindo como conseqüência de adaptação cólica; b) presença de vômitos fecalóides e odor fétido, na ausência de distensão e obstrução intestinal; c) quadro doloroso abdominal em cólica: irritação dos cólons e íleo terminal pela chegada, até eles, de um quimo ácido; d) sintomas e sinais gerais decorrentes da desnutrição: perda progressiva do peso corpóreo; presença de edemas discrâsicos e ascite; alterações cutâneo-mucosas por hipovitaminose e desidratação; alterações psíquicas e neurológicas; formigamento de extremidades; amenorréia e diminuição da libido.

O caso 6 exemplifica esta forma complicada de úlcera péptica pós-operatória.

CASO 6 — V.A., 32 anos, branco, masculino, brasileiro, barbeiro, procedente da Capital. Reg. 223.998. Data de admissão 22-9-1952. O paciente fôra operado de úlcera duodenal em 1942, tendo passado bem durante 4 anos, quando começou a sentir dor periódica localizada no epigástrio, melhorando com a ingestão de alimentos, dor acompanhada de sensação de empachamento epigástrico. Permaneceu com essa sintomatologia por 4 anos e meio, quando fêz tratamento clínico (regime alimentar e Banthine). Passou bem um mês e meio; súbitamente, começou a apresentar diarreia com 10 a 22 exonações diárias, com alimentos não digeridos e recém-ingeridos. Concomitantemente, passou a vomitar material semelhante a fezes no aspecto e odor, duas a quatro vezes por dia, geralmente 40 minutos após as refeições. Como estivesse muito fraco e emagrecido (perdera 14 quilos) procurou o Hospital das Clínicas, onde foi internado. O exame físico revelou um paciente emagrecido, desidratado, com mucosas descoradas, apresentando alterações tróficas do tipo carencial na pele e mucosas. Ao exame, o abdome se mostrava apenas doloroso à palpação profunda. Após preparo, o paciente foi operado. No ato cirúrgico constatou-se a presença de uma gastrectomia ampla, pré-cólica, com fistula gastrojejuno-cólica. Foi

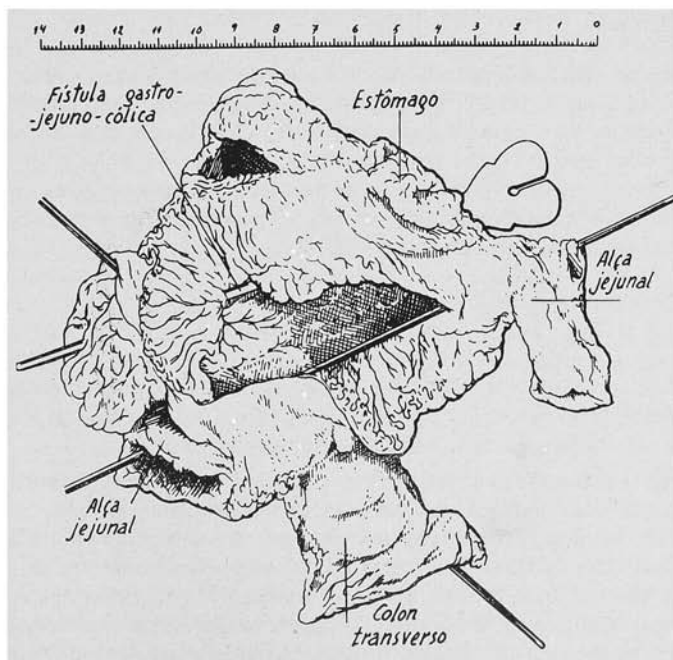
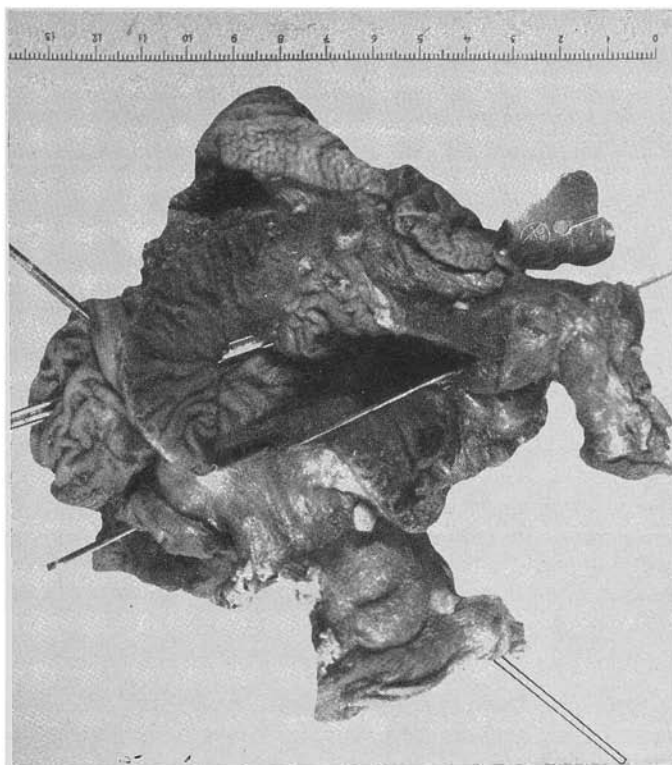


Fig. 6 — Caso 6. Peça cirúrgica aberta, e esquema explicativo mostrando a fistula gastrojejunocólica e os reparos no estômago, na alça jejunal e no cólon.

praticada degastrenterostomia + gastrectomia + colectomia segmentar, com resultado satisfatório. Na figura 6 apresentamos a fotografia da peça e um esquema explicativo.

*Comentário* — O paciente, operado por úlcera duodenal de gastrectomia, passou bem 4 anos, quando apareceram sintomas de úlcera péptica pós-operatória. Foi tratado a seguir clinicamente, durante 4 anos e meio. Nesse tempo apresentou sempre dor epigástrica, exacerbada em cólicas. Posteriormente, teve complicação com sintomas de insuficiência ileojejunal crônica. Foi feito o diagnóstico de fistula gastrojejunocólica, que foi confirmado pelo exame radiológico e ato cirúrgico.

e) U.P.P.Op. estenosante — Das formas anátomo-clínicas complicadas, resta apenas tratarmos da forma estenosante. Sob o ponto de vista clínico, é caracterizada pela dificuldade do trânsito alimentar junto à neoboca, em consequência do processo inflamatório periulceroso. Manifesta-se tal dificuldade pelos vômitos repetidos e abundantes, chegando às vezes a assumir o caráter de estase. Progressiva e rapidamente levam os pacientes à desnutrição e desidratação. Não é demais assinalar que tal quadro se soma à sintomatologia clássica da úlcera pós-operatória, caracterizada fundamentalmente pela dor.

Nos 19 casos que tivemos a oportunidade de observar, não encontramos nenhum exemplo que pudesse ser classificado como forma estenosante de úlcera péptica pós-operatória.

Os 19 casos apresentavam a seguinte distribuição em relação às formas anátomo-clínicas:

1) Forma não complicada — úlcera péptica pós-operatória própria dita, 4 casos (21%). 2) Formas complicadas: a) úlcera péptica pós-operatória hemorrágica, 3 casos (15,7%); b) úlcera péptica pós-operatória perfurada em peritônio livre, 4 casos (21%); c) úlcera péptica pós-operatória forma tumoral, 2 casos (10,5%); d) úlcera péptica pós-operatória perfurante com formação de fistulas: gastrojejunocutânea, 1 caso (5,2%); gastrojejunocólica, 5 casos (26,6%).

#### COMENTÁRIO FINAL

No estudo que efetuamos de 19 casos de úlcera péptica pós-operatória, 7 dos quais ocorreram após gastrenterostomias, e 12 após gastrectomias, observamos as várias formas anátomo-clínicas da afecção.

Por essa razão fizemos um retrospecto das condições e das alterações fisiopatológicas das gastrenterostomias e das gastrectomias com gastrojejunanastomoses. Conseqüentemente, ressaltamos, na patogênese da úlcera péptica pós-operatória jejunal ou marginal, a sua característica mais importante: uma vez estabelecida, tende quase sempre a progredir na penetração. Com isso, conforme a sua localização inicial, sobrevirão as conseqüências. Na primeira fase a úlcera atinge somente a parede do jejuno, promove espasmos e dores fortes em cólicas e, quando começa a perfurar, acrescenta

à sintomatologia dolorosa outras síndromes correspondentes ao local da penetração. Como vimos na exposição em detalhe, apresentamos um exemplo da úlcera pós-operatória da fase não complicada e observamos mais 3 deste tipo (4 em 19 — 21%); da forma hemorrágica tivemos 3 casos em 19 (15,7%); da forma mais rara — perfuração em peritônio livre — observamos 4 casos (21%) que já foram até objeto de nossa publicação anterior; da forma tumoral observamos 2 casos (10,5%); e, finalmente, da forma perfurante com formação de fistulas, estudamos um caso (5,2%) de perfuração para o exterior transparietal (da parede abdominal) e 5 casos (26,6%) com formação de fistula gastrojejunocólica. Não tivemos caso da forma estenosante referida na literatura.

Tendo em vista a sintomatologia variada da afecção, conforme a localização da úlcera jejunal e suas complicações, lembramos a metodização da sintomatologia para o diagnóstico das formas anátomo-clínicas nesses casos de complicações da cirurgia gástrica, onde o método das derivações foi usado, quer como gastrenterostomias simples, quer como gastrectomias em que as gastrojejunanastomoses são um complemento.

#### RESUMO E CONCLUSÕES

Os autores, baseados no estudo de 19 casos de úlcera péptica jejunal pós-operatória, fazem uma revisão das bases fisiopatológicas do tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal. Igualmente fazem uma revisão da fisiopatologia do estômago operado, relacionando os mecanismos de resistência tecidual do jejuno e da neoboca e os fatores de agressão responsáveis pelas alterações ocorridas nas novas condições criadas com as operações sobre o estômago do tipo gastrenterostomias ou gastrectomias com gastrojejunanastomose. Assinalam a origem do processo destrutivo de natureza ulcerativa de caráter penetrante quando há rotura do equilíbrio dos fatores de resistência tecidual e os de agressão, caracterizando as formas anátomo-clínicas da afecção em estudo. Após fazerem referências a várias classificações dessas formas anátomo-clínicas da úlcera péptica jejunal pós-operatória, adotam a que considera duas formas fundamentais: 1) a forma não complicada; 2) a forma complicada. Caracterizam a primeira e apresentam uma observação clínica, documentando a sintomatologia referida. Dêsse grupo tinham 4 dos 19 casos (21%). Da forma complicada, isto é, daquela em que o processo ulceroso já ultrapassou a parede jejunal, atingindo outras estruturas, a incidência foi de 15 em 19 (79%). Fazem uma subdivisão da úlcera péptica pós-operatória complicada em: a) forma hemorrágica; b) forma perfurada em peritônio livre; c) forma tumoral; d) forma perfurante com formação de fistulas, sendo gastrojejunocutânea ou gastrojejunocólica. Da forma hemorrágica apresentam 3 casos dos 19 (15,7%); da perfurada em peritônio livre, 4 casos dos 19 (21%); da tumoral, 2 dos 19 (10,5%); da perfurante para o exterior, gastrojejunocutânea, 1 caso (5,2%); da gastrojejunocólica, 5 casos (26,6%). De cada tipo apresentam uma observação, documentando as considerações referentes à sintomatologia e às alterações fisiopatológicas encontradas, ilustrada com reproduções fotográficas de radiografias e de peças cirúrgicas.

Os 19 casos de úlcera péptica pós-operatória ocorreram após gastrectomias simples em 7 casos (36,4%) e 12 (63,6%) após gastrectomias com gastrojejunanastomoses.

## BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS, E. S. — a) Técnica padrão na cirurgia das úlceras gastroduodenais. *Rev. A. Paulista de Med.*, 6:303-310, 1935. b) Princípios básicos de tratamento cirúrgico das úlceras gastroduodenais. *Rev. de Med.*, 23:372-384, 1939.
2. BOCKUS, H. L. — *Gastro-enterology*. Saunders, Filadélfia, 1953, págs. 614-644.
3. BRANCO, P. D.; SPERANZINI, M. B. — Bases fisiopatológicas do tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal. *Rev. de Med.*, 42:151-163, 1958.
4. CHIFFLET, A. — Cirurgia de la úlcera yeyunal post-operatoria. Relato oficial ao IV Congresso Pan-americano de Gastrenterologia, realizado em São Paulo (julho 1954). *Rev. Bras. Gastroenterol.*, 6:1053-1066, 1954.
5. CHRISTMANN, F. E. — Úlcera péptica post-operatoria. VIII Congresso Interamericano e XXII Argentino de Cirurgia, Buenos Aires, 1951, fasc. 1, págs. 255-362.
6. CORREA NETTO, A. — Dois casos de úlcera péptica pós-operatória. *Bol. Soc. Med. Cir. São Paulo*, 3:423-433, 1929.
7. DRAGSTEDT, L. R. — Sites of peptic ulceration. *Arch. Surg.*, 70:326-327, 1955.
8. EVERSON, T. C.; ALLEN, M. J. — Gastrojejunal ulceration. *Arch. Surg.*, 69:140-147, 1954.
9. GLENN, F. — Present status of the surgical treatment of peptic ulcer. *J.A.M.A.*, 145:790-794, 1951.
10. JOST, A.; PETTAKEL, J.; SAEGESSER, F. — La perforation des ulcers jejunaux post-anastomotiques en peritoine libre. *Gastroenterologia*, 87:1-9, 1957.
11. LAHEY, F. H.; JORDAN, S. M. — Gastrojejunal ulcers and gastrojejuno-colic fistulae. *Ann. Surg.*, 87:231-244, 1928.
12. LEWISOHN, R. — Secondary gastric resection for perforated gastrojejunal ulcer with peritonites. *Ann. Surg.*, 100:1027-1030, 1934.
13. LIMA, J. A.; CORREA NETTO, A. — Úlcera péptica do jejuno. *Ann. Fac. Med. São Paulo*, 5:371-376, 1930.
14. LODOVICI, O. — Úlcera péptica pós-operatória. *Rev. Med. Cir. São Paulo*, 18:253-284, 1958.
15. MEYER, K. D.; STEIN, I. F. — Management of recurrent ulcer. *S. Clin. North America*, 32:35-46, 1952.
16. MONTEIRO, A. — Patologia da boca anastomótica. *Rev. Bras. de Cir.*, 11:321-326, 1942.
17. MORENO, I. G. — Tratamiento de las hemorragias masivas gastroduodenales. VIII Congresso Interamericano e XXII Argentino de Cirurgia, Buenos Aires, 1951, págs. 163-253.
18. PAULINO, F. — Úlcera jejunal pós-operatória. *Rev. Bras. de Cir.*, 29:476-479, 1955.
19. PONTES, J. P. L. — Úlcera jejunal post-operatoria. *Rev. Bras. de Med.*, 1:673-687, 1944.
20. RAMOS DE OLIVEIRA, M. — Síndrome da insuficiência ileojejunal crônica de causas cirúrgicas. *Rev. de Med.*, 42:164-180, 1958.
21. RAMOS DE OLIVEIRA, M.; BRANCO, P. D. — Úlcera péptica pós-operatória perfurada em peritônio livre. *Rev. Hosp. Clín. (no prelo)*.
22. RODRIGUES, J. — Contribuição para o estudo da úlcera gastrojejunal post-operatoria. Tese, Fac. Med. São Paulo, 1934.
23. TOLAND, C. G.; THOMPSON, H. L. — Acute perforation of gastrojejunal ulcer. *Ann. Surg.*, 104:827-852, 1936.
24. VASCONCELOS, E. — Úlcera jejunal pós-operatória. *Rev. Cir. São Paulo*, 1:26-80, 1934.
25. WELLS, C.; McPHEE — Partial gastrectomy: ten years later. *Brit. M. J.*, ii:1128-1132, 1954.