

46 d.c.

i.c.e.s.

Faculdade de Medicina

96/72

Representação - 7  
Metodologia - 6  
Conteúdo - 6  
Bibliografia - 8

27L

6.75

Análise de 67 casos de  
Úlcera Duodenal Perfurada

Anelir Oliveira de Senna

Lilian Tania Amorim Pelliccioli

Romelâni Berger

Florianópolis, SC.

Novembro, 1981.

## SUMÁRIO

01 - RESUMO.....	01
02 - INTRODUÇÃO.....	02
03 - CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	04
04 - RESULTADOS .....	05
05 - DISCUSSÃO.....	12
06 - CONCLUSÕES.....	16
07 - SUMMARY.....	17
08 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

01 - RESUMO

Analisados 67 casos de Úlcera Duodenal Perfurada, foram encontrados 91% do sexo masculino e 9% do sexo feminino. A faixa etária mais atingida foi dos 20 aos 50 anos. A perfuração como primeira manifestação ocorreu em 14,9% dos casos. A maioria dos pacientes (58,2%) foi atendida nas primeiras 12 horas de perfuração. Dor abdominal, sinais de irritação peritoneal, abdome em tábua, náuseas e vômitos foram os sintomas predominantes. Pneumoperitônio esteve presente em 64,2% dos exames radiológicos realizados. As técnicas empregadas foram simples Rafia, Vagotomia Troncular associada à Antrectomia ou Píloroplastia e Rafia mais Vagotomia Super Seletiva. O maior número de complicações ocorreu na simples Rafia e na Vagotomia Troncular com Píloroplastia. A mortalidade global foi de aproximadamente 3%.

*no gas trostomia ou  
diverticulite*

7. UNITERMOS: Úlcera duodenal - perfuração - clínica - tratamento.

02 - INTRODUÇÃO

*estágio a seguir?*

A úlcera péptica é uma doença benigna que ocorre no estômago ou duodeno e que evolui durante muitos anos, com períodos de dor e acalmia alternando-se por espaço de tempo maior ou menor, até que os sintomas se tornem mais intensos, obrigando o paciente a procurar o médico (24).

No decorrer de sua evolução, a úlcera péptica pode apresentar complicações que constituem causa importante de mortalidade. Entre as complicações encontramos a perfuração, a obstrução pilórica, a hemorragia e a malignização (24).

No presente estudo vamos nos ater, apenas à úlcera duodenal complicada por perfuração para peritônio livre, analisando seus aspectos clínicos, a incidência por idade e sexo, a existência ou não de pneumoperitônio, o tempo de perfuração, o tipo de cirurgia realizada para o tratamento no momento da perfuração e as complicações pós-operatórias imediatas.

Dentre as complicações a perfuração é a mais freqüente ocorrendo em 6 a 11% dos ulcerosos. É mais comum na úlcera duodenal do que na úlcera gástrica, correspondendo de 5 a 8% das emergências abdominais, é mais freqüente no homem que na mulher numa proporção de 3 a 10 : 1, sendo que antes da puberdade e após a menopausa esta diferença deixa de existir. A idade mais freqüente da perfuração é entre 20 e 50 anos (7, 24, 27).

A perfuração ocorre toda vez que a lesão atinge todas as camadas da parede do duodeno. A justaposição de órgãos adjacentes e a rapidez com que é destruída a parede são dos dois fatores que determinam se a lesão perfura para a cavidade peritoneal livre ou penetra em um órgão adjacente (7, 27).

A perfuração em peritônio livre determina o extravazamento do conteúdo gástrico para a cavidade abdominal levando a um quadro muito grave que pode causar a morte do paciente em poucos dias quando não tratado (7, 24, 27).

A sintomatologia típica de úlcera péptica perfurada consiste em dor epigástrica súbita, freqüentemente irradiada para o ombro ou fossa ilíaca direita e às vezes associada a náuseas e vômitos. A dor diminui de intensidade nas horas que se seguem, aparece abdome em tábua, febre, dor à descompressão, ausência de borboríngos, taquicardia e acentuada prostração (6, 7, 22, 24, 27).

No tratamento da úlcera duodenal aguda ou crônica que perfura para a cavidade peritoneal, três aspectos devem ser considerados - a úlcera, a perfuração e a peritonite resultante. As prioridades terapêuticas são a peritonite e a perfuração, pois estas são ameaça séria e imediata à vida enquanto a úlcera por si só não o é (10).

### 03 - CASUÍSTICA E MÉTODOS

Neste trabalho foram selecionados 194 prontuários que estavam catalogados como Úlcera Duodenal Perfurada (UDP) no Serviço de Arquivos Médicos dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos, no período de 1972 a 1981.

Para o presente estudo considerou-se apenas os casos de UDP em peritônio livre. Este fato, associado ao grande número de prontuários incompletos, permitiu a análise de apenas 67 prontuários.

A casuística incluiu 61 pacientes do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Sessenta e seis (66) eram da raça branca e apenas 1 da raça negra. A idade variou entre 17 e 74 anos com uma média de 41 anos.

Todos os pacientes foram tratados cirurgicamente por uma das seguintes técnicas: Vagotomia Troncular (VT) associada à Píloroplastia (9 casos) ou à Antrectomia (3 casos) com reconstituição do trânsito à Billroth II (BII); Vagotomia Super Seletiva (VSS) associada à rafia da úlcera (21 casos) e somente rafia da úlcera (33 casos). Em 1 caso foi realizada VSS mais piloroplastia por estar associado à estenose pilórica.

A VT consiste na ressecção de 4 a 6 cm de cada tronco vagal (anterior e posterior) e de seus ramos ao nível do esôfago. <sup>função (cardíaca)</sup>

A piloroplastia é uma cirurgia utilizada para facilitar a drenagem gástrica após VT ou Vagotomia Seletiva (VS). Pode ser feita de acordo com a técnica inicial de Heinecke-Micúlicz ou aplicada às variações descritas por Weinberg, Finney e outros.

A Antrectomia consiste na ressecção do antro, ou seja, de 30 a 40% distais do estômago. Não é usada isoladamente no tratamento da úlcera duodenal, mas sim associada à VT ou VS. A reconstituição à BII anastomosa o jejuno ao estômago. <sup>em BII?</sup>

A VS consiste na secção dos ramos vagais destinados ao estômago, preservando-se os ramos hepáticos do vago anterior e o ramo celíaco do vago posterior.

Na VSS selecionam-se os ramos vagais do fundo e corpo do estômago ao longo da pequena curvatura, desde o esôfago distal até a incisura angular. A inervação vagal do antro e do píloro permanece através da preservação do nervo de Latarjet.

A escolha de uma técnica ou outra não obedeceu padronização prévia, ficando a critério do cirurgião.

#### 04- RESULTADOS

Sessenta e sete (67) prontuários foram analisados, nos quais 61 pacientes (91%) eram do sexo masculino e 6 (9%) do sexo feminino.

Nos 61 pacientes do sexo masculino a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 50 anos (60,7%) com uma maior incidência na quarta década (26,2%). No sexo feminino 5 casos ocorreram acima de 60 anos (83,3%) (Tabela 04.01). *5 para GI ?*

Vinte e sete (27) pacientes (40,3%) tinham história anterior de doença ulcerosa, 14 (20,9%) já haviam realizado algum tipo de tratamento clínico e 10 (14,9%) apresentavam a perfuração como a primeira manifestação da doença. Em 16 prontuários (23,9%) não havia nenhuma referência a respeito deste dado (Tabela 04.02).

O tempo decorrido entre o início dos sintomas e o atendimento variou entre 30 minutos e 72 horas, sendo que o período de 30 minutos a 12 horas foi o que teve o maior número de casos (58,2%) (Tabela 04.03).

Os achados clínicos mais encontrados foram dor abdominal (100%), sinais de irritação peritoneal (59,7%), abdome em tábua (53,7%), náuseas e vômitos (35,8%) (Tabela 04.04).

Pneumoperitônio esteve presente em 43 casos (64,2%), ausente em 12 (17,9%) e houve 12 casos em que o Raio X não constava no arquivo médico (Tabela 04.05). *o resultado ?*

As técnicas mais empregadas foram a simples Rafia da úlcera com epiplonoplastia (49,2%) e a Rafia associada a VSS (31,3%) (Tabela 04.06). *? local, site etc*

O sítio da perfuração deixou de ser citado em 35 prontuários (52,2%) e naqueles em que foi citado, a localização mais comum foi o recesso basal do bulbo duodenal (22,4%) (Tabela 04.07). *Qual ?*

As complicações mais encontradas no pós-operatório imediato foram distensão abdominal, abcesso de parede, broncopneumonia, dor abdominal, vômitos e pirose. O maior número delas ocorreu com a simples Rafia e com a VT associada à Píloroplastia, técnicas estas nas quais ocorreram os dois únicos óbitos da casuística (Tabela 04.08).

*ouvidos ?*

A mortalidade global foi de aproximadamente 3%.

*Caso ?* Nos prontuários analisados havia referência de 6 pós-operatórios tardios. Em todos eles tinha sido realizada a simples Rafia da úlcera com epíplomoplastia. Um destes pacientes apresentou dor abdominal 1 mês após a cirurgia mas o exame radiológico nada mostrou de anormal. Em outro, houve nova perfuração 2 anos mais tarde, sendo feita nova rafia e o paciente foi a óbito. No terceiro caso, uma hematemese importante ocorrida 2 anos após levou-o a uma gastrectomia subtotal. Estenose duodenal por úlcera fez com que o quarto paciente fosse submetido à gastrectomia parcial com vagotomia e gastrojejunoanastomose. Houve um caso de úlcera duodenal tebrante 5 anos após a cirurgia que foi tratado com VT mais gastroduodenostomia. *Criar ?* No sexto caso, não havia referências sobre o tipo de complicações apresentada pelo paciente; no prontuário constava apenas que ele tinha sido submetido a uma gastrectomia à BII 20 dias após a primeira intervenção, cirurgia esta, que apresentou deiscência da sutura com abcesso subfrênico levando o paciente a óbito. *local ?*

*as tabelas de referência  
vejam no mundão respectivo  
o que se refere ao conteúdo.*

TABELA - 04,01 - Distribuição dos casos segundo a faixa etária e o sexo. Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

IDADE	MASCULINO		FEMININO	
	nº	%	nº	%
0 — 20	5	8,2		
20 — 30	12	19,7		
30 — 40	16	26,2	1	16,7
40 — 50	9	14,8		
50 — 60	11	18,0		
acima de 60	8	13,1	5	83,3
TOTAL	61	100,0	6	100,0

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

TABELA - 04.02 - Distribuição quanto a presença de antecedentes de doença ulcerosa e realização de tratamento antes da perfuração. Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

História e Tratamento	Nº de casos	Porcentagem
Antecedentes presentes	27 /	40,3%
Tratamento anterior	14 ✓	20,9%
Sem antecedentes	10 /	14,9%
Não especificados	16 ✓	23,9%
TOTAL	67	100,0%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

TABELA - 04.03 - Tempo decorrido entre o início das manifestações clínicas e o atendimento do paciente. Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a a gosto de 1981.

TEMPO	Nº	PORCENTAGEM
30' a 1h	3	4,5%
1 a 6h	20	29,8%
6 a 12h	16	23,9%
12 a 24h	14	20,9%
24 a 72h	14	20,9%
TOTAL	67	100,0%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos

TABELA - 04.04 - Achados clínicos na internação . Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

ACHADOS CLÍNICOS	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
Dor abdominal	67	100,0%
Náuseas e vômitos	24	35,8%
Febre	3	4,5%
Defesa abdominal	14	20,9%
Abdome em tábua	36	53,7%
Sinais de irritação peritoneal	40	59,7%
Sinal de Jobert	6	8,9%
Distensão abdominal	6	8,9%
Diminuição dos ruídos hidroaéreos	12	17,9%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

TABELA - 04.05 - Diagnóstico radiológico. Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

PNEUMOPERITÔNIO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
Presente	43	64,2%
Ausente	12	17,9%
Prontuários sem Rx	12	17,9%
TOTAL	67	100,0%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

TABELA - 04.06 - Distribuição dos casos segundo a técnica utilizada. Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

TÉCNICAS	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
Ráfia	33	49,2%
Ráfia + VSS	21	31,3%
VT + Píloroplastia	9	13,5%
VT + Antrectomia + BII	3	4,5%
VSS + Píloroplastia	1	1,5%
TOTAL	67	100,0%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

TABELA - 04.07 - Distribuição quanto ao sítio de perfuração da úlcera duodenal. Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

SÍTIO DE PERFURAÇÃO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
Recesso basal anterior	15	22,4%
<u>Localização variadas</u>	17	25,4%
Não especificadas	35	52,2%
TOTAL	67	100,0%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

TABELA - 04.08 - Distribuição dos casos que apresentaram complicações pós-operatórias imediatas segundo as técnicas utilizadas, Florianópolis, S.C., janeiro de 1972 a agosto de 1981.

TÉCNICAS COMPLICAÇÕES	RAFIA 33 casos	RAFIA + VSS 21 casos	VT + PILOROPLASTIA 9 casos	VT + ANTRECTOMIA 3 casos
Abcesso de parede	4 12,12%	2 9,5%	1 11,1%	-
Evisceração	-	-	1 11,1%	-
Distensão abdominal	5 15,15%	1 4,8%	1 11,1%	1 33,3%
Dor abdominal	2 6,0%	-	1 11,1%	-
Vômitos	2 6,0%	-	1 11,1%	-
Retenção urinária	1 3,0%	-	1 11,1%	-
Derrame pleural	-	-	1 11,1%	-
Diarréia	1 3,0%	1 4,8%	-	-
Hemorragia digestiva	1 3,0%	1 4,8%	-	-
Broncopneumonia	4 12,1%	1 4,8%	-	-
Pirose	3 9,0%	-	-	-
Náuseas	1 3,0%	-	-	-
Óbito	1 3,0%	-	1 11,1%	-
TOTAL	25 75,7%	6 28,6%	8 88,9%	1 33,3%

FONTE: Prontuários dos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos.

05 - DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que a incidência de perfurações no sexo masculino foi de 91%, o que concorda com a literatura que refere ser ela muito mais comum neste sexo (6, 7, 22, 24, 26, 27). Na casuística de Ferraz (11) não ocorreram perfurações no sexo feminino e nas de Sawyers (25) e Donovan (10) elas foram mais comuns no sexo masculino em porcentagens de 80,1% e 88% respectivamente.

A faixa etária mais atingida foi entre 20 e 50 anos, o que é também referido na literatura (6, 24). Houve um predomínio de incidência na quarta década o que foi também observado por Ferraz (11). As idades limítrofes foram entre 17 e 74 anos com uma média de 41 anos sendo que Sicard (26) e Donovan (10) observaram dados semelhantes, ou seja, limites de 15 e 87 anos com média de 46 anos e 18 e 93 anos com média de 40 anos, respectivamente.

Nesta casuística 10 pacientes (14,9%) apresentaram a perfuração como primeira manifestação da doença o que difere de Raia e Pinotti (24) que referem que isto ocorre numa porcentagem de 10%, de Meyer (22) para o qual é de 7%, mas concorda com Silen (27) para quem é de 10 a 20%. Porém é um número muito menor que o observado por Sicard (26) em sua revisão de 110 casos de UDP na qual o número de perfurações como primeira manifestação da doença foi de aproximadamente 36%. Provavelmente esta divergência nas porcentagens é devida ao fato de que a história clínica colhida nestas ocasiões é muito falha pois, pela gravidade do quadro, tanto o paciente como os familiares informam de maneira imprecisa.

Trinta e nove (39) pacientes (58,2%) foram tratados cirurgicamente nas primeiras 12h de perfuração, tempo este considerado ideal para o atendimento segundo Raia e Pinotti (24), pois a partir deste período instala-se peritonite franca e o estado geral do paciente fica muito comprometido impossibilitando que ele seja submetido a uma cirurgia curativa que exigiria um tempo cirúrgico prolongado. Para Silen (27) o tempo ideal para submeter o paciente a uma técnica curativa é ainda menor, ou seja, de 6 a 8h. Acima de 12h aumenta ~~um~~ muito o índice de morbidade e mortalidade.

Entre os sinais e sintomas clínicos observados notou-se uma (porcentagem muito grande) de dor abdominal (100%), sinais de irritação peritonial (59,7%), abdome em tábua (53,7%) e náuseas e vômitos (35,8%). Este fato vem ao encontro da literatura que também mostra serem estes os sinais e sintomas mais importantes no quadro de uma perfuração por úlcera duodenal, além de serem eles elementos importantes também para o diagnóstico (22, 24, 27).

O diagnóstico radiológico representado pelo penumoperitônio foi feito em 43 casos (64,2%), número este pequeno quando comparado à literatura pois ela refere que o ar livre na cavidade peritonial pode ser observado em 75 a 80% dos casos de UDP, podendo ser positivo num maior número quando se usam posições ou técnicas mais adequadas, como deixar o paciente em decubito lateral durante 5 ou mais minutos (10, 18, 19, 22).

Nestas 67 perfurações as técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento foram a simples Rafia da úlcera com epiploplastia, a Rafia da úlcera associada à VSS e a VT associada à Antrectomia ou à Piloroplastia. Não houve um critério definido para a escolha de uma ou outra e elas foram aplicadas de acordo com a preferência do cirurgião e as condições de cada paciente no momento do atendimento.

Embora na grande maioria dos casos os pacientes tenham sido atendidos nas primeiras 12h tendo, portanto, teoricamente, condições para serem submetidos a uma cirurgia definitiva, a técnica mais empregada foi a simples Rafia da úlcera associada à epiploplastia cujos resultados são muito pobres no que diz respeito à recidiva dos sintomas. Segundo a literatura esta recidiva é até de 90% nos casos de úlcera crônica e em aproximadamente 50% há necessidade de nova cirurgia (3, 8, 18). Os resultados são um pouco mais animadores nos casos de úlceras agudas, ou seja, aquelas com menos de 3 meses de sintomatologia, nas quais a recidiva dos sintomas é de apenas 23% e estes costumam responder bem ao tratamento clínico (8, 10). A literatura também refere que apesar de a rafia ser uma técnica insuficiente ela é, paradoxalmente, o método mais utilizado (26). No entanto, esta técnica tem indicação absoluta nos casos de pacientes com más condições gerais, de idade avançada, com patologias que não permitam serem submetidos a uma anestesia prolongada e naqueles com peritonite purulenta já instalada (24, 26).

A VT associada à Antrectomia e a VT associada à Piloroplastia foram utilizadas em 18% dos casos da análise. Estas técnicas são consideradas métodos definitivos, eficazes e seguros para o tratamento da UDP. A literatura refere serem elas excelentes no

ulceras de  
polipos de  
ulceras de  
5-7cm  
com  
+ 76 outras

na literatura  
na

que diz respeito à recidiva dos sintomas embora aumentem a taxa de morbidade e mortalidade (1, 12, 15, 19, 23). Segundo Leonardi (19), o acréscimo da morbidade é dado pela Antrectomia ou pela Píloroplastia e não pela Vagotomia em si. Este mesmo autor refere que a taxa de mortalidade é de 1,7% quando se associa a Antrectomia e de 0,5% quando é complementada pela Píloroplastia. Korompai (17) refere taxas semelhantes mas afirma que a maior morbidade é dada tanto pela Vagotomia em si como pela destruição do mecanismo piloroantral. Nesta casuística não ocorreu óbito nos casos submetidos à VT associada à Antrectomia mas nos casos em que se associou à Píloroplastia a taxa de mortalidade foi muito maior do que a observada na literatura (11,1%). De acordo com D'Onofrio (9) estas técnicas estão indicadas nos casos de úlceras duplas de piloro e duodeno, estenose pilórica acentuada, úlceras sangrantes justapilóricas e duodenais altas e nas úlceras crônicas do piloro. Na revisão de Sicard (26), pelos mesmos motivos, estas técnicas são indicadas, dando preferência a VT associada à Píloroplastia. Este último fato é contestado por Pemberton (23) que acha esta técnica pouco eficiente no que diz respeito às recidivas.

Na década de 70 surgiu a VSS como outra opção para o tratamento definitivo da UDP, procedimento este, revolucionário, pelos bons resultados mostrados, vem sendo aplicada em um número cada vez maior de casos, complicados ou não e utilizado por um número crescente de cirurgiões. Esta técnica simples e eficaz tem como vantagens apresentar um índice de morbidade e mortalidade inferior ao de todas as outras técnicas conhecidas até hoje, além de ser um procedimento que, por não modificar a anatomia das estruturas abordadas, deixa o local adequado para outras cirurgias se estas forem necessárias. Outra de suas vantagens é conservar a bomba antro-pilórica preservando assim o esvaziamento gástrico e evitando o refluxo duodeno-gástrico (20). Por ser uma técnica recente, o seguimento pós-operatório tardio é ainda insuficiente e por isso a literatura mostra taxas controversas no que diz respeito às recidivas que variam de 1 a 10% (1, 9, 13, 14, 20, 25). Esta porcentagem de recidivas é a única desvantagem da VSS em relação às demais técnicas definitivas segundo alguns autores (1, 16). Dos 67 prontuários analisados 31,3% foram submetidos à VSS. Não se observou nenhum óbito o que vem a comprovar uma das vantagens da técnica. As demais vantagens não puderam ser analisadas pois nos prontuários não constava o seguimento pós-operatório tardio dos pacientes. *Final do objetivo*

A grande maioria dos autores recomendam que nos pacientes hígidos, portadores de úlceras crônicas, sempre se deve optar por uma técnica cirúrgica definitiva já que a ocorrência dos sintomas ocorre na quase totalidade dos pacientes tratados por simples *com cauda e com ulcera?*

Rafia da perfuração (3, 7, 8, 22, 25, 26).

-15-  
Não entende o  
sentido de afirma-  
ções

Poucos foram os prontuários em que havia referência sobre o sítio de perfuração da úlcera (47,8%) mas naqueles em que este dado constava, a localização mais comum foi o recesso basal anterior do bulbo duodenal, fato este também referido pela literatura (7, 22, 26).

sup. ou inferior

As técnicas que apresentaram maior incidência de complicações, nesta análise, foram a simples Rafia (75,7%) e a VT associada à Píloroplastia (88,9%). As complicações mais encontradas foram a distensão abdominal, abcesso de parede, broncopneumonia e pirose e estas ocorreram mais na simples Rafia. Isto talvez se deva ao fato de que os pacientes escolhidos para serem submetidos a este tipo de cirurgia foram aqueles que não apresentavam as condições gerais necessárias para se exporem a um ato operatório e/ou anestésico prolongado, sendo, portanto, mais suscetíveis a complicações. Algumas das complicações citadas acima foram também encontradas na VT associada à Píloroplastia, o que é também observado na literatura, que diz ser menor a incidência de recidivas nesta técnica em contraste com uma maior morbidade e mortalidade. Na VT associada à Antrectomia e na VSS com Rafia da úlcera, não ocorreu nenhum óbito e a taxa total de complicações foi bem menor, ou seja, de 33,3% e 28,6% respectivamente, o que apóia diversos autores que referem ser a VSS uma técnica segura e eficaz com baixa mortalidade e morbidade para ser aplicada no tratamento definitivo da UDP (1, 2, 13, 14, 15, 20, 21).

No total de casos de UDP analisadas ocorreram 2 óbitos (3%), taxa esta, considerada baixa quando comparada com a de outros autores que referem porcentagens de aproximadamente 10% (4,26).

Não se pôde analisar as complicações ocorridas no pós-operatório tardio pois este é um trabalho retrospectivo, dificultando tal observação. Apenas em 6 prontuários havia referência quanto a este aspecto e notou-se que a técnica utilizada tinha sido a simples Rafia, o que vem a concordar com a literatura que refere alta taxa de complicações com esta técnica (3, 8, 18).

Quais ?

Não ! É frequente a  
recidiva ou a  
reconstrução dos sintomas

06 - CONCLUSÕES

Da análise de 67 casos de UDP, ocorridos nos Hospitais Florianópolis, de Caridade e Governador Celso Ramos, no período de janeiro de 1972 a agosto de 1981, conclui-se que:

01. O sexo mais atingido foi o masculino com maior incidência na quarta década (26,2%);

02. Houve alta incidência (14,9%) de perfuração como primeira manifestação da doença;

03. Da abdominal, sinais de irritação peritoneal, abdome em tábua foram os achados clínicos mais frequentes; *Nauseas =*  
*resultado of texto*

04. Que o pneumoperitônio ao Rx é o principal sinal para o diagnóstico definitivo; *Onde, no trabalho está*  
*concluída a afirmativa*

05. As técnicas que apresentaram maior taxa de morbidade e mortalidade foram a simples Rafia (75,7%) e VT associada à Antrectomia (88,9%); *Rafia*

06. Que a VSS apresentou a menor taxa de morbidade e tem-se revelado como a melhor técnica no tratamento da UDP, quando aplicada de maneira criteriosa.

ABSTRACT  
07 - SUMMARY

In sixty seven cases of Perforated Duodenal Ulcer, 91% were male and 9% were female. The age more attacked was between 20 and 50 years old. Perforation as the first display was seen in 14,9% of the cases. Most of the patients were attended in the first 12 hours after perforation. Abdominal pain, peritoneal irritation signs, abdominal board, qualm and vomiting the most frequent complaints. The pneumoperitoneum was present in 64,2% of the radiographic exams. The surgery methods used were Suture only, Truncal Vagotomy associated to Antrectomy or Pyloroplasty, and closure of the perforation associated to High Selective Vagotomy. Complications had higher incidence when Suture only and Truncal Vagotomy with Pyloroplasty were used; The total mortality was nearly 3%.

KEY WORDS: duodenal ulcer - perforation - symptoms - treatment.

08 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - BARROSO, F.L. et. al. Inquérito nacional sobre vagotomia superseletiva (VSS) - Revisão de 3.515. R.Col. Bras. Cir., 7(1), jan./fev., 1980.
- 02 - \_\_\_\_\_ . Vagotomia superseletiva e duodenorrafia da úlcera duodenal perfurada. R.Col. Bras. Cir., 5(2): 79-84, mar./abr., 1978.
- 03 - BERNE, C.J. & ROSOFF, L. Acute perforation of peptic ulcer. In: SURGERY of the stomach and duodenum. Boston, Little, Brown, 1977. Cap.17, p.441-57.
- 04 - BLALOCK, J.B. History and avolution of peptic ulcer surgery. Am. J. Surg., 141(3): 317-22, Mar., 1981.
- 05 - BRENNER, S. et. al. Late results of trunk vagotomy associated with antrectomy in the treatment of duodenal ulcer. AMB, 25(8): 299-300, Aug., 1979.
- 06 - CARBONE, J.V. et. al. Trato gastrintestinal e fígado. Úlcera do duodeno. In: KRUPP, M. & CHATTON, M.J. Diagnóstico e tratamento. 3.ed. São Paulo, Atheneu, 1980. cap.10, p. 434-8.
- 07 - CASTRO, L.P. & NOGUEIRA, C.E.D. Úlcera péptica gastroduodenal. In: CASTRO, L. P. & DANI, R. Gastroenterologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. cap.15, p.177-229, il.
- 08 - CHALSTREY, J. The management of perforated gastric and duodenal ulcers. Br.J.Clin.Pract., 34(7): 189-93, jul., 1980.
- 09 - D'ONOFRIO, G. Historia de la vagotomía. In: VAGOTOMÍA. Barcelona, Toray, 1978. p.1-4.
- 10 - DONOVAN, A.J. et. al. Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. Ann. Surg., 189(5): 627-36, may, 1979.

- 11 - FERRAZ, E. M. et. al. A vagotomia gastrica proximal no tratamento cirúrgico da úlcera duodenal estenosada e perfurada. An.Paul.Med.Cir., 108(2): 13-22, abr./jun., 1981.
- 12 - GALVÃO, José et. al. Vagotomia super seletiva. Arq.Cat.Med., 5(3): 97-100, set., 1976.
- 13 - GAMA, RODRIGUES, J.J. et. al. A vagotomia gástrica proximal no tratamento da úlcera duodenal - avaliação dos resultados. R.Col.Bras.Cir., 7(4): 171-80, jul./ago., 1980.
- 14 - HEERDEN, J.A. van. et. al. Proximal gastric vagotomy. Mayo Clin.Proc., 55(1/2): 10-3, jan./feb., 1980.
- 15 - HUBERT, J.P. et. al. Truncal vagotomy and resection in the treatment of duodenal ulcer. Mayo Clin.Proc., 55(1/2): 19-24, jan./feb., 1980.
- 16 - KELLY, K.A. Which operation for duodenal ulcer. Mayo Clin.Proc., 55(1/2): 5-9, jan./feb., 1980.
- 17 - KOROMPAI, F.L. Parietal cell vagotomy. Surg.Clin.NorthAmer., 59(5): 951-6, oct., 1979.
- 18 - KRISTENSEN, E.S. Conservative treatment of 155 cases of perforated peptic ulcer. Acta Chir.Scand., 146(3): 189-93, 1980.
- 19 - LEONARDI, L.S. et. al. Proximal gastrict vagotomy in the treatment of perforated duodenal ulcer. Rev.Paul.Med., 93(5/6): 104-107, may/jun., 1979.
- 20 - MARCEAU, P. et. al. Experience with hyperselective vagotomy in patients with duodenal ulcer. Surg.Gynecol.Obstet., 149(5): 663-6, nov., 1979.
- 21 - MEDEIROS, A.C. et. al. Estado atual da vagotomia superseletiva. R.Col.Bras.Cir., 7(1): 35-50, jan./fev., 1980.
- 22 - MEYER, J.H. Complicações e tratamento cirúrgico. In: BEESON, Paul B. & MCDERMOTT, W. Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. 14.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. v.2, sc.2, cap.643, p.1534-9.

- 23 - PEMBERTON, John H. et. al, Vagotomy and pyloroplasty in the treatment of duodenal ulceration, Mayo Clin, Proc., 55(1/2): 14-8, jan./fev., 1980,
- 24 - RAIÁ, A.A. & PINOTTI, H.W. Úlcera gastroduodenal. In: CLINICA Cirurgica Alípio Corrêa Netto. 3.ed. São Paulo, Sarvier, 1974. v.4, cap.28, p.285-334, il.
- 25 - SAWYERS, J.L. et. al. Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication. Ann.Surg. 185(6): 656-60, jun., 1977.
- 26 - SICARD, J.L. et. al. Treatment of perforated duodenal ulcer. Reflections concerning 110 cases. J.Chir.(Paris), 113 (5/6): 509-16, 1977.
- 27 - SILEN, W. úlcera péptica. In: HARRISON. Medicina interna. 7.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. v.2, cap. 282, p.1309-18, il.

TCC  
UFSC  
CC  
0046

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0046

Autor: Senna, Anelir Oliv

Título: Análise de 67 casos de úlcera du



972813065

Ac. 252882

Ex.1 UFSC BSCCSM