

Nauana Cristine Beraldo Lourenço³, Addler Steve Quezada³, Paloma Oliveira de Vasconcelos³, Juliana Oliveira de Miranda², Camila Tamassia Marcato¹, Fabio Gonçalves Ferreira¹, Roberto Noe Vargas Gimenez¹, Tércio de Campos¹.

1. Médico Cirurgião Geral do Hospital Geral de Itapeverica da Serra
2. Médico Residente do segundo ano do programa de residência médica em Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapeverica da Serra
3. Médico Residente do primeiro ano do programa de residência médica em Cirurgia Geral do Hospital Geral de Itapeverica da Serra

Introdução

Estima-se que a doença ulcerosa péptica afete cerca de 2 a 10 entre 100 mil indivíduos no ocidente. As principais complicações são o sangramento e a perfuração, sendo esta última originada pelo rompimento da parede do estômago ou duodeno, permitindo o escape do conteúdo gastrointestinal para a cavidade abdominal. Atualmente, a incidência das úlceras pépticas vem diminuindo significativamente após o advento do uso de inibidores de bomba de prótons, do entendimento do envolvimento do *Helicobacter pylori* na patogênese e da utilização de terapias endoscópicas. Ainda assim, a úlcera péptica continua sendo um problema complexo para o cirurgião.

Relato de caso

Feminino, 51 anos, admitida por quadro de dor abdominal há 3 semanas, associada a náuseas, vômitos, anorexia e perda ponderal de 9 quilos no período. Ao exame inicial, apresentava abdome distendido, doloroso à palpação profunda difusa, porém sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome, que demonstrou volumoso pneumoperitônio, sendo indicada laparotomia exploradora de urgência. No intraoperatório, observado intenso bloqueio em topografia de loja vesicular, primeira e segunda porções duodenais, retroperitônio, face inferior do fígado e ângulo hepático do cólon. Durante o desbloqueio da região, houve saída de secreção purulenta em grande quantidade, que foi enviada para análise. Após serem desfeitas as aderências firmes do cólon, foi possível isolar o antro e o bulbo duodenal, notando-se lesão grande, endurecida e perfurada nesta topografia. Realizada gastrectomia parcial e dissecação cuidadosa da parede posterior do antro e do bulbo duodenal, notando-se extenso processo inflamatório local. Após ressecção da peça em bloco, notou-se saída de bile por orifício pontual. Procedeu-se, então, com a dissecação cuidadosa da região e individualização de dois orifícios. Realizada reconstrução em "Y de Roux" e posterior colecistectomia táctica para cateterização do ducto cístico e acesso a via biliar. Sucedida colangiografia intra-operatória, que confirmou a desinserção da papila duodenal, correspondendo os orifícios ao ducto colédoco terminal e ducto pancreático principal, sendo feita cateterização individual destes utilizando sonda fina siliconada. Foi realizada anastomose entre os ductos e posterior anastomose entre a região de inserção dos mesmos e a terceira porção duodenal, deixando as sondas de silicone perdidas no duodeno.

Optado por manter o cateter intracístico exteriorizado em hipocôndrio direito para descompressão da via biliar e locados dois drenos tubulolaminares em cavidade abdominal. Ao término do procedimento, paciente encaminhada à unidade de terapia intensiva. Paciente apresentou boa evolução clínica, estabilidade hemodinâmica, ausência de dor abdominal e mínimo débito seroso via drenos tubulolaminares, recebendo alta para enfermaria no quarto dia de pós-operatório. Após cinco dias, paciente com eliminações presentes e fisiológicas, mantendo ausência de dor abdominal, em boa aceitação da dieta oral e deambulando livremente, sendo definida alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Em primeira consulta ambulatorial, paciente em bom estado geral e com resultado de anatomopatológico confirmando úlcera gástrica perfurada.



Imagem 1: TC de abdome com contraste demonstrando pneumoperitônio.

Discussão

O atraso no tratamento cirúrgico é um fator proporcionador ao aumento na mortalidade de pacientes com úlceras pépticas perfuradas. Costuma ser realizada a ulcerorrafia, porém perfurações grandes e com tecidos friáveis podem requerer ressecções como a gastrectomia.

A estratégia cirúrgica depende dos achados intraoperatórios e está sujeita a interferência de diversos tipos de complicações, tais como a descrita neste relato de caso. Logo, é de suma importância que o cirurgião esteja apto a entender a DUP em sua totalidade e todos os desdobramentos possíveis dentro do tratamento.

Referências bibliográficas

- Satsukevich VN. Surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcers. *Khirurgiia (Mosk)* 2001; 5: 24-7.
- Boey J, Branicki FJ, Alagaratnam TT, Fok PJ, Choi S, Poon A, Wong J. Proximal gastric vagotomy. The preferred operation for perforations in acute duodenal ulcer. *Ann Surg* 1988; 208(2):169-74.
- Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis. *World J Surg* 2000; 24:277-83.
- Sweeney KJ, Faolain MO, Gannon D, Gorey TF, Kerin MJ. Surgical management of perforated peptic ulcer disease. *Ir J Med Sci* 2006; 175(2):50-4.
- Petroianu A, Silva SV, Alberti LR. Mudanças nos padrões epidemiológicos das úlceras pépticas nos últimos 20 anos. *rbm*. 2002; 59(9):667-9.
- Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease. *Arch Surg* 2005; 140:201.