

Estenose pilórica associada a doença ulcerosa péptica: realização de gastrectomia parcial com reconstrução em y de roux

Pyloric stenosis associated with peptic ulcerous disease: performance of partial gastrectomy with roux-y-reconstruction

Helena Cypriano Diniz Barbosa
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
cyprianohelena@gmail.com

Giovana Gurjão Dantas
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
gio.dantass@gmail.com

Mariana Vieira Martins
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
mariv.martins@hotmail.com

Giselle Cristina Bitencourt Garcia de Sá Barreto
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
gisellebarreto189@gmail.com

Sílvia Carvalho Francisco
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
silviacf15@hotmail.com

Weidisson Marcos de Oliveira
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
med4wmo@gmail.com

RESUMO

Doença ulcerosa péptica, complicando com obstrução pilórica, na qual foi necessária a intervenção cirúrgica, com gastrectomia parcial e jejunoanastomose ou reconstrução em Y de Roux. Paciente, sexo masculino, 51 anos, apresentando epigastralgia e vômitos intensos. Emagrecido, hipocorado e desidratado. Recebeu medidas de suporte, realizou pré-operatório e foi submetido a tratamento cirúrgico. Apresentou boa evolução, sendo introduzida dieta líquida livre de resíduos, no segundo dia de pós-operatório

Palavras-chave: Estenose pilórica. Doença péptica. Gastrectomia, Cirurgia.

ABSTRACT

Peptic ulcer disease, complicating with pyloric obstruction, in which surgical intervention was necessary, with partial gastrectomy and jejunoanastomosis or Roux-en-Y reconstruction. Patient, male, 51 years old, with epigastralgia and intense vomiting. Emaciated, pale and dehydrated. He received supportive measures, underwent preoperative care and underwent surgical treatment. The patient showed good evolution, and a liquid diet free of residues was introduced on the second postoperative day

Keywords: Pyloric stenosis. Peptic disease. Gastrectomy. Surgery.

CONTEXTO

O presente caso perpassa pela doença ulcerosa péptica, condição que provém do efeito corrosivo do ácido clorídrico (HCl) e da pepsina, e que possui sua prevalência variável, nas diferentes regiões do mundo. Afetam 5 a 10% da população em geral, são quatro vezes mais comuns na localização duodenal, em relação à região gástrica, e mais frequentes no sexo masculino. Apesar da diminuição da incidência, do risco de mortalidade e das complicações, ainda é a doença do trato gastrointestinal mais predominante, configurando um problema de saúde mundial. A redução na incidência, provavelmente, está associada à melhora dos tratamentos e declínio das infecções por *Helicobacter pylori*, além de maior cautela na utilização de AINEs (ALVES, 2022).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento de agentes anti-secretores (bloqueadores de H₂ e inibidores da bomba de prótons) e o reconhecimento de que o tratamento para infecção por *H. pylori* pode eliminar a maioria das recorrências de úlceras reduziram a taxa de hospitalização e mortalidade. No entanto, as complicações relacionadas à úlcera péptica continuam a ocorrer em 10 a 20% dos pacientes, com destaque para o sangramento, a perfuração e a obstrução da saída gástrica. A compreensão do tratamento cirúrgico continua sendo importante, uma vez que é a base do tratamento de complicações com risco de morte e, também, para doenças refratárias ao tratamento médico (VERNON, 2019).

O risco de complicações, em pacientes com úlcera péptica crônica, é de 2 a 3% ao ano. Em ordem decrescente de incidência, destacam-se o sangramento, a penetração e a obstrução da saída gástrica (VAKIL, 2022). A obstrução ocorre em aproximadamente 2% dos casos e, mesmo em pacientes com síndrome de Zollinger-Ellison, a obstrução é rara (GAN, 2022). O relato em questão visa apresentar um caso de obstrução antro-piloro-bulbar, no qual foi necessária a intervenção cirúrgica, com gastrectomia parcial e reconstrução em Y de Roux.

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

1 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 51 anos, foi atendido, no dia 18/10/2022, no Pronto Socorro do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, Volta Redonda – RJ, em decorrência de epigastria e vômitos intensos, há 1 semana. Em uso de Pantoprazol 20mg, VO, de longa data. Relatou ser portador de úlcera péptica e ter feito, há pouco tempo, tratamento para erradicação de *H. pylori*, com Claritromicina 500mg 2x/dia, VO e Amoxicilina 1g 2x/dia, VO, interrompendo no 7º dia, por intolerância à medicação. Realizou endoscopia digestiva alta (22/09/2022), que indicou “esofagite grau B de Los Angeles; gastrectasia com estômago preenchido por alimentos; úlceras gástricas em atividade, em região pré-pilórica e pilórica (biópsia); estenose pilórica importante”. Em anamnese, afirmou que o quadro de síndrome dispéptica teve início por volta de seus 20 anos; com úlcera recorrente; já fez uso de Ranitidina; que teve diagnóstico de *H. pylori* apenas no último ano; que cessou tabagismo há 15 anos, assim como a ingestão de bebida alcoólica, mas que nunca foi etilista; que fez mudanças alimentares, sem sucesso no tratamento e que nunca fez uso crônico de anti-inflamatórios não esteroidais. Afirma, ainda, perda de peso de 30kg, nos últimos 4 meses, em decorrência da estenose pilórica, que o levou a suportar apenas uma dieta líquida/pastosa. Nega alergias e outras comorbidades.

Ao exame físico, paciente em regular estado geral, lúcido, orientado, emagrecido, hipocorado, desidratado, eupneico. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome plano, flácido, peristalse +/-, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Membros inferiores sem alterações.

Paciente foi internado, recebeu medidas de suporte e, após avaliação da cirurgia geral, discutido amplamente com o paciente, realizou pré-operatório e foi submetido a tratamento cirúrgico (09/11/2022). Realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux. Foram constatadas múltiplas aderências em região de piloro e cabeça de pâncreas. Feita secção do duodeno; secção do estômago, iniciado junto à pequena curvatura; secção da alça jejunal a 40cm do ângulo de Treitz, sepultamento do coto eferente em 2 planos; realizada gastrojejunoanastomose; anastomose jejuno-jejunal a 40cm da anastomose gástrica, plano extramucoso com PDS 3-0 em Y de Roux. Fixação de dreno portovac em flanco direito. Cirurgia sem intercorrências.

2 DADOS COMPLEMENTARES

Exame laboratorial (19/10/2022): hemácias $4,69 \times 10^9/\mu\text{L}$, hemoglobina 14,9 g/dL, hematócrito 43,1%, leucócitos $6,62 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $253 \times 10^3/\mu\text{L}$, ureia 51 mg/dL, creatinina 1,10 mg/dL. Exame laboratorial (10/11/2022): hemácias $3,71 \times 10^9/\mu\text{L}$, hemoglobina 11,8 g/dL, hematócrito 34,5%, leucócitos $4,97 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $199 \times 10^3/\mu\text{L}$, ureia 29 mg/dL, creatinina 0,90 mg/dL.

Endoscopia Digestiva Alta (22/09/2022): “esôfago com mucosa de aspecto normal em terço superior, nos dois terços distais observamos apagamento do padrão vascular e erosões planas longitudinais. Transição EG coincidindo com o pinçamento diafragmático. Passagem através da cárdia sem obstáculos. Estômago dilatado com grande quantidade de alimentos e de líquidos impedindo a visualização de mucosa. Em antro, observamos deformidade pré-pilórica, com úlcera de bordos elevados e fundo limpo, área de cicatriz formando um pseudopiloro (biópsia). Piloro bastante deformado, com edema e úlcera com bordos regulares e fundo com fibrina, impossibilitando a passagem do aparelho”. Exame anatomopatológico: biópsia de esôfago com mucosa de aspecto duodenal exibindo processo inflamatório crônico com vilosite.

3 DISCUSSÃO

A úlcera péptica configura um defeito na mucosa gástrica ou duodenal, que se estende através da camada muscular até as camadas mais profundas da parede. Podem ser inicialmente assintomáticas e, depois, apresentar complicações. Mas, geralmente, apresentam sintomas dispépticos ou outros sintomas gastrointestinais. O diagnóstico definitivo ocorre pela visualização direta da úlcera, na endoscopia digestiva alta (VAKIL, 2022). No caso em questão, o exame foi importante, para os achados de múltiplas úlceras gástricas em atividade, na região pilórica, detecção de piloro com deformidades, edema e estenose importantes.

O *H. pylori* e os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), incluindo aspirina em baixas doses, são as principais causas de sangramento e perfuração da úlcera. Outros fatores de risco são as úlceras refratárias, as gigantes (>2 cm) e as do canal pilórico. Em relação à obstrução, a maioria dos casos está associada à ulceração no canal pilórico e no bulbo duodenal (VAKIL, 2022).

A estenose pilórica pode ocorrer por malignidade ou úlcera péptica, levando a uma obstrução da saída gástrica (LONGSTRETH, 2022). As úlceras agudas podem causar obstrução em decorrência de edema induzido por inflamação e deformação tecidual. Já a crônica leva à cicatrização e remodelação do tecido, sendo parte do processo de cicatrização (GAN, 2022).

Os sintomas da obstrução da saída gástrica incluem saciedade precoce, inchaço, náuseas, vômitos, dor epigástrica logo após comer e perda de peso. O paciente em questão relatou grande parte desses sintomas. É importante mencionar que, apesar de os exames laboratoriais poderem ser normais, vômitos prolongados e baixa ingestão de líquidos podem levar a desequilíbrio hidroeletrólítico (hipocalemia e alcalose metabólica hipoclorêmica) (GARFIELD, 2021).

Dessa forma, o diagnóstico da obstrução se dá pelo quadro clínico sugestivo e exames complementares (avaliação endoscópica e/ou imagem abdominal). Cumpre mencionar, que a endoscopia digestiva alta é indicada para a maioria dos pacientes, que apresentam uma complicação, a fim de excluir neoplasia. (NIMISH, 2022).

A úlcera péptica já foi a indicação mais comum para cirurgia gástrica. Atualmente, esse tipo de intervenção é mais raro, mas a compreensão do manejo cirúrgico permanece importante. As indicações aceitas incluem sangramento, perfuração, obstrução, doença intratável e suspeita de malignidade. As opções variam de terapias locais, que tratam apenas de complicações relacionadas à úlcera, a operações definitivas de úlcera. Uma reconstrução gastrointestinal é necessária, após a gastrectomia parcial, para restabelecer a continuidade gastrointestinal. As técnicas de reconstrução Billroth I, Billroth II e reconstrução em Y de Roux são as mais comuns. O tratamento cirúrgico, da obstrução da saída gástrica, quase nunca é uma emergência e a preparação pré-operatória, geralmente, pode ser realizada (VERNON, 2019).

No que concerne à fisiopatologia da doença, registra-se, por fim, que, com a secção do antro gástrico, são retiradas as células G, produtoras de gastrina. A gastrina tem destaque como regulador hormonal da fase gástrica da secreção ácida, após uma refeição. Existem quadros de hipergastrinemia e consequente hipersecreção ácida, resultante do tratamento prologando com inibidores de bomba de prótons (IBP). O paciente, além de fazer uso crônico dessa medicação, também possuía infecção pelo *H. pylori*, que pode provocar desequilíbrios na fisiopatologia da secreção de hormônios gástricos (SABISTON, 2015).

O paciente foi submetido à gastrectomia parcial, com reconstrução em Y de Roux, necessitando de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no pós-operatório, para melhor controle e observação, ficando 48 horas em jejum. Apresentou boa evolução, sendo introduzida dieta líquida livre de resíduos, no segundo dia de pós-operatório, em enfermaria, que permaneceu durante os dez dias de internação, após ato cirúrgico. Apresentou evacuação no sexto dia de internação. Recebeu alta hospitalar, com instruções de manter dieta pastosa batida em liquidificador, até a primeira consulta de revisão cirúrgica (7 dias após a alta). Além do acompanhamento ambulatorial, foi encaminhado à avaliação de nutrólogo e orientado em relação a medidas clínicas e comportamentais.

4 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. A EDA está indicada para quais pacientes? **É indicada para todo paciente com dispepsia >40 anos, ou com sinais de alarme (perda de peso, anemia, hemorragia digestiva, adenopatia, gastrectomia parcial, história familiar positiva), ou refratário ao tratamento clínico (4-8 semanas).**

2. Em relação a doença ulcerosa péptica, assinale a alternativa correta:

- a) O *H. pylori* deve ser investigado em todo paciente com dispepsia e doença ulcerosa péptica.
- b) As úlceras duodenais precisam de biópsia pelo alto risco de neoplasia
- c) No tratamento clínico, não está indicado a parada do tabagismo.

d) A terapia tripla para erradicação do H. pylori é realizada por 2 meses.

3. A principal razão para buscar erradicar o Helicobacter pylori em pacientes com úlcera péptica é para:

a) Reduzir a recorrência

b) Aumentar a velocidade de cura

c) Encurtar o período de sintomas

d) Diminuir a incidência de complicações

REFERÊNCIAS

ALVES, L. F. et al. Úlcera Péptica: Uma Revisão Sistemática Do Manejo Atual A Systematic Review of Current Management. Disponível em: <http://www.ijlrhss.com/paper/volume-5-issue-10/7-HSS-1490.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2022.

FERZOCO, S. F.; ASHLEY, S. W. Surgical management of peptic ulcer disease. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-peptic-ulcer-disease?search=obstru%C3%A7%C3%A3o%20g%C3%A1strica%20e%20cirurgia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em 15 nov. 2022.

GAN, S. I. Gastric outlet obstruction in adults. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/gastric-outlet-obstruction-in-adults?search=estenose%20de%20piloro&topicRef=2537&source=see_link>. Acesso em 15 nov. 2022.

GARFIELD, K.; SERGENT, S. R. Pyloric Stenosis. StatPearls. Treasure Island. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555931/>>. Acesso em 01 nov. 2022.

LONGSTRETH, G. F. Approach to the adult with nausea and vomiting. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-nausea-and-vomiting?search=estenose%20de%20piloro&source=search_result&selectedTitle=5~78&usage_type=default&display_rank=5>. Acesso em 15 nov. 2022.

SABISTON. Tratado de Cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19 ed. Saunders. Elsevier.

VAKIL, N. B. Overview of complications of peptic ulcer disease. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-complications-of-peptic-ulcer-disease?search=estenose%20de%20piloro&topicRef=2537&source=see_link>. Acesso em 15 nov. 2022.

VAKIL, N. B. Peptic ulcer disease: Clinical manifestations and diagnosis. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=estenose%20de%20piloro&topicRef=24&source=see_link>. Acesso em 15 nov. 2022.

VERNON, A. H. et al. Surgical management of peptic ulcer disease. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-peptic-ulcer-disease/print?search=peptic>>. Acesso em: 20 nov. 2022.