

GASTRECTOMIA VIDEO-LAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DA ÚLCERA PÉPTICA COMPLICADA: técnica e relato de caso

Marcel Autran C. **Machado**, Julio Rafael Mariano da **Rocha**,
Ricardo Z. **Abdalla** e Marcel Cerqueira Cesar **Machado**

RESUMO - Os autores apresentam o relato de um paciente portador de úlcera péptica com estenose bulbar e intratabilidade clínica tratado exclusivamente por via videolaparoscópica. Os autores apresentam uma alternativa técnica com realização de hemigastrectomia e reconstrução do trânsito a Billroth II com anastomose gastro-jejunal látero-lateral com uso de grampeadores mecânicos totalmente por via videolaparoscópica. O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no sexto dia de pós-operatório. O paciente permanece bem, com ganho de peso, alimentando-se e trabalhando normalmente. O exame endoscópico de controle tardio (cinco meses) foi normal.

DESCRIPTORIOS - Úlcera péptica, Gastrectomia, Laparoscopia.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da colecistectomia laparoscópica em 1987, houve entusiasmo na aplicação da técnica mini-invasiva em outras patologias abdominais e torácicas. Em relação ao tratamento da úlcera péptica, diversas modalidades de tratamento como vagotomia gástrica proximal e tratamento da úlcera péptica perfurada já foram realizadas por via videolaparoscópica.

É apresentado o relato de um paciente portador de úlcera péptica com estenose bulbar e intratabilidade clínica tratado exclusivamente por via laparoscópica.

RELATO DE CASO

J.L.C.G., 48 anos, sexo masculino, com quadro de dor epigástrica em queimação e empachamento pós-prandial com diagnóstico de úlcera péptica há 20 anos. Fez inúmeros tratamentos com anti-ácidos, cimetidina e ranitidina com melhora parcial do quadro. Há dois anos o paciente vem apresentando piora progressiva do quadro com aparecimento de náuseas e vômitos constantes. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou esofagite moderada, estase gástrica e duas úlceras ativas em região bulbar e presença de *Helicobacter pylori*. Foi tratado com esquema triplíce com omeprazol (40 mg ao dia durante 8

semanas), amoxicilina (500 mg/dia por 14 dias) e metronidazol (400 mg/dia por 14 dias). Após dois meses de tratamento, apresentou ligeira melhora do quadro, tendo recebido tratamento de manutenção com omeprazol (20 mg/ dia por dois meses) seguido de ranitidina (300 mg/dia por dois meses). Seis meses após tratamento clínico apresentou recidiva dos sintomas associado a quadro de vômitos incoercíveis. Foi submetido a nova endoscopia digestiva alta que revelou persistência das úlceras bulbares associada a estenose acentuada do bulbo duodenal. A pesquisa para gastrinoma foi negativa. O paciente não apresentava qualquer outro antecedente clínico ou cirúrgico relevante. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, um pouco emagrecido. O abdome era levemente doloroso à palpação de epigástrio. A ultra-sonografia abdominal mostrava pequeno hemangioma hepático em segmento VI. Os exames laboratoriais revelaram-se normais. Optou-se pela abordagem videolaparoscópica.

TÉCNICA

Sob anestesia geral, com o paciente em decúbito dorsal horizontal e em posição semi-ginecológica, realizou-se incisão infra-umbilical, colocação de trocarte de 10 mm sob visão direta segundo técnica descrita previamente⁽⁶⁾ instalação de pneumoperitônio. Quatro outros portos, em flanco esquerdo (12 mm), para-retal esquerdo (12 mm), para-retal direito (5 mm) e flanco direito (12 mm) foram instalados (Figura 1). À inspeção da cavidade, observou-se estômago aumentado de tamanho e pequena retração bulbo-duodenal, restante sem alterações.

Iniciou-se a abertura da retrocavidade dos epíplons com utilização de bisturi harmônico (UltraCision® - Ethicon Endo-Surgery, Inc. USA). Realizou-se ligadura dos vasos epiploicos da grande curvatura gástrica

por fora da arcada gastroepiplóica desde o piloro até o ligamento de Montenegro. Prosseguiu-se a dissecação em direção ao duodeno com ligadura e secção entre cliques metálicos da artéria gastroepiplóica direita junto ao piloro e por dentro da arcada até o duodeno junto ao pâncreas.

Realizou-se secção dos vasos da pequena curvatura gástrica com ligadura da artéria gástrica direita com bisturi harmônico. O duodeno foi, então, seccionado junto ao pâncreas com grampeador linear cortante endoscópico de 35 mm (Endopath, Ethicon). A seguir o estômago foi grampeado na altura do ligamento de Montenegro perpendicular à pequena curvatura completando a hemigastrectomia (Figura 2).

Iniciou-se a manipulação das alças jejunais com pinças atraumáticas e escolha da alça jejunal para a anastomose. Dois pontos de sutura entre o estômago e o jejuno foram passados nos limites da anastomose proposta (anterior e paralela à linha de grampeamento) com o intuito de aproximá-

los para a anastomose mecânica. Foram realizados dois pequenos orifícios no estômago e jejuno, por onde as duas cabeças do grampeador foram introduzidas (Figura 3). Após o disparo, a linha anastomótica foi verificada através da abertura anterior, que foi posteriormente fechada com sutura em dois planos de pontos separados com fio absorvível 3-0. O estômago foi então colocado em saco plástico e exteriorizado pelo orifício umbilical. O estômago foi retirado com secção da aponeurose sob monitorização contínua através do laparoscópio. A aponeurose foi fechada com pontos separados de fio inabsorvível. A inspeção da cavidade mostrou-se normal e o procedimento foi finalizado com sutura das aponeuroses, pele e curativo. O tempo total da intervenção cirúrgica foi de três horas e cinquenta minutos. O estudo anátomo-patológico mostrou úlcera péptica crônica e estenose bulbar.

O paciente evoluiu sem intercorrências, com retirada da sonda nasogástrica no segundo dia e alta no sexto dia de pós-operatório após reintrodução progressiva da dieta. O paciente

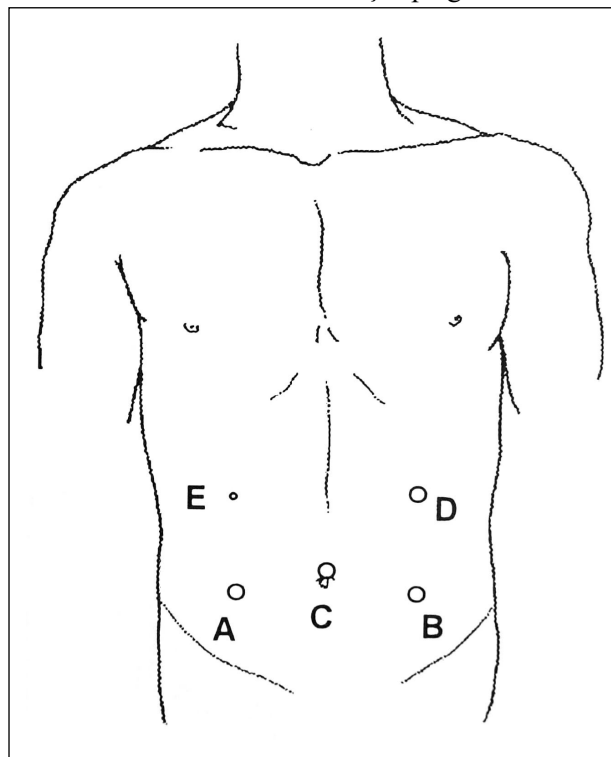


Figura 1. Desenho esquemático da posição dos trocartes. Através do trocarte C foi introduzido o laparoscópio (câmera). Os trocartes D e E foram utilizados pelas mãos direita e esquerda do cirurgião, respectivamente. Os trocartes A e B foram usados para tração do estômago, da alça jejunal e para introdução do grampeador mecânico.

apresenta-se bem sem sintomas, trabalhando, alimentando-se normalmente cinco meses após o procedimento e apresenta ganho ponderal de 8 Kg. Na endoscopia de controle realizada cinco meses após a intervenção observa-se anastomose gastrojejunal pérvia e ausência de qualquer lesão péptica.

DISCUSSÃO

Desde a introdução de bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons as indicações para o tratamento da úlcera péptica têm reduzido consideravelmente. No entanto, alguns pacientes com sangramento, perfuração, estenose duodenal ou intratibilidade clínica ainda necessitam de tratamento cirúrgico.

A primeira gastrectomia a Billroth II totalmente por via laparoscópica foi realizada em 1992⁽¹⁾. Desde então gastrectomia por via laparoscópica têm sido realizada por um número reduzido de cirurgiões e já inclui gastrectomia a Billroth I e gastrectomia total⁽²⁻⁴⁾.

Com o avanço tecnológico recente, a maior experiência dos cirurgiões com o método laparoscópico e a in-

trodução, no nosso mercado, de grampeadores mecânicos adaptados para a cirurgia vídeo-laparoscópica, possibilitou-se a utilização deste método para a realização de cirurgias mais complexas⁽⁵⁾.

Do mesmo modo que na cirurgia laparotômica, a ressecção gástrica está indicada somente nos casos de doença péptica avançada onde exista estenose duodenal e/ou intratibilidade clínica após utilização prolongada de inibidores da bomba de prótons e bloqueadores H2.

Em relação à técnica operatória, esta é extremamente variável, de acordo com a experiência da literatura. O preparo pré-operatório destes doentes é o mesmo para gastrectomias eletivas realizadas por via laparotômica. Existem diferentes combinações de colocação, número e tamanho de trocartes utilizados. No entanto, a maioria dos autores concorda quanto à posição do cirurgião entre as pernas do paciente (posição francesa). Por dispormos do bisturi harmônico, a dissecação da pequena e grande curvatura gástrica e o preparo completo do estômago para a ressecção, foi realizado quase completamente sem aplicação de cliques metálicos. Estes foram ne-

cessários apenas na ligadura da artéria gastroepiplóica direita. Este tipo de aparelho diminui consideravelmente o tempo operatório, tornando este procedimento mais fácil de ser executado e com maior segurança quanto ao risco de sangramento.

Nas técnicas anteriormente publicadas para a ressecção gástrica por videolaparoscopia houve uma utilização variável de grampeadores laparoscópicos⁽¹⁾. Na presente técnica utilizou-se um grampeador linear cortante endoscópico de 35 mm com 5 cargas (Figuras 2 e 3).

A remoção do estômago pode ser feita através de incisões laterais complementares. Os autores têm preferência pela retirada através do umbigo. No presente caso, o estômago foi colocado dentro de um saco plástico resistente e retirado através da incisão umbilical, que por ser elástica possibilita a retirada de grande espécime apenas com ampliação da aponeurose sem necessitar de aumento da incisão da pele.

A experiência da literatura mostra que a utilização do método laparoscópico propicia menor dor pós-operatória, mobilização, tempo de hospitalização além de melhor efeito cosmético. No entanto, a técnica ainda não está padronizada e varia de acordo com o autor estudado. No Brasil, não foram encontrados trabalhos publicados em revistas indexadas, apesar de se conhecer a experiência dos autores nacionais em ressecções gástricas por videolaparoscopia, apresentada em diversos congressos⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A descrição do presente trabalho visa divulgar esta alternativa técnica de gastrectomia a Billroth II por via laparoscópica. Esta técnica nos pareceu de simples execução e segura. Além disso preserva a vascularização do estômago desta região e da anastomose pois tem pequena extensão, é paralela a linha de grampeamento distal do estômago e mantém uma distância segura (cerca de 3 cm) desta (Fig 3). A anastomose gastrojejunal

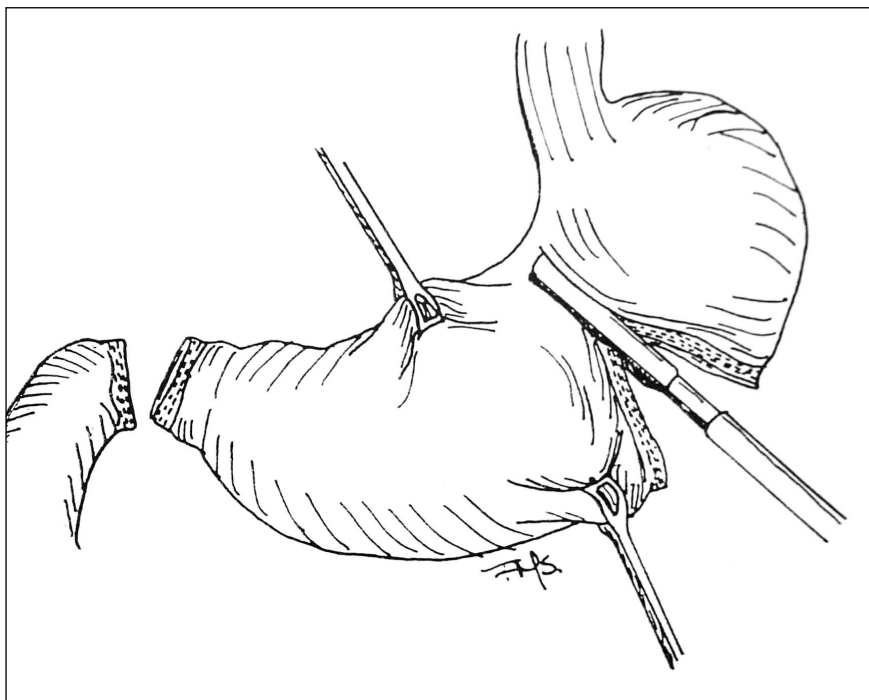


Figura 2. Secção do estômago com grampeador linear após secção duodenal, completando hemigastrectomia.

na técnica comumente empregada na literatura⁽¹⁾ é feita junto à grande curvatura e em sentido perpendicular à linha de grampeamento gástrico. Isto pode comprometer parte da irrigação, especialmente os ramos da artéria gastro-epiplóica esquerda que desembocam no estômago no sentido perpendicular à grande curvatura, podendo levar isquemia e necrose à esta região.

Trata-se de primeira experiência do nosso grupo, e que permitiu afirmar que esta técnica é factível. A revisão da literatura indica que a gastrectomia por videolaparoscopia é uma realidade. As indicações para gastrectomia são as mesmas da cirurgia aberta, mas a possibilidade de menor tempo de hospitalização e complicações além de retorno precoce ao trabalho, faz deste procedimento uma alternativa atraente para médicos e pacientes.

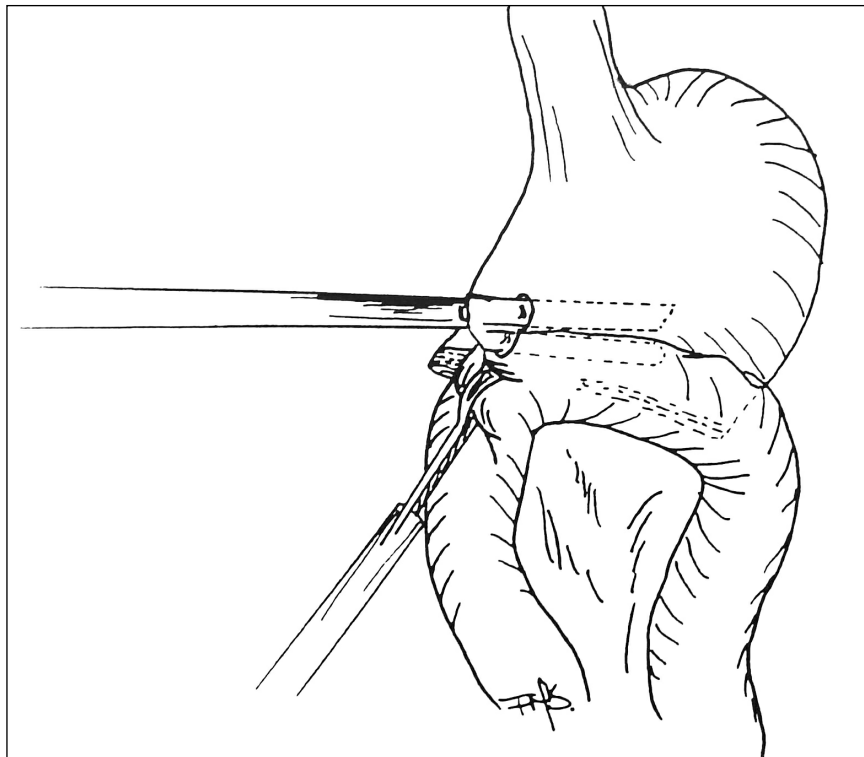


Figura 3. Desenho esquemático da confecção da anastomose gastrojejunal anisoperistáltica utilizando grampeador linear endoscópico.

Machado MAC, Rocha JRM da, Abdalla RZ, Machado MCC. Laparoscopic gastrectomy for complicated peptic ulcer: technique and case reports. *Arq Gastroenterol, São Paulo, 36(3): 154-158, 199.*

ABSTRACT - Since the introduction of H2 receptor antagonists and inhibitors of the acid pump, the indications for the surgical management of peptic disease have decreased significantly. However some patients presenting bleeding, perforation, gastric outlet obstruction and intractable peptic ulcer still need surgical treatment. The first laparoscopic Billroth II gastrectomy was performed in 1992. To date, laparoscopic gastrectomy has been performed by a small number of surgeons around the world. The aim of this study was to present a case of totally laparoscopic Billroth II gastrectomy and to describe an alternative technique using endoscopic stapling devices. We present a case of a 48-year-old man, complaining of severe epigastralgia, who had a 20-year history of peptic ulcer. Gastroscopy had revealed a duodenal ulcer and a deformity of the bulb. A diagnosis of intractable peptic ulcer was made, and the patient underwent laparoscopic Billroth II gastrectomy with side-to-side intracorporeal gastrojejunostomy using endoscopic stapling devices. On postoperative day 1, he was able to walk. On postoperative day 3, he started on a clear liquid diet and was discharged on postoperative day 6. During his postoperative recovery, the patient experienced little pain and did not request narcotic analgesia. Laparoscopic gastric resection is an alternative to open procedure in well selected cases.

HEADINGS - Peptic ulcer, Gastrectomy, Laparoscopy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Goh PM, Tekan Y, Kum CK, Isaas J, Ngoi SS: The technique of laparoscopic Billroth II gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc* 2:258, 1992.
- Goh PM, Alponat A, Mak K, Kum CK: Early international results of laparoscopic gastrectomies. *Surg Endosc* 11:650, 1997.
- Uyama I, Ogiwara H, Takahara T, Kikuchi K, Iida S: Laparoscopic and minilaparotomy proximal gastrectomy and esophagogastrotomy: technique and case report. *Surg Laparosc Endosc* 5:487, 1995.
- Uyama I, Ogiwara H, Takahara T, Kato Y, Kikuchi K, Iida S: Laparoscopic Billroth I gastrectomy for gastric ulcer: technique and case report. *Surg Laparosc Endosc* 5: 209, 1995.
- Machado MAC, Rocha JRM, Bove C, Machado MCC: Tratamento laparoscópico de obstrução duodenal em paciente portador de câncer avançado de pâncreas. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo* 52:41, 1997.
- Machado MAC, Rocha JRM, Machado MCC: An alternative technique for open laparoscopy. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo* 53:174, 1998.
- Tinoco RC, Tinoco AC, El-Kadre LJ, Tinoco LA: Hemigastrectomia B1 vídeo-laparoscópica [abstract]. *Rev Bras Med* 53:175, 1996. Suplemento.
- Brandalise NA, Aranha NC, Fontes EAC, Almeida FR: Gastrectomia vídeo-laparoscópica [abstract]. *Rev Cir Videoendoscopia* 2:93, 1998.
- D'Albuquerque LAC, Padilla MJM, Meniconi MTM, Santos ED, Quireze C, Garcia CE, Copstein JLM: Gastrectomia via vídeo-laparoscopia com reconstrução a Billroth I [abstract]. *Rev Cir Videoendoscopia* 2:159, 1998.
- Nacul MP, Koch R, Souza C: Gastrectomia subtotal vídeo-laparoscópica [abstract]. *Rev Cir Videoendoscopia* 2:160, 1998.