



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 26 • Setembro 2013

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

O actual papel da cirurgia no tratamento da úlcera gastroduodenal

The current role of surgery in the treatment of gastroduodenal ulcer

Gomes, A.¹; Sá, M.²; Marques, M.C.³; Pinheiro, L.F.⁴

¹ Interna do 6º ano de Cirurgia Geral; ² Interna do 3º ano de Cirurgia Geral;

³ Assistente Graduada de Cirurgia Geral; ⁴ Director de Serviço.

Serviço de Cirurgia 1 do Centro Hospitalar de Tondela Viseu, Portugal

RESUMO

A frequência da cirurgia por úlcera gastroduodenal tem vindo a diminuir nas últimas décadas sendo que o papel da cirurgia no tratamento da úlcera gastroduodenal tem sido remetido para o tratamento das complicações. Os autores propuseram-se a estudar retrospectivamente o actual papel da cirurgia no tratamento desta patologia entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2010. Neste período foram operados 134 doentes, todos por complicação de úlcera gastroduodenal (83 por perfuração 34 por hemorragia 16 por estenose e 1 doente por intratabilidade). Os doentes eram maioritariamente do sexo masculino (63,4%) e 67,2% não tinham passado ulceroso conhecido. Os hábitos alcoólicos, a medicação com AINE's e os hábitos tabágicos foram os factores de risco mais prevalentes. A maioria dos doentes eram ASA 3 e 4. Apenas 36,57% foram submetidos a cirurgia definitiva. A hemorragia comportou maior taxa de complicações, re-intervenção e mortalidade. Relativamente a períodos estudados anteriormente, a intratabilidade médica é hoje uma rara indicação para cirurgia, representando-se como as indicações mais frequentes a perfuração, a hemorragia digestiva e a estenose. O facto de se terem efectuado as intervenções maioritariamente em situação de urgência, associada à idade avançada dos doentes e suas co-morbilidades, poderá ter contribuído para alguns dos resultados desfavoráveis.

Key-words: *Úlcera péptica, úlcera gástrica, perfuração de úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, estenose pilórica*

ABSTRACT

Surgery for gastroduodenal ulcer disease has been declining in the past few decades and the role of surgery in the treatment of gastroduodenal ulcer has been referred to the treatment of this complications. In this paper, the authors proposed to study the current role of surgery in the treatment of this disease between January 2001 and December 2010. During this period 134 patients were operated, all for complications of gastroduodenal ulcers (83 by perforation, 34 by hemorrhage, 16 by stenosis and 1 by intractability). Patients were mostly male (63.4%) and 67.2% had no known past ulcer. Alcohol habits, medication with NSAIDs and smoking habits were the most prevalent risk factors. Most patients were ASA III or IV and only 36.57% were submitted to definitive surgery. Hemorrhage behaved the highest rate of complications, re-intervention and mortality. Comparing with previous study periods, the medical intractability is today a rare indication for surgery, and the perforation, gastrointestinal hemorrhage and stenosis represent the most common indications. The emergency surgery mostly associated with older patients and their co-morbidities, may have contributed to some of the unfavorable results.

Key words: *Peptic ulcer, gastric ulcer, peptic ulcer perforation, gastrointestinal hemorrhage, piloric stenosis*



INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970 que a necessidade de tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal (UGD) tem vindo a decrescer. Para isso contribuíram a compreensão da sua fisiopatologia, o avanço na terapêutica farmacológica (primeiro com os antagonistas dos receptores H2 e depois com os inibidores da bomba de protões), a descoberta do *H. Pylori*¹ e o avanço técnico na área da endoscopia digestiva.²

Hoje, com as terapêuticas disponíveis, é possível tratar conservadoramente cerca de 90 % da UGD.

Vários estudos mostram que desde 1980 houve um decréscimo de cirurgia por UGD, quer na Europa, quer nos EUA, na ordem dos 50 a 80%, sendo hoje raras as indicações para cirurgia electiva.³

A cirurgia continua contudo a ter o seu papel primordial nas complicações da UGD: perfuração, hemorragia, estenose e intratabilidade. (Quadro 1)

A incidência desta patologia tem vindo a diminuir, mas as suas complicações urgentes não acompanharam esta tendência. Parece ainda haver um aumento da incidência de UGD na população idosa provocada pela administração de AINE's e antiagregantes plaquetares, e consequentemente um aumento de hemorragia ou perfuração de UGD nesta faixa etária.^{3,4}

Os autores pretenderam avaliar o papel da cirurgia no tratamento desta patologia durante 10 anos, num período compreendido entre Janeiro de 2001 a Dezembro de 2010.

Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes operados por UGD pelo Serviço de Cirurgia 1 do Centro Hospitalar Tondela Viseu no período já referenciado, procurando comparar os dados obtidos com os da literatura no que respeita a variáveis: idade, sexo, classificação ASA, factores de risco para predisposição a úlcera, tipo de úlcera segundo a classificação de Jonhson, indicação para cirurgia, tipo de intervenção, média dos dias de internamento, morbidade e mortalidade.

A análise estatística efectuada foi realizada com recurso ao software Minitab (v.16) tendo-se recorrido à Estatística Descritiva, ao Teste t-student para uma amostra.

RESULTADOS

Foram operados desde Janeiro de 2001 a Dezembro de 2010, 134 doentes por UGD complicada, dos quais 83 por perfuração, 34 por hemorragia, 16 por estenose e 1 por intratabilidade. A caracterização desta amostra está representada no Quadro 2.

QUADRO 1. Indicações para o tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal

Indicações para tratamento cirúrgico da UGD			
Perfuração	Hemorragia	Estenose	Intratabilidade
*Ventre agudo	* Doente instável * Politransfusão * Tentativas prévias de controlo endoscópico/ angiográfico * Impossível controlo endoscópico/ angiográfico	* Refractária ao tratamento com IBP e erradicação do <i>H.Pylori</i> * Refractária às dilatações endoscópicas	* Sem resposta ao tratamento com IBP e erradicação do <i>H.Pylori</i> após 12 semanas



Os factores de risco encontrados foram: pesquisa de *H. pylori* positivo, administração de AINE's ou antiagregantes, alcoolismo, tabagismo, passado ulceroso conhecido à admissão (descritos no Quadro 3).

Em 90 doentes (67,2%) a primeira manifestação da UGD foi uma complicação aguda (perfuração ou hemorragia).

Segundo a classificação de Jonhson⁵, que tem em conta a fisiopatologia da UGD, as úlceras do tipo II e III, ou seja as que surgem por uma hipersecreção de ácido, foram as mais prevalentes apresentando-se em 123 doentes (91,8%). (Quadro 4)

Dos 134 doentes, 117 foram operados de urgência (87%). O procedimento cirúrgico variou com o tipo

QUADRO 2. Caracterização da amostra

Indicação para cirurgia				
	Perfuração	Hemorragia	Estenose	Intratabilidade
Nº de doentes	83	34	16	1
Idade (mediana)	58 anos	73 anos	65 anos	48 anos
Sexo	55 ♂ 28 ♀	21 ♂ 13 ♀	10 ♂ 6 ♀	1 ♂
ASA (média)	III	IV	III	II

QUADRO 3. Factores de risco

Indicação para cirurgia						
		Perfuração	Hemorragia	Estenose	Intratabilidade	Total
Factores de risco	* <i>H. Pylori</i> +	11	4	9	0	24 (18%)
	AINES	31	11	2	0	44 (32,8%)
	Tabaco	21	2	11	0	34 (25,4%)
	Álcool	31	10	6	1	48 (35,8%)
	Com passado ulceroso	18	9	16	1	44 (32,8%)

* Os dados sobre a pesquisa de *H. Pylori* foram registados em apenas 28 doentes dos quais 24 tinham tido infecção pela bactéria.

QUADRO 4. Tipo de úlcera da amostra, segundo a classificação de Jonhson.

Indicação para cirurgia						
		Perfuração (n=83)	Hemorragia (n=34)	Estenose (n=16)	Intratabilidade (n=1)	Total (n=134)
Tipo de úlcera	I	5	3	0	1	9
	II	30	28	6	0	64
	III	47	2	10	0	59
	IV	1	1	0	0	2



de complicação, com os achados intra-operatórios e com a classificação ASA (Quadro 5).

Os doentes operados por hemorragia foram todos referenciados pelo Serviço de Gastroenterologia, após tentativa falhada de controlo endoscópico (Quadro 6).

A indicação para cirurgia electiva foi a estenose pilórica e intratabilidade. Por intratabilidade foi operado apenas 1 doente correspondendo a 0,7% do total de cirurgias por úlcera gastroduodenal em 10 anos.

Analisaram-se as morbidades cirúrgicas e médicas de cada grupo. Na amostra total, 32 doentes apresen-

QUADRO 5. Cirurgias

Indicação cirúrgica	Cirurgia	Nº de doentes
Perfuração	Omentoplastia	74
	Excisão de úlcera e gastrorrafia	3
	VT + GE+Omentoplastia	2
	VT + Antrectomia	3
	Gastrectomia parcial	2
Hemorragia	Hemostase + VT+ piloroplastia	9
	Hemostase + VT+ piloroplastia + GE	8
	Hemostase+piloroplastia	2
	VT+ Antrectomia	6
	Gastrectomia parcial	3
	Hemigastrectomia	4
	Gastrectomia total	1
Estenose	VT + Antrectomia	9
	VT + GE	1
	GE	4
	Gastrectomia parcial	2
Intratabilidade	Gastrectomia parcial	1

VT – vagotomia troncular; GE- gastroenterostomia;

taram complicações cirúrgicas e 45 doentes complicações médicas (Quadro 6 e 7).

As complicações cirúrgicas encontradas foram agrupadas em:

- anastomóticas (11 doentes); sépticas (10 doentes); parede abdominal (4 doentes); hemorrágicas (5 doentes) e re-intervenções (8 doentes).

As causas de re-intervenção foram: – ventre agudo com fístula da omentoplastia (1); – deiscência de aponevrose (2); – recidiva da hemorragia com instabilidade hemodinâmica (3); – fístula do coto duodenal (1); – obstrução à drenagem gástrica (1).

As complicações médicas foram divididas em:

- respiratórias (30 doentes); cardiovasculares (10 doentes); sépticas (5); neurológicas (10 doentes) e urinárias (2 doentes).

A mortalidade global na amostra foi de 12,7%, ocorreu apenas nos grupos da perfuração e hemorragia, ou seja em cirurgia de urgência. Estes doentes apresentavam uma idade média de 76,8 anos ($\pm 7,2$) e ASA IV. Dentro de cada um dos grupos houve uma mortalidade de 8,4% (7 doentes) na perfuração e de 29,4% (10 doentes) na hemorragia, sendo que 2 doentes do grupo da hemorragia faleceram intra-operatoriamente.

DISCUSSÃO

A úlcera gastroduodenal é um defeito focal na mucosa gástrica ou duodenal que atinge a submucosa ou camadas mais profundas.⁶

A fisiopatologia da UGD é complexa e multifactorial. Cerca de 85% é causada por infecção por *H. Pylori* e os restantes casos estão associados à toma de anti-inflamatórios não esteróides. O desenvolvimento da patologia ulcerosa relaciona-se com alterações da secreção ácida, processos de defesa da mucosa e presença de lesão inflamatória crónica.⁶ Apoiando-se na fisiopatologia desta entidade, Jonhson⁵ em 1957 classificou as UGD em 3 tipos, tendo, mais tarde, Csendes⁷ acrescentado a úlcera sub-cárdica como tipo IV:



QUADRO 6. Complicações Cirúrgicas

		Indicação para cirurgia			
		Perfuração (n=83)	Hemorragia (n=34)	Estenose (n=16)	Total (n=134)
Complicações cirúrgicas	Anastomóticas	3	6	2	11 (8%)
	deiscência ou fistula	3	6	1	10
	obstrução à drenagem gástrica	–	–	1	1
	Sépticas	5	5	0	10 (7,4%)
	infecção supra-aponevrótica	4	3	–	7
	abscesso intra-abdominal	1	2	–	3
	Parede abdominal	3	1	0	4 (2,9%)
	deiscência da ferida operatória	3	1	–	4
	Hemorragias	0	5	0	5 (3,7%)
	recidiva de HDA	–	5	–	5
	Re-intervenção	2	5	1	8 (5,9%)
	fistula da omentoplastia	1	–	–	1
	deiscência de aponevrose	1	1	–	2
	recidiva da hemorragia	–	3	–	3
	fistula do coto duodenal	–	1	1	2
obstrução à drenagem gástrica	–	–	–	1	

HDA – hemorragia digestiva alta

QUADRO 7. Complicações médicas

		Indicação para cirurgia			
		Perfuração (n=83)	Hemorragia (n=34)	Estenose (n=16)	Total (n=134)
Complicações médicas	Respiratórias	21	9	0	30 (22,3%)
	Pneumonia/atelectasia	17	8	–	25
	Derrame pleural	4	1	–	5
	Cardiovasculares	7	3	0	10 (7,4%)
	TEP	1	–	–	1
	Arritmia	6	1	–	7
	EAP	–	2	–	2
	Sépticas	1	2	2	5 (3,7%)
	Sépsis de catéter	1	2	2	4
	Neurológicas	8	2	0	10 (7,5%)
	AVC	2	–	–	2
	SPA	4	1	–	5
	Agitação	2	1	–	3
	Urinárias	2	0	0	2 (1,5%)
	Infecção urinária	1	–	–	1
	Retenção urinária	1	–	–	1

TEP: tromboembolia pulmonar; EAP: edema agudo do pulmão; AVC: acidente vascular cerebral; SPA: síndrome de privação alcoólica.



- tipo I – úlcera gástrica da pequena curvatura, normalmente com secreção ácida normal ou diminuída;
- tipo II – úlcera gástrica do corpo associada a úlcera duodenal activa ou não, em que existe aumento da secreção ácida
- tipo III – úlcera pré-pilórica, associada com aumento da secreção ácida
- tipo IV – úlcera sub-cárdica, associada a secreção ácida normal ou diminuída.

Os factores de risco para o desenvolvimento desta patologia são sexo masculino, infecção por *H. Pylori*, consumo de AINE's, alcoolismo, tabagismo, stress, doença hepática crónica, doença pulmonar crónica e pancreatite crónica.^{3,8,9,10,11}

Esta patologia afecta cerca de 2% da população adulta nos EUA e estima-se que cerca de 10% da população irá sofrer desta patologia ao longo da sua vida. Os homens são afectados duas a três vezes mais que as mulheres.^{12,13}

As úlceras duodenais são mais frequentes nos jovens relativamente às úlceras gástricas, mas essa diferença vai-se atenuando com a idade.^{10,12}

A nossa amostra revelou também um predomínio do sexo masculino. O consumo de AINE's e alcoolismo assumem uma grande prevalência nesta amostra como factores de risco para patologia ulcerosa. A infecção por *H. Pylori* é usualmente implicada como o principal agente etiológico, no entanto não conseguimos objectivar este facto na nossa amostra por insuficiência de dados.

A incidência e prevalência da úlcera UGD diminuiu nos últimos 25 anos.¹² Esta redução deve-se à diminuição da prevalência por infecção por *H. Pylori*.¹⁴ Lassen et al, num estudo sobre a incidência desta patologia entre 1993 a 2002 na população dinamarquesa encontrou uma redução de cerca de 0,55/1000 indivíduos/ ano na úlcera duodenal e 0,56 a 0,4 / 1000 indivíduos / ano na úlcera gástrica.¹⁵

As principais complicações da UGD são a perfuração, a hemorragia, a estenose e a intratabilidade.¹⁶

Vários estudos mostram que as complicações urgentes da úlcera gastroduodenal (perfuração e hemor-

ragia) não acompanham o decréscimo de prevalência da patologia não complicada.^{4,15,12,2} Este resultado pode ser produto de um envelhecimento da população nos países ocidentais e conseqüentemente um aumento no uso de AINE's e antiagregantes para o tratamento das suas co-morbilidades.^{17,18, 11}

A hemorragia é mais comum que a perfuração^{4,17,15}, estando descrita com uma incidência na população em geral de 19,4 a 57 casos por 100000 indivíduos nos EUA enquanto que a incidência da perfuração é de 3,77 casos a 14 casos por 100000 indivíduos.⁴

A estenose, ou seja, a obstrução à drenagem gástrica, ocorre em 2% dos doentes com doença UGD.¹⁹

A úlcera intratável é hoje rara, e as causas subjacentes para que não cicatrize podem ser: a não adesão do doente à farmacoterapia, resistência do *H.pylori* à antibioterapia instituída e ainda falsos negativos de pesquisa do *H. pylori*.¹²

Devido aos bons resultados do tratamento médico, o tratamento cirúrgico da UGD não complicada tornou-se obsoleto. Actualmente a cirurgia está reservada para as suas complicações.^{2,7-12,16}

Bardhan et al, numa análise retrospectiva desde 1977 a 2001 sobre as alterações na abordagem da úlcera gastroduodenal concluem que a cirurgia electiva teve uma diminuição de 4,3% para 0,2% na úlcera duodenal e de 4,2% para 0,3% na úlcera gástrica.¹²

A grande maioria das operações realizadas por UGD são de urgência (82%), e procede-se a cirurgia de controlo de danos em 80% dos casos^{3,13}, não sendo realizada cirurgia redutora de ácido. Isto justifica-se pela necessidade de uma actuação rápida e eficaz pelo cirurgião, de modo a reverter o processo de instabilidade destes doentes. O nosso estudo corrobora estes dados, uma vez que 87% dos doentes foram submetidos a cirurgia urgente e em 83,8% destes doentes procedeu-se apenas a controlo local de danos (79 doentes com perfuração e 17 doentes com hemorragia). A estes doentes está associada uma elevada média de idades e de classificação ASA, o que pode explicar este tipo de abordagem.

No entanto, a diminuição da cirurgia electiva por UGD, pode dificultar a formação dos cirurgiões mais



novos, que mais tarde ou mais cedo serão confrontados com situações de urgência.^{23,24,25,26,2}

A abordagem de cada uma das complicações está bem definida na literatura.

O tratamento preconizado na perfuração da UGD é a cirurgia que não tem como intenção, na maioria dos casos, tratar a doença ulcerosa, mas travar a contaminação peritoneal com procedimentos simples como a omentoplastia e a lavagem.^{27,28,29} Este é o tratamento cirúrgico preconizado no nosso Serviço em associação com a irradicação do *H. Pylori* e a vagotomia química com IBP's no pós-operatório, tornando-se um procedimento eficaz.

A via laparoscópica tem uma eficácia semelhante à via aberta.^{30,22} Outras abordagens descritas, como o tratamento conservador com antibioterapia e a drenagem per-cutânea de abscessos contidos, podem ser utilizadas em doentes seleccionados que têm elevado risco cirúrgico, que apresentem estabilidade hemodinâmica, necessitando de uma vigilância clínica apertada.^{31,11, 24,28}

Relativamente a esta complicação verifica-se uma taxa de mortalidade entre os 10,5 aos 29%^{4,44,45,15}, e está associada ao aumento da idade, co-morbilidades, choque, acidose metabólica, hipoalbuminemia, insuficiência renal aguda e atraso no tratamento cirúrgico.^{33,34,35}

No nosso estudo a taxa de morbilidade foi de 24% e a taxa de mortalidade de 8,4%, números inferiores à maioria dos estudos.

A abordagem da hemorragia por UGD é multidisciplinar, envolvendo internistas, gastroenterologistas, intensivistas e cirurgiões.

Inicialmente deve ser avaliado o estado hemodinâmico do doente e implementadas medidas de ressuscitação. O risco do doente é estratificado através de scores baseados em dados clínicos e analíticos como o de Blatchford ou Rockall antes da realização da endoscopia (Quadros 8 e 9).^{36,37,13}

Os doentes de elevado risco deverão ser internados e ser submetidos a endoscopia digestiva alta, hemostase, terapêutica endovenosa com inibidores da bomba de prótons e monitorização clínica.^{36,37,38,39}

QUADRO 8. Score de Blatchford

Blatchford Score	
Admissão	Pontuação
• Tensão Arterial Sistólica	
100–109 mmHg	1
90–99 mmHg	2
<90 mmHg	3
• Ureia	
6.5–7.9 mmol/liter	2
8.0–9.9 mmol/liter	3
10.0–24.9 mmol/liter	4
>25 mmol/liter	6
• Hemoglobina Homem	
12.0–12.9 g/dl	1
10.0–11.9 g/dl	3
<10.0 g/dl	6
• Hemoglobina Mulher	
10.0–11.9 g/dl	1
<10.0 g/dl	6
• Outras variáveis	
Pulso >100	1
Melena	1
Síncope	2
Doença Hepática	2
Falência Cardíaca	2

≥6 – risco de 50% de necessitar de cirurgia

A endoscopia digestiva alta mostrou ser eficaz em reduzir a recorrência da hemorragia, diminuir a necessidade de cirurgia urgente e a mortalidade global associada à hemorragia por UGD.^{40,41} A angioembolização é referida como uma opção antes da abordagem cirúrgica, nomeadamente em doentes com elevado risco cirúrgico e quando é desconhecida a localização da hemorragia.^{36,38}



QUADRO 9. Score de Rockall

Rockall Score			
Score Completo	Score Clínico	Variáveis	Pontuação
		Idade	
		<60	0
		60–79	1
		>80	2
		Choque	
		FC>100	1
		TAS<100 mmHg	2
		Comorbilidades	
		Isquémia cardíaca; ICC; Outra doença major	2
		Falência renal; Falência hepática; CA metastático	3
		Diagnóstico Endoscópico	
		Lesão não observada; Lesão Mallory-Weiss	0
		Úlcera péptica; Doença erosiva; Esofagite	1
		CA tracto digestivo superior	2
		Estigmas endoscópicos de hemorragia recente	
		Úlcera base limpa	0
		Sangue no tracto digestivo superior; Hemorragia activa; Vaso visível	2

< 3 – bom prognóstico; > 8 – doentes de alto risco

No entanto a recorrência de hemorragia após hemostase por endoscopia pode ir de 0% a 31%, consoante as séries.^{4,42,43,44}

A classificação de Forrest que se baseia nos achados endoscópicos na hemorragia por UGD, é um instrumento importante para a planificação do tratamento endoscópico e da cirurgia urgente, predizendo o risco de recidiva hemorrágica, a necessidade de cirurgia urgente e a mortalidade associada a cada achado. (Quadro 10) As úlceras classificadas como tipo Ia (hemorragia activa em jacto), tipo Ib (hemorragia activa em toalha) e tipo IIa (vaso visível) estão associadas a uma necessidade de intervenção cirúrgica urgente em cerca de 35% dos casos.^{45,46,47,48}

As indicações para cirurgia são ^{41,47,8,37}:

- falência do tratamento endoscópico;
- instabilidade hemodinâmica apesar das medidas de ressuscitação;
- recorrência da hemorragia
- necessidade de > 4 unidades de glóbulos vermelhos em 24h ou de 8 U em 48h.⁶

As indicações relativas são tipo de sangue raro, recusa transfusional, úlceras gigantes (> 2cm), hemorragia de grande volume, choque na apresentação do quadro, idade avançada, co-morbilidades severas.^{37,13}

A taxa de mortalidade associada à hemorragia por UGD é de 8,6 %, estando relacionada com a presença de co-morbilidades, idade superior a 60 anos,



QUADRO 10. Risco de Recidiva Hemorrágica de acordo com a Classificação de Forrest

Classificação Forrest	Endoscopia	Recidiva Hemorrágica %	Cirurgia %	Mortalidade %
Ia, Ib	Hemorragia activa	55	35	11
IIa	Vaso Visível	43	34	11
IIb	Coágulo aderente	22	10	7
IIc	Pigmento hemossidérico	10	6	3
III	Base limpa	5	0,5	2

primeira manifestação da doença e choque hipovolémico.^{4,17,50,5,15,51,52,53}

A cirurgia é o último recurso para evitar a exsanguinação do doente quando a endoscopia ou a angiembolização falham^{23,35,54,44,47,49,37}, verificando-se um aumento da taxa de mortalidade para 15 a 25 %^{45,37,51}. Esta taxa está relacionada com o número de episódios de hemorragia e de tentativas endoscópicas, população idosa e úlceras de abordagem difícil.^{37,48,55,44}

Verificamos que os doentes que nos foram referenciados por hemorragia foram submetidos a pelo menos uma tentativa de controlo endoscópico (máximo de 3). Todos os doentes foram operados de emergência em choque hemorrágico. A necessidade média de U CE foi de 10,5 U / doente. Dois casos faleceram intra-operatoriamente. Em 5 doentes houve recorrência de hemorragia no pós-operatório. A mortalidade global foi de 29,4%.

Tratam-se de doentes críticos, politransfundidos, em coagulopatia, refractários a todas abordagens médicas. Existem autores que defendem a intervenção cirúrgica precoce nestes doentes de alto risco.^{28,49,37}

A estenose ou obstrução à drenagem gástrica é o resultado do edema e da cicatrização no bulbo duodenal ou piloro. A sua abordagem inicial é conservadora, com descompressão gástrica colocando uma sonda naso-duodenal, a administração de inibidores da bomba de prótons de forma a reduzir o processo inflamatório e a erradicação do *H. Pylori*. Se o doente permanecer com sintomas de obstrução à drenagem gástrica podem ser realizadas dilatações endoscópi-

cas.^{19,9} A cirurgia poderá estar indicada quando a patologia for refractária às medidas anteriormente descritas. Esta pode consistir na vagotomia e procedimentos de drenagem gástrica.⁹ No nosso estudo constatamos que os doentes tinham todas tentativas prévias falhadas de tratamento conservador. A intervenção eleita foi a vagotomia troncular associada a ressecção gástrica (56,3%).

A intratabilidade de uma UGD pode estar associada a outras patologias que deverão ser excluídas (Síndrome de Zollinger-Ellison, neoplasia).⁵⁶ Normalmente são situações refractárias às múltiplas tentativas terapêuticas médicas. A cirurgia preconizada envolve o tratamento definitivo da doença ulcerosa. Em 10 anos apenas se operou um caso por intratabilidade, confirmando a trajectória decrescente do tratamento desta complicação pelo cirurgião.

CONCLUSÕES

A cirurgia electiva da úlcera gastroduodenal não complicada desapareceu da nossa prática. A intratabilidade é hoje uma indicação rara para cirurgia. Os doentes que necessitam de cirurgia, são-no maioritariamente em contexto de urgência e em condições clínicas hostis.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hellstrom, P.-M. This year's Nobel Prize to gastroenterology: Robin Warren and Barry Marshall awarded for their discovery of *Helicobacter pylori* as pathogen in the gastrointestinal tract. *World J. Gastroenterol.* 12, 3126-3127 (2006).
2. Lipof, T., Shapiro, D. & Kozol, R.-A. Surgical perspectives in peptic ulcer disease and gastritis. *World J. Gastroenterol.* 12, 3248-3252 (2006).
3. Sarosi, G. A. *et al.* Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think. *The American Journal of Surgery* 190, 775-779 (2005).
4. Lau, J. Y. *et al.* Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality. *Digestion* 84, 102-113 (2011).
5. Johnson, H. D. THE CLASSIFICATION AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF GASTRIC ULCERS. *The Lancet* 270, 518-520 (1957).
6. Schwartz, S. I. & Brunicaudi, F. C. *Schwartz's principles of surgery.* (McGraw-Hill, Medical Pub. Division: New York, 2010).
7. Csendes, A., Braghetto, I. & Smok, G. Type IV gastric ulcer: a new hypothesis. *Surgery* 101, 361-366 (1987).
8. Stewart, D. J. & Ackroyd, R. Peptic ulcers and their complications. *Surgery (Oxford)* 29, 568-574 (2011).
9. Majumdar, D. & Atherton, J. Peptic ulcers and their complications. *Surgery (Oxford)* 24, 110-114 (2006).
10. GM, D. & Way LW. Stomach & Duodenum. *CURRENT Diagnosis & Treatment: Surgery.* Chapter 23., (2010).
11. Arroyo, M. T. *et al.* The prevalence of peptic ulcer not related to *Helicobacter pylori* or non-steroidal anti-inflammatory drug use is negligible in southern Europe. *Helicobacter* 9, 249-254 (2004).
12. Bardhan, K. D. & Royston, C. Time, change and peptic ulcer disease in Rotherham, UK. *Digestive and Liver Disease* 40, 540-546 (2008).
13. Lee, C. W. & Sarosi, G. A. Emergency Ulcer Surgery. *Surgical Clinics of North America* 91, 1001-1013 (2011).
14. Sonnenberg, A. Time trends of ulcer mortality in Europe. *Gastroenterology* 132, 2320-2327 (2007).
15. Wang, Y. R., Richter, J. E. & Dempsey, D. T. Trends and outcomes of hospitalizations for peptic ulcer disease in the United States, 1993 to 2006. *Ann. Surg.* 251, 51-58 (2010).
16. Jamieson, G. G. Current status of indications for surgery in peptic ulcer disease. *World J Surg* 24, 256-258 (2000).
17. Lassen, A., Hallas, J. & Schaffalitzky de Muckadell, O. B. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. *Am. J. Gastroenterol.* 101, 945-953 (2006).
18. Hunt, R. H. & Yuan, Y. Acid-NSAID/aspirin interaction in peptic ulcer disease. *Dig Dis* 29, 465-468 (2011).
19. Gisbert, J. P. & Pajares, J. M. Review article: *Helicobacter pylori* infection and gastric outlet obstruction – prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 16, 1203-1208 (2002).
20. Malfertheiner, P., Chan, F. K. L. & McColl, K. E. L. Peptic ulcer disease. *Lancet* 374, 1449-1461 (2009).
21. Yuan, Y., Padol, I. T. & Hunt, R. H. Peptic ulcer disease today. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 3, 80-89 (2006).
22. Milosavljevic, T., Kostić-Milosavljević, M., Jovanović, I. & Krstić, M. Complications of peptic ulcer disease. *Dig Dis* 29, 491-493 (2011).
23. Robson, A. J., Richards, J. M. J., Ohly, N., Nixon, S. J. & Paterson-Brown, S. The Effect of Surgical Subspecialization on Outcomes in Peptic Ulcer Disease Complicated by Perforation and Bleeding. *World Journal of Surgery* 32, 1456-1461 (2008).
24. Kreissler-Haag, D., Schilling, M. K. & Maurer, C. A. [Surgery of complicated gastroduodenal ulcers: outcome at the millennium]. *Zentralbl Chir* 127, 1078-1082 (2002).
25. Epat, N. J., Ong, E. S., Helton, W. S. & Nyhus, L. M. 1990-2001 US general surgery chief resident gastric surgery operative experience: analysis of paradigm shift. *J. Gastrointest. Surg.* 8, 471-478 (2004).
26. Robson, A. J., Richards, J. M. J., Ohly, N., Nixon, S. J. & Paterson-Brown, S. The Effect of Surgical Subspecialization on Outcomes in Peptic Ulcer Disease Complicated by Perforation and Bleeding. *World Journal of Surgery* 32, 1456-1461 (2008).
27. Thorsen, K., Glomsaker, T. B., von Meer, A., Søreide, K. & Søreide, J. A. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J. Gastrointest. Surg.* 15, 1329-1335 (2011).
28. Zittel, T. T., Jehle, E. C. & Becker, H. D. Surgical management of peptic ulcer disease today--indication, technique and outcome. *Langenbecks Arch Surg* 385, 84-96 (2000).
29. Blomgren, L. G. Perforated peptic ulcer: long-term results after simple closure in the elderly. *World J Surg* 21, 412-414; discussion 414-415 (1997).
30. Bhogal, R. H., Athwal, R., Durkin, D., Deakin, M. & Cheruvu, C. N. V. Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease. *World J Surg* 32, 2371-2374 (2008).
31. Sarath Chandra, S. & Siva Kumar, S. Definitive or conservative surgery for perforated gastric ulcer? – An unresolved problem. *International Journal of Surgery* 7, 136-139 (2009).
32. Chan, W. H., Wong, W. K., Khin, L. W. & Soo, K. C. Adverse operative risk factors for perforated peptic ulcer. *Ann. Acad. Med. Singap.* 29, 164-167 (2000).
33. Kocer, B. *et al.* Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 22, 565-570 (2007).
34. Noguiera, C. *et al.* Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality. *World J Surg* 27, 782-787 (2003).
35. Møller, M. H., Adamsen, S., Thomsen, R. W. & Møller, A. M. Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scand. J. Gastroenterol.* 45, 785-805 (2010).
36. Gralnek, I. M., Barkun, A. N. & Bardou, M. Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. *N Engl J Med* 359, 928-937 (2008).



37. Cheung, F. K. Y. & Lau, J. Y. W. Management of Massive Peptic Ulcer Bleeding. *Gastroenterology Clinics of North America* 38, 231-243 (2009).
38. Laine, L. & Jensen, D. M. Management of patients with ulcer bleeding. *Am. J. Gastroenterol.* 107, 345-360; quiz 361 (2012).
39. Holster, I. L. & Kuipers, E. J. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World J. Gastroenterol.* 18, 1202-1207 (2012).
40. Štimac, D., Franjić, N. & Krznarić, Ž. Acid inhibition and peptic ulcer bleeding. *Dig Dis* 29, 494-498 (2011).
41. Rutgeerts, P. & Vantrappen, G. The benefits of endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 18 Suppl 2, 15-17 (1986).
42. Vergara, M. *et al.* Helicobacter pylori eradication prevents recurrence from peptic ulcer haemorrhage. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 12, 733-737 (2000).
43. Gralnek, I. M. *et al.* Clinical and economic outcomes of individuals with severe peptic ulcer hemorrhage and nonbleeding visible vessel: an analysis of two prospective clinical trials. *Am. J. Gastroenterol.* 93, 2047-2056 (1998).
44. Hasselgren, G., Carlsson, J., Lind, T., Schaffalitzky de Muckadell, O. & Lundell, L. Risk factors for rebleeding and fatal outcome in elderly patients with acute peptic ulcer bleeding. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 10, 667-672 (1998).
45. Röher, H. D., Imhof, M., Goretzki, P. E. & Ohmann, C. [Ulcer surgery '96-choice of methods in an emergency]. *Chirurg* 67, 20-25 (1996).
46. Heldwein, W., Schreiner, J., Pedrazzoli, J. & Lehnert, P. Is the Forrest classification a useful tool for planning endoscopic therapy of bleeding peptic ulcers? *Endoscopy* 21, 258-262 (1989).
47. Guglielmi, A. *et al.* Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer. *Endoscopy* 34, 778-786 (2002).
48. Chung, I. K. *et al.* Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers. *Endoscopy* 33, 969-975 (2001).
49. Abe, N., Takeuchi, H., Yanagida, O., Sugiyama, M. & Atomi, Y. SURGICAL INDICATIONS AND PROCEDURES FOR BLEEDING PEPTIC ULCER. *Digestive Endoscopy* 22, S35-S37 (2010).
50. Nahon, S., Pariente, A., Nalet, B., Hagège, H. & Latrive, J.-P. Causes of mortality related to peptic ulcer bleeding in a prospective cohort of 965 French patients: a plea for primary prevention. *Am. J. Gastroenterol.* 105, 1902-1903 (2010).
51. Sung, J. J. Y. *et al.* Causes of mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective cohort study of 10,428 cases. *Am. J. Gastroenterol.* 105, 84-89 (2010).
52. Chiu, P. W. Y. *et al.* Predictors of peptic ulcer rebleeding after scheduled second endoscopy: clinical or endoscopic factors? *Endoscopy* 38, 726-729 (2006).
53. Rockall, T. A. Management and outcome of patients undergoing surgery after acute upper gastrointestinal haemorrhage. Steering Group for the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. *J R Soc Med* 91, 518-523 (1998).
54. Cochran, T. A. Bleeding peptic ulcer: surgical therapy. *Gastroenterol. Clin. North Am.* 22, 751-778 (1993).
55. García Sánchez, M. V. *et al.* [Factors associated with failure of endoscopic therapy in gastric ulcer bleeding]. *Gastroenterol Hepatol* 26, 227-233 (2003).
56. Lundell, L. Acid secretion and gastric surgery. *Dig Dis* 29, 487-490 (2011).

Correspondência:

ALINE GOMES

e-mail: alinemedeirosgomes@gmail.com

Data de recepção do artigo:

5-9-2012

Data de aceitação do artigo:

18-8-2013



