

MANEJO CIRÚRGICO DA DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA: UMA REVISÃO DIRIGIDA DAS TÉCNICAS LOCAIS ÀS OPERAÇÕES DEFINITIVAS

Jenifer Immig¹; Kelen Lise Biazzi².

1 Graduação em Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo (UFFS/PF), Passo Fundo, RS. 2 Graduação em Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo (UFFS/PF), Passo Fundo, RS.

(jeniferimmig7@gmail.com)

(kelenbiazi@gmail.com)

RESUMO

A úlcera péptica é definida como a ruptura da barreira defensiva da mucosa do estômago ou do duodeno, manifestando-se caracteristicamente por dor epigástrica após as refeições. O objetivo deste estudo é reunir informações acerca do manejo cirúrgico da doença ulcerosa péptica - do tratamento definitivo e das complicações da úlcera - de modo a ampliar o entendimento das suas técnicas e indicações. A metodologia baseou-se em uma revisão da bibliografia médica e bases de dados relevantes, com a seleção de trabalhos recentes e específicos sobre o assunto. A abordagem cirúrgica da úlcera péptica está indicada em casos refratários ao tratamento clínico, suspeita de malignidade ou para tratar as complicações da úlcera, sendo as mais comuns o sangramento, a perfuração e a obstrução. Dentre as opções definitivas estão a vagotomia e a gastrectomia parcial, ambas com o intuito de diminuir a secreção de ácido gástrico. Para o manejo da úlcera hemorrágica, pode ser feita gastrotomia ou duodenotomia com localização do sangramento e ulcerorrafia. Nos casos de perfuração, é realizado o fechamento com sutura e lavagem ampla da cavidade peritoneal, podendo estar associada a omentoplastia. Ainda, nos quadros obstrutivos em que a cirurgia é necessária, é feita a antrectomia com vagotomia seletiva ou troncular com reconstrução em Y de Roux. Assim, a técnica indicada depende da extensão da lesão e de fatores agravantes como a presença de peritonite, instabilidade hemodinâmica e sinais de sepse. Portanto, a abordagem cirúrgica deve ser individualizada e abrangente.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia geral. Complicações. Úlcera.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências hepáticas e gastrointestinais

INTRODUÇÃO

A úlcera péptica (UP) é caracterizada pela ruptura da barreira defensiva da mucosa epitelial do estômago ou do duodeno, causada por um desequilíbrio entre os fatores de proteção e de destruição. Apesar da etiologia multifatorial, essa doença é predominantemente desencadeada por fatores agressivos da própria mucosa. Foi a partir da década de 1980 que se identificou o *Helicobacter pylori* como principal agente etiológico das UPs: 85 a 95% dos indivíduos com úlceras duodenais e 60 a 70% daqueles com úlceras gástricas são infectados por essa bactéria. Já as úlceras não associadas à bactéria, têm os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) como maiores responsáveis. Em conjunto, AINEs e *Helicobacter pylori* provocam cerca de 95% das úlceras gastroduodenais.

Quanto ao quadro clínico desta condição, o sintoma característico é a dor epigástrica, que na úlcera duodenal ocorre cerca de 2 a 3 horas após as refeições e é aliviada com a ingestão de alimentos ou antiácidos, e na úlcera gástrica ocorre mais precocemente e o alívio descrito anteriormente é menos nítido.

Dentre as complicações relacionadas a úlcera destaca-se: o sangramento, principal causa de hemorragia digestiva alta não varicosa e de maior periculosidade em usuários de AINEs; a perfuração, quando ocorre o rompimento da camada serosa e a liberação de conteúdo gástrico para a cavidade abdominal; e a obstrução da saída gástrica, complicação menos frequente e geralmente associada à ulceração do canal duodenal ou pilórico. Dessa forma, a compreensão do manejo cirúrgico é importante uma vez que a cirurgia é a base do tratamento de emergência das complicações apresentadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, um estudo descritivo de dados qualitativos, com busca realizada em fevereiro de 2024, nas bases de dados Scielo e Pubmed e na literatura médica. Os descritores utilizados foram “peptic ulcer”, “surgical treatment” e “complications” associados ao operador booleano (AND). A seleção de artigos utilizou o recorte de 2020 a 2024, sendo escolhidos textos disponibilizados na íntegra.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Inicialmente, é válido ressaltar que o tratamento cirúrgico da úlcera péptica é reservado aos casos refratários ao tratamento clínico e/ou endoscópico, para suspeita de malignidade ou para tratar as complicações da úlcera. Nesse sentido, faz-se necessário identificar como essas complicações podem se manifestar. Os pacientes com sangramento da úlcera podem apresentar náusea, hematêmese, melena, hemorragia maciça com enterorragia e hipotensão. A perfuração deve ser considerada em quadros de dor abdominal aguda, difusa e intensa. Já nos casos de obstrução, a sintomatologia inclui saciedade precoce, distensão abdominal, vômitos e náusea, epigastralgia e perda ponderal.

Após o reconhecimento das possíveis complicações da doença ulcerosa péptica, deve ser feita a correta avaliação do paciente e a escolha adequada do tratamento. As opções cirúrgicas para a úlcera péptica variam de terapias locais que tratam as complicações a operações definitivas. Dentre as opções estão a vagotomia e a gastrectomia parcial: a primeira é um procedimento que secciona ou remove uma porção dos nervos vagos ou dos seus ramos para diminuir a secreção de ácido gástrico, podendo ser troncular, seletiva e altamente seletiva; a segunda remove as células produtoras de gastrina que estimulam a secreção ácida e um número variável de células parietais produtoras de ácido.

No que tange ao manejo do leito da úlcera, a opção por ligar os vasos sangrantes ou fixar o omento dentro dessa região para criar uma camada de sobreposição ao defeito e acelerar a cicatrização é válida. Se localizada no estômago, a extirpação completa da úlcera é mais indicada, afinal, úlceras gástricas têm maior potencial cancerígeno.

Existem diferenças fundamentais entre úlceras gástricas e duodenais que afetam a tomada de decisão cirúrgica. Assim, para úlceras gástricas maiores que 2 cm, a escolha é ressecção e reconstrução da área lesionada. Já nas úlceras duodenais, se a região ampular não estiver acometida é indicada a antrectomia, e na impossibilidade de realizar o reparo primário podem ser realizados a duodenojejunostomia de Y de Roux, exclusão pilórica e os tampões omentais (preferíveis). Outrossim, dentre as técnicas para controle de danos

estão a exclusão pilórica com descompressão gástrica por sonda nasogástrica ou gastrostomia com derivação biliar externa por meio de tubo T.

No caso de a úlcera duodenal ter penetrado o pâncreas e não sendo possível a ressecção, a técnica de Nissen é a escolha de eleição. Nela, o duodeno é dissecado da porção proximal do leito da úlcera, de modo a deixar a úlcera intacta com uma pequena borda de tecido para fechamento. A partir dessa borda, o duodeno é levantado e fechado sobre a úlcera.

Sendo o sangramento a complicação mais comum da úlcera péptica, a cirurgia é indicada na falha do tratamento endoscópico, instabilidade hemodinâmica, hemorragias recorrentes após controle inicial do sangramento ou sangramento contínuo com necessidade de transfusão. Geralmente, os pacientes com úlcera hemorrágica são tratados endoscopicamente ou com angioembolização. Todavia, a intervenção cirúrgica é indicada quando há falha na intervenção endoscópica repetida e/ou o paciente se torna instável. Assim, nas situações de maior urgência, a melhor opção terapêutica é a gastrotomia ou duodenotomia com localização do sangramento e ulcerorrafia. Nos casos de sangramento incontrolável por meio da endoscopia em pacientes de alto risco, a embolização por radiologia intervencionista é uma alternativa.

Quando há perfuração de úlcera, os quadros podem evoluir com pneumoperitônio, extravasamento de contraste extraluminal e peritonite. Logo, a exploração cirúrgica deve ser realizada em pacientes instáveis hemodinamicamente, com duração longa de sintomas de perfuração, peritonite ou sinais de sepse. A técnica mais utilizada para o fechamento da perfuração é a sutura com lavagem ampla da cavidade peritoneal associada ao tratamento clínico da úlcera péptica. Também pode ser realizada uma omentoplastia, quando é colocado um pedículo omental na perfuração e suturado aos bordos da úlcera. Para isso, a videolaparoscopia tem os benefícios de menor risco de infecção de ferida operatória, menor tempo de uso de sonda nasogástrica e também redução da dor pós-operatória, sendo indicada nos pacientes estáveis. Contudo, em caso de instabilidade, a correção da perfuração deve ser feita por técnica aberta.

Por fim, a obstrução do trânsito gastroduodenal pode ocorrer em casos de úlcera péptica localizada no antro gástrico, piloro ou duodeno, sendo necessária a exclusão da possibilidade de neoplasia. O manejo inicial da obstrução é clínico, sendo a decisão por cirurgia adiada o máximo possível. Nesses casos, o tratamento cirúrgico de estenose e estase gástrica é a antrectomia com vagotomia seletiva ou troncular com reconstrução em Y de Roux, preferencialmente.

Como última alternativa, como o paciente séptico não tolera procedimentos prolongados de ressecção ou reparo, pode realizar-se um procedimento de controle de danos, a exemplo da exclusão pilórica, da drenagem biliar por tubo T ou da drenagem por tubo de duodenostomia, a fim de desviar o fluxo gástrico e a bile do duodeno para permitir a cicatrização da úlcera. Já a cirurgia definitiva de úlcera com um procedimento de redução de ácido pode ser preferível em pacientes com perfuração, sobretudo quando esta está próxima ao piloro, ou cujo risco de complicações recorrentes não pode ser reduzido, como no caso de pacientes que não podem suspender o uso de anti-inflamatórios não esteroidais.

Por fim, na ocasião de haver vários procedimentos malsucedidos por doença ulcerosa refratária, a gastrectomia subtotal ou total pode ser a última alternativa na abordagem cirúrgica. Nessa técnica, remover-se-ia a porção do estômago que contém a úlcera, as células antrais produtoras de gastrina e as células

parietais produtoras de ácidos no corpo e fundo do estômago. A ressecção em cunha ou o fechamento do remendo pode ser uma ferramenta útil no caso de pacientes mais velhos ou com mais comorbidades associadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o tratamento cirúrgico da úlcera péptica desempenha um papel crucial no manejo de complicações refratárias ao tratamento clínico e endoscópico, suspeita de malignidade ou situações que ameaçam a vida do paciente. Ao reconhecer as complicações potenciais, como sangramento, perfuração e obstrução, os profissionais de saúde podem direcionar adequadamente a abordagem terapêutica. Opções cirúrgicas, incluindo vagotomia, gastrectomia parcial e técnicas de reparo específicas, são selecionadas com base na natureza da úlcera e na extensão da doença.

A abordagem cirúrgica requer uma avaliação cuidadosa do paciente, considerando fatores como estabilidade hemodinâmica, duração dos sintomas e potencial de recidiva. Em situações de emergência, como sangramento incontrolável ou perfuração com sinais de sepse, a intervenção cirúrgica é imperativa para evitar complicações graves.

No entanto, a cirurgia não é uma solução única e deve ser integrada a uma abordagem multidisciplinar que inclua terapia médica adequada, monitoramento contínuo e cuidados pós-operatórios. O conhecimento das diferenças entre úlceras gástricas e duodenais, juntamente com uma compreensão das técnicas cirúrgicas disponíveis, é fundamental para uma tomada de decisão informada e um resultado clínico bem-sucedido.

Em resumo, o tratamento cirúrgico da úlcera péptica exige uma abordagem individualizada e abrangente, visando aliviar os sintomas, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente. O conhecimento atualizado das melhores práticas e o trabalho em equipe são essenciais para alcançar resultados ótimos e garantir o bem-estar do paciente a longo prazo.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

- ALVES, Luiz Fernando *et al.* **Úlcera Péptica: Uma Revisão Sistemática Do Manejo Atual.** International Journal Of Latest Research In Humanities And Social Science. [S.L], p. 46-53. out. 2022. Disponível em: <http://www.ijlrhss.com/paper/volume-5-issue-10/7-HSS-1490.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2024
- CORDEIRO, Hiltonn Muniz *et al.* **Atualizações sobre o tratamento cirúrgico da úlcera péptica.** Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, v. 5, n. 5, p. 19904-19920, 28 set. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n5-168>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52580/39243>. Acesso em: 19 fev. 2014.
- ROHDE, Luiz; OSVALDT, Alessandro Bersch (org.). **Rotinas em Cirurgia Digestiva.** 3. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2018. 944p