

ÚLCERA PÉPTICA TEREBRANTE NA CABEÇA DO PÂNCREAS. CONDUTA CIRÚRGICA NO CHAMADO DUODENO DIFÍCIL

PENETRATING PEPTIC ULCER INTO THE HEAD OF PANCREAS: SURGICAL CONDUCT FOR THE DIFFICULT DUODENUM

Fábio Schmidt Goffi, ECBC-SP¹
Paulo Schmidt Goffi Júnior, TCBC-SP²
Sansom Henrique Bromberg, ACBC-SP³
José Gonçalves Junior⁴

RESUMO: É apresentada uma conduta cirúrgica para o descolamento do duodeno nas ressecções gastroduodenais por úlcera terebrante na cabeça do pâncreas. Constituem os fundamentos dessa tática a mobilização retrógrada adequada da segunda porção do duodeno por meio da manobra de Kocher, a secção oblíqua do duodeno na altura da borda distal do nicho ulceroso e a introdução, pelo cirurgião, do seu dedo indicador na luz da víscera para palpar a papila duodenal maior. Essa medida permite encontrar o plano de clivagem para separar a parede duodenal da cabeça do pâncreas e afastar o risco de lesão das vias biliares e pancreáticas. O duodeno, assim preparado, possibilita sua utilização para eventual anastomose gastroduodenal ou sua exclusão quando se deseja proceder a gastrojejunostomia.

Unitermos: Úlcera péptica terebrante; Gastroduodenectomia; Hemorragia digestiva.

INTRODUÇÃO

O emprego de substâncias bloqueadoras H2 e inibidoras da bomba de próton da célula parietal associado à medicação antimicrobiana para erradicação de *H. pylori* reduziu substancialmente as indicações do tratamento cirúrgico da úlcera péptica gastroduodenal (Herrington Jr.¹, 1988). Hoje, esta conduta é excepcional e usada apenas quando falha a terapêutica clínica, ou em algumas situações de urgência, entre elas o sangramento profuso das úlceras penetrantes na cabeça do pâncreas. A hemorragia oriunda da úlcera pós-bulbar, às vezes cataclísmica, impõe conduta radical tão precoce quanto possível (Gradinaru, Seicaru, Horeanga, et al.²1991).

Na maioria das vezes, o tratamento endoscópico das úlceras hemorrágicas penetrantes na cabeça do pâncreas fornece bons resultados. Quando isso não ocorre, as tentativas de coibir cirurgicamente o sangramento pelo acesso direto à úlcera por via transduodenal têm sido infrutíferas, podendo

causar graves complicações. Os índices de recidiva da hemorragia após a simples sutura do nicho ulceroso podem chegar a 25% (Kharaberiush, Kondratenko, Ialovetskii,³1992).

É preferível correr o risco de enfrentar o chamado “duodeno difícil” durante a gastroduodenectomia ao invés de realizar intervenções paliativas sem planejamento adequado. Na verdade, a dissecação duodenal nessas circunstâncias é tanto mais difícil quanto menor for a experiência da equipe cirúrgica. Por isso, justifica-se a discussão sobre a técnica e a tática cirúrgicas a serem empregadas.

Técnica Cirúrgica

1. Via de acesso por laparotomia paramediana para-retal direita interna (Lennander) ou transversa direita supra-umbilical no nível da extremidade anterior da 11ª costela.

2. Mobilização do duodeno pela secção do peritônio da reflexão duodeno-parietal (manobra de Kocher) (Figura 1) caminhando de baixo para cima (Figura 2).

1. Professor Emérito da FMUSP. Diretor da Divisão de Ensino e Pesquisa do HSPE-IAMSPE, São Paulo. Coordenador de Pós-Graduação.
2. Professor Assistente Doutor do Departamento de Cirurgia (Disciplina de Técnica Cirúrgica) da FMUSP. Cirurgião do Hospital Universitário da USP.
3. Doutor pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Cirurgião do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica e Vice-Coordenador de Pós-Graduação
4. Técnico Desenhista. Ex-Chefe da Seção de Documentação Científica da FMUSP.

Recebido em 24/11/98

Aceito para publicação em 30/8/99

Trabalho do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE-IAMSPE e da Disciplina de Técnica Cirúrgica (Departamento de Cirurgia) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.

3. Gastrectomia parcial clássica de acordo com a técnica convencional, seccionando o bulbo duodenal, que permanecerá aberto em bisel, no nível da borda distal do nicho ulceroso (Figura 3).

4. Introdução do dedo indicador esquerdo do cirurgião no duodeno a fim de palpar a papila duodenal maior e servir de guia para a dissecação (Figura 5).

5. Secção da lâmina peritoneal entre a face anterior do duodeno e a cabeça do pâncreas e ligadura de um a dois ramos duodenais da a. pancreato-duodenal superior (Figura 4).

6. Dissecação romba através do plano de clivagem duo-eno-pancreático. A tesoura delicada ou uma pinça hemostática de Halsted passa por divulsão entre as paredes duodenal e a pancreática, logo distalmente à borda do nicho ulceroso. São ligados 1-2 ramos vasculares, restando descolada a borda interna

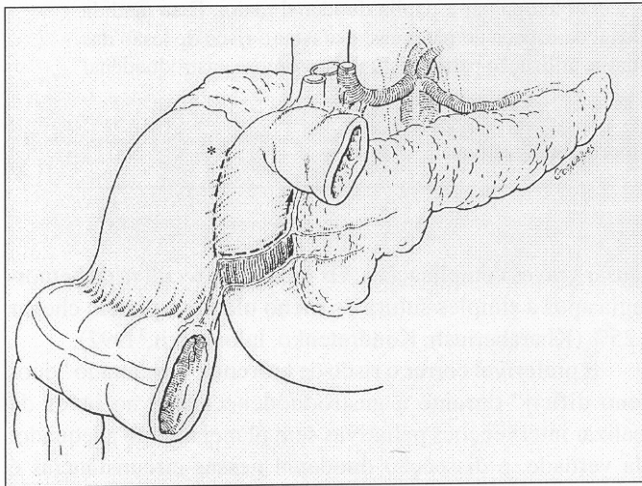


Figura 1 - * Linha da secção serosa para a dissecação retrógrada do duodeno

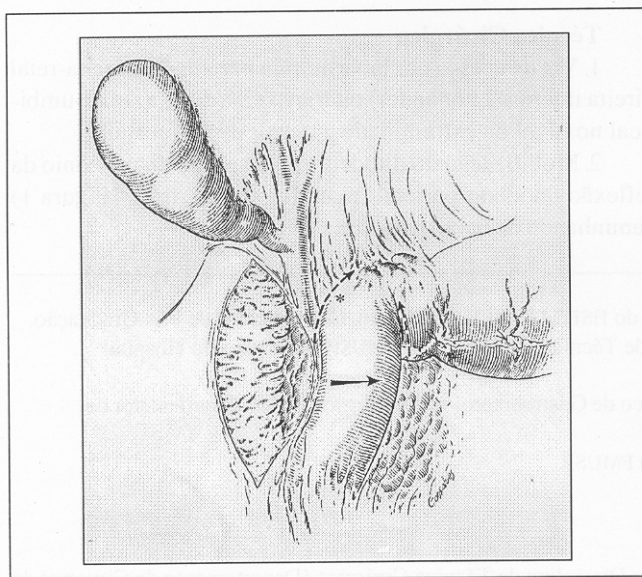


Figura 2 - * Manobra de Kocher com dissecação aboral do duodeno

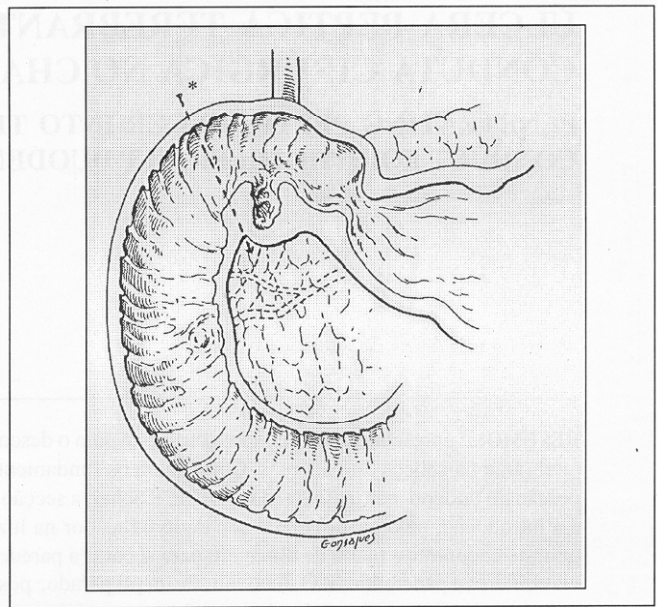


Figura 3 - * Plano de secção oblíqua do duodeno no nível da borda distal do nicho ulceroso

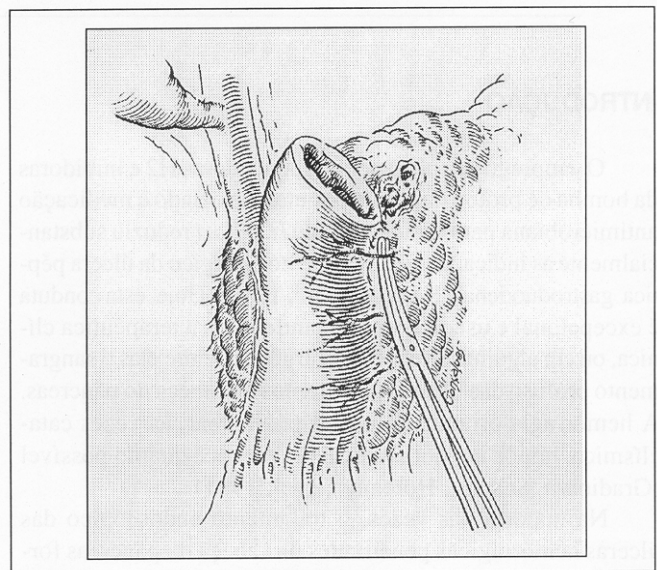


Figura 4 - Ligadura de pequenos vasos pancreato-duodenais

do duodeno na extensão de 0,5 cm. O nicho ulceroso na cabeça do pâncreas fica isolado da luz duodenal (Figura 5).

7. A reconstituição do trânsito alimentar é feita por anastomose gastroduodenal ou, eventualmente, gastrojejunal.

DISCUSSÃO

A técnica e a tática para tratamento do duodeno na presença de úlcera terebrante na cabeça do pâncreas sempre constituíram motivo de controvérsias. Na úlcera penetrante não-hemorrágica são justificáveis as técnicas conservadoras, desde os vários tipos de vagotomia com ou sem drenagem até as

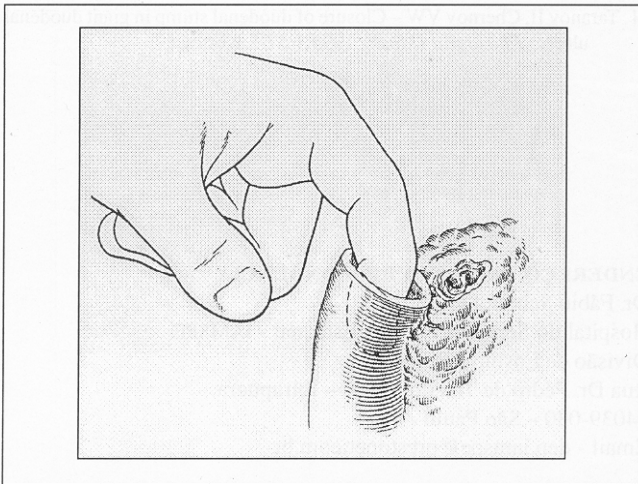


Figura 5 – Introdução, pelo cirurgião, do seu dedo indicador na luz duodenal para identificar a papila e orientar a dissecação

gastrectomias com exclusão duodenal sem exérese da lesão (Rahal⁴).

As úlceras sangrantes exigem conduta agressiva quando não cedem ao tratamento endoscópico. No entanto, deve-se evitar a possibilidade da lesão das vias biliar e pancreática (Goffi, Hashiba, Ferrarini et al,⁵ 1963). A introdução do dedo indicador do cirurgião no duodeno previamente aberto

por secção em bisel permite a identificação da papila duodenal e auxilia o descolamento duodeno-pancreático. O coto duodenal, assim preparado, possibilita a realização da anastomose gastroduodenal término-terminal, tal como foi defendida por Herrington Jr.⁶ (1983). Para este autor, quando a parede duodenal anterior é de boa qualidade, é preferível realizar-se a gastroduodenostomia, que pode ser feita com segurança.

No passado, quando as ressecções gastroduodenais parciais para tratamento da doença péptica se constituíam em conduta rotineira, vários cirurgiões (Nissen,^{7,8} 1933,1943; Hustinx,⁹ 1936; Montenegro,¹⁰ 1939) descreveram técnicas para a dissecação duodenal em pacientes com úlcera penetrante na cabeça do pâncreas. Mais recentemente, Taranov e Chernov¹¹ (1995) publicaram uma técnica original para fechamento do coto duodenal após ressecção gástrica por úlcera duodenal gigante. No entanto, todos esses procedimentos implicam a exclusão do duodeno pelo fechamento do coto dissecado por sutura.

A conduta proposta na presente publicação dá margem ao restabelecimento do trânsito alimentar por meio da anastomose gastroduodenal após as ressecções gástricas parciais.

Apesar de, como se referiu, esta cirurgia ser atualmente uma raridade, em tais circunstâncias os cirurgiões devem estar preparados e capacitados para realizá-la. A presente técnica, proposta por um de nós, tem várias décadas de experiência com resultados inteiramente satisfatórios.

ABSTRACT

Beginning in the 1970s, many duodenal ulcers have been adequately managed using H2 receptor blockers or proton pump inhibitors associated to antimicrobial agents. However in the bleeding penetrating duodenal ulcer, when the endoscopic treatment is lacking, the severe character of the hemorrhage and the frequency of the recurrence sometimes impose a radical surgery as early as possible, in spite of technical difficulties. Considering these facts, a surgical approach to the duodenal dissection during the gastroduodenectomy for penetrating ulcers is presented. This maneuver basically consist of (1) the adequate retrograde liberation of the descending portion of duodenum, (2) the oblique section of the duodenum at the lower border of the ulcer and (3) the introduction of the surgeon's forefinger into the duodenal lumen in order to facilitate the wall liberation from the pancreas achieved through a blunt dissection with a fine scissor or a Halsted forceps. The duodenal stump is now prepared for a gastroduodenal anastomosis or for closure by suture previously to a gastrojejunostomy. This technique have been used by one of us for many times with fairly good results.

Key Words: Penetrating duodenal ulcer; Gastrointestinal bleeding; Gastroduodenal resection.

REFERÊNCIAS

1. Herrington Jr JL – Gastroduodenal ulcer. Overview of 150 papers presented before the Southern Surgical Association 1888-1986. *Ann Surg* 1988; 207:754-69.
2. Gradinaru V, Seicaru T, Horeanga D, Miron A – Complicated postbulbar duodenal ulcers: the characteristics of the diagnosis and of the surgical procedure and management. *Chirurgia* (Bucur) 1991;40:11-20. Abstract.
3. Kharaberjush VA, Kondratenko PG, Ialovetskii VD – The surgical procedure in patients with hemorrhaging penetrating gastroduodenal ulcers. *Klin Med (Mosk)* 1992;70:11-12,43-5. Abstract.
4. Rahal F – Aspectos técnicos no fechamento do coto duodenal. In Colégio Brasileiro de Cirurgiões (ed). *Cirurgia do Aparelho Digestivo*. São Paulo, Robe Liv. Edit. 1991 cap 9 pp85-93.

5. Goffi FS, Hashiba K, Ferrarini E, Bastos ES – Lesões das vias biliares e pancreáticas nas gastroduodenectomias. *Rev Paul Med* 1963; 63 (6):377-82.

6. Herrington Jr JL – Surgical management of duodenal ulcer and benign gastric ulcer. *Internat Surg* 1983;68:299-300.

7. Nissen R – Zur Resektion des tiefsitzenden Duodenalgeschwürs. *Zentrabl f Chir*1933;60:483-85.

8. Nissen R – Technical procedures in difficult situations in resections of duodenal and gastrojejunal ulcers. *J Internat Coll Surg* 1943; (1):1-9.

9. Hustinx E – Le traitement de l'ulcere du duodenum par la résection gastro-duodénale, sa technique, ses résultats immédiats et éloignés. *J Franco-Belges Chir* 1936;4:303-53.

10. Montenegro B – Ulceras gástricas duodenais terebrantes. *Rev Cir S Paulo* 1938;9:325-9.

11. Taranov II, Chernov VW – Closure of duodenal stump in giant duodenal ulcers. *Khirurgiia (Mosk)* 1995;1:57-8. Abstract.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Fábio Schmidt Goffi
Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE
Divisão de Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Pedro de Toledo, 1.800 – Ibirapuera
04039-030 – São Paulo - SP
Email - dep.iamspe@prestonet.com.br