

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA**

*Ao Dr. Armando
Jose D'Acampora.
Ao grande mestre e
amigo.*

K. Macedo

**ESTUDO DAS COMPLICAÇÕES DAS
VAGOTOMIAS EM NOSSO MEIO**

AUTORA: KASSIA ROSÂNGELA PAZ DE MACEDO

**FLORIANÓPOLIS
1994**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA**

**ESTUDO DAS COMPLICAÇÕES DAS
VAGOTOMIAS EM NOSSO MEIO**

AUTORA: KASSIA ROSÂNGELA PAZ DE MACEDO

ORIENTADOR: Prof. Armando José d'Acampora

**FLORIANÓPOLIS
1994**

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do SAME e da Unidade dos Pacientes Externos (UPE) do HF.

A assistente social Josane pela sua solicitude e apreço, com qualidades tais, que se tornou uma pessoa indispensável para realização deste estudo, onde funcionou como elo importante entre pacientes e o Hospital de Florianópolis (HF).

Ao Dr. Viriato João Leal da Cunha, por sua vontade de colaborar e inesgotável zelo pelos pacientes.

A todos pacientes que apesar das dificuldades financeiras, de transporte colaboraram com nosso estudo.

E em especial ao Dr. Armando José D'Acampora, por que mais do que um orientador foi incansável, em todos os momentos que lhe pedi auxílio.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| RESUMO | 05 |
| ABSTRACT | 06 |
| 1. INTRODUÇÃO | 07 |
| 2. MÉTODO | 09 |
| 3. RESULTADOS | 11 |
| 4. DISCUSSÃO | 19 |
| 5. CONCLUSÕES | 25 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 26 |

RESUMO

Este estudo foi realizado em 76 pacientes, 39 submetidos a vagotomia troncular mais procedimentos de drenagem, e 37 a vagotomia supersseletiva no Hospital de Florianópolis, com o objetivo de analisar as complicações destas técnicas. As quais foram indicadas para tratamento de Úlcera Duodenal e ou Úlcera Gástrica, eletivas e de urgência. Efetuou-se entrevista clínica em 50 pacientes (65,79%) e endoscopia em 37 pacientes (48,68%). As complicações precoces ocorreram em maior número pós VT do que pós VSS. No pós operatório tardio as queixas mais comuns foram plenitude pós prandial (18%), dor epigástrica (16%), pirose (14%), entre outras e foram mais frequentes pós-VT. Visick I e II se encontrou 53,26% dos pacientes pós VT e 73,92% pós VSS. Endoscopicamente, as alterações mais frequentes foram: gastrite (32,40%), úlcera duodenal em atividade (16,22%) esofagite (13,51%), sendo mais observadas nos pacientes com VSS. Recidova ulcerosa foi de 17,65% para VT e 15% para VSS, encontramos um paciente submetido a VSS com recidiva ulcerosa e que era totalmente assintomático. A taxas de recidiva encontradas foram superiores a outras publicações citadas neste estudo.

ABSTRACT

This study was done in 76 patients, 39 submitted truncal vagotomy plus drainage procedure and 37 proximal gastric vagotomy in the "Hospital de Florianópolis", with objective to analyze the postoperative complications. The indication to surgery for peptic ulcer duodenal and or gastric. Clinical interview was realized in 50 patients (65,9%) e endoscopic in 37 patients (48,68%). The early complications occurred was more frequent in truncal vagotomy than the proximal gastric vagotomy. In the late complications more common were: fullness (18%) epigastric pain (16%) heartburn (14%), among others, also more frequent in truncal vagotomy. Degree Visick I e II in 53,26% and 72,92% after truncal vagotomy and proximal gastric vagotomy Endoscopic alterations were observed in the frequency subsequent: gastritis (32,40%), Duodenal ulcer active (16,22%), esophagitis (13,51%), occurred more after proximal gastric vagotomy. The ulcer recurrence in TV + D were 17,65% e DGV 15%, one patient after PGV showed asymptomatic. The reoperative rates findings were higher compared with other publications.

1. INTRODUÇÃO

A vagotomia é uma técnica cirúrgica que tem como princípio bloquear a secreção de ácido e pepsina pelo estômago (15).

DRAGSTED et cols (10) em 1947, concluíram após um seguimento dos pacientes por 4 anos, que a vagotomia troncular (VT) era uma técnica eficaz para o tratamento da úlcera duodenal. Todavia, apresentava desvantagens, pois no pós-operatório tardio, os pacientes queixavam-se de sintomas como diarreia, plenitude pós-prandial, entre outros.

Procurando preservar a inervação antro pilórica, e buscando um esvaziamento gástrico adequado, em 1957 GRIFFITH e HARKINS (14) submeteram experimentalmente cães à nova técnica de vagotomia, a qual chamaram de vagotomia gástrica parcial, a seguir denominada de Vagotomia Supersseletiva (VSS) e também Vagotomia Gástrica Proximal. Mas, não associaram à vagotomia supersseletiva nenhum procedimento de drenagem.

A partir da década de 60, HOLLE e HART (19), realizaram vagotomia supersseletiva associada a piloroplastia em humanos com bons resultados.

A partir da década de 60, HOLLE e HART (19), realizaram vagotomia super-seletiva associada a piloroplastia em humanos com bons resultados.

JOHNSTON e WILKINSON (20) em 1970, observaram que a mortalidade e a morbidade nos indivíduos submetidos à vagotomia supersseletiva eram menores, quando comparadas à vagotomia troncular e vagotomia seletiva. Além disso, estes mesmos autores, afirmavam que era desnecessário associar à vagotomia supersseletiva um procedimento de drenagem, e a esta mesma conclusão chegaram AMDRUP et cols (2).

Nos últimos anos, graças aos medicamentos que inibem a secreção gástrica, o tratamento da doença ulcerosa péptica vem dia a dia se tornando cada vez mais um tratamento clínico, e o papel do cirurgião tem sido restrito às complicações desta patologia (35).

Por sua vez, o tratamento cirúrgico vem evoluindo através de novas técnicas, como o video-laparoscopia, e as cirurgias nas quais é utilizada, incluindo as vagotomias, vem apresentando uma menor morbi-mortalidade, além deste aparelho permitir uma melhor visualização dos ramos vagais (24).

Este estudo tem por objetivo observar a incidência de complicações pós-operatórias das cirurgias Vagotomia Troncular e Vagotomia Super-seletiva, em pacientes submetidos às mesmas, tanto eletivas quanto de emergência, no Hospital de Florianópolis, no período compreendido entre Janeiro de 1986 a Fevereiro de 1994.

2. MÉTODO

No período de Janeiro de 1986 a Fevereiro de 1994, foram estudadas 76 vagotomias (39 vagotomias tronculares e 37 vagotomias super-seletivas) realizadas no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Florianópolis (HF) em Florianópolis, Santa Catarina.

Foram avaliadas:

01. A propedêutica pré-operatória, o que foi concentrado nos seguintes itens
 - 1.1. Cirurgia eletiva ou de emergência.
 - 1.2. Diagnóstico.
 - 1.3. Exames complementares de imagem:
 - 1.3.1. Endoscopia digestiva alta
 - 1.3.2. Seriografia
 - 1.3.3. Rotina para abdome agudo.
 - a) Presença de pneumoperitônio.
 - b) Sinais de abdome agudo inflamatório.
02. Técnica cirúrgica empregada no tratamento da doença.
 - 2.1.1. Vagotomia troncular
 - 2.1.2. Vagotomia supersseletiva

- 2.1.1. Vagotomia troncular
- 2.1.2. Vagotomia supersseletiva
- 2.1.3. Cirurgia de drenagem.
- 2.2. Cirurgia associadas

03. Pós-operatório

- 3.1. Tempo de permanência da sonda nasogástrica
- 3.2. Utilização de antibióticos
- 3.3. Dia de início da dieta oral
- 3.4. Complicações precoces
- 3.5. Complicações tardias

Só foram incluídos no protocolo aqueles pacientes com doença ulcerosa péptica no pré-operatório, diagnosticados por endoscopia ou por seriografia, aqueles que apresentaram pneumoperitônio e hemorragia digestiva alta por doença péptica comprovada por exames complementares mais anamnese e os que após laparotomia foi diagnosticado úlcera péptica perfurada.

Para a constatação de complicações tardias, foi realizada uma busca passiva através de carta enviada aos mesmos para a realização de uma nova endoscopia digestiva, e entrevista com verificação da satisfação do paciente de acordo com os critérios de VISICK.

Como esta busca não foi suficiente (o número de pacientes que retornou foi pequeno) foi então realizada uma busca ativa destes pacientes, procurando-os nos enderecos que constavam nos prontuários do Serviço de Arquivos Médico do Hospital de Florianópolis, quando então, foi satisfatório, embora não se tenha conseguido contato com todos os pacientes por não conferência do endereço, ou mudança do mesmo.

3. RESULTADOS

O tempo médio de permanência da sondagem nasogástric foi de 2 dias, e o início médio da dieta se deu no 3º pós-operatório.

As tabelas de 1 a 8, mostram dados dos 76 pacientes (39 - VT e 37 - VSS).

As complicações tardias obtidas em 50 pacientes (65,79%) através de entrevista clínica estão descritas nas tabelas 09 e 10. Exame endoscópico foi efetuado em 37 pacientes (48,68%) de 6 m até 8a após a cirurgia as alterações encontradas estão na tabela 11, destes 20 foram submetidos a VT e 17 a VSS.

**TABELA 1. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
QUANTO A IDADE DOS PACIENTES**

| IDADE | NÚMERO DE PACIENTES | PERCENTUAL |
|--------|---------------------|------------|
| 21- 30 | 12 | 15,79% |
| 31- 40 | 28 | 36,84% |
| 41- 50 | 16 | 21,05% |
| 51- 60 | 10 | 13,16% |
| 61- 70 | 9 | 11,84% |
| 71- 80 | 1 | 1,32% |

FONTE: Same HF

**TABELA 2. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
QUANTO AO SEXO**

| SEXO | NÚMERO DE PACIENTES | PERCENTUAL |
|-----------|---------------------|------------|
| Masculina | 64 | 84,21% |
| Feminino | 12 | 15,79% |

FONTE: Same HF

**TABELA 3. COMPLICAÇÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
LOCALIZAÇÃO DA ÚLCERA**

| LOCALIZAÇÃO | NÚMERO DE PACIENTES | PERCENTUAL |
|---------------------|---------------------|------------|
| Duodenal | 65 | 85,53% |
| Gástrica | 5 | 6,58% |
| Duodenal + Gástrica | 6 | 7,89% |

FONTE: Same HF

**TABELA 4. COMPLICAÇÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
IDICACÃO CIRÚRGICA**

| INDICACÃO | NÚMERO DE PACIENTES | PERCENTUAL |
|-------------------|---------------------|------------|
| Perfuração | 25 | 32,89% |
| Hemorragia | 10 | 13,16% |
| Intratabilidade | 32 | 42,11% |
| Estenose Pilórica | 9 | 11,84% |

FONTE: Same HF

**TABELA 5. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA**

| TÉCNICA | NÚMERO DE PACIENTES | PERCENTUAL |
|-----------------------------|---------------------|------------|
| VT + Píloroplastia | 17 | 22,37% |
| VT + Antrectomia | 21 | 27,63% |
| VT + Gastroenteroanastomose | 1 | 1,32% |
| Vagotomia Super-Seletiva | 36 | 47,36% |
| VSS + Píloroplastia | 1 | 1,32% |

FONTE: Same HF

**TABELA 6. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA CONFORME A
INDICACÃO CIRÚRGICA**

| VAGOTOMIA | PERFURACÃO | HEMORRAGIA | INTRATABILIDADE | ESTENOSE |
|--------------|-------------|------------|-----------------|-----------|
| VT + Pílorop | 11 (14,47%) | (2,63%) | 1 (1,32%) | 3 (3,95%) |
| VT + Antrec. | 1 (1,32%) | (6,58%) | 11 (14,47%) | 4 (5,26%) |
| VT + Gastro. | 0 | 0 | 1 (1,32%) | 0 |
| VSS | 13 (17,10%) | (3,94%) | 19 (25,00%) | 1 (1,32%) |
| VSS + Píloro | 0 | 0 | 0 | 1(1,32%) |

FONTE: Same HF

**TABELA 7. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
COMPLICACÕES GERAIS PRECOSES OBSERVADAS EM 76 PACIENTES
(39 PÓS VT E 37 PÓS VSS)**

| COMPLICACÕES | VT + DRENAGEM * | VSS | TOTAL |
|--------------------|-----------------|----------|----------|
| Pneumonia | 1(2,56%) | 0 | 1(1,32%) |
| Atelectasia | 1(2,56%) | 0 | 1(1,32%) |
| Insuf. Renal Aguda | 2(5,13%) | 1(2,70%) | 3(3,95%) |
| Infecção Urinária | 1(2,56%) | 1(2,70%) | 2(2,64%) |

FONTE: Same HF

* VT associada a piloroplastia, gastroenteroanastomose ou antrectomia.

**TABELA 8. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
COMPLICACÕES CIRÚRGICAS PRECOSES OBSERVADAS EM 76 PACIENTES
(39 PÓS VT E 37 PÓS VSS)**

| COMPLICACÕES | VT+DRENAGEM | VSS | TOTAL |
|--------------------|-------------|----------|----------|
| Peritonite | 1(2,56%) | 1(2,70%) | 2(2,64%) |
| Abscesso de Parede | 1(2,56%) | 0 | 1(1,32%) |
| Pirose | 1(2,56%) | 1(2,70%) | 2(2,64%) |
| Disfagia | 1(2,56%) | 0 | 1(1,32%) |
| Vômitos | 2(5,13%) | 0 | 2(2,64%) |
| Dor Epigástrica | 1(2,56%) | 0 | 1(1,32%) |

FONTE: Same HF

**TABELA 9. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
COMPLICACÕES CIRÚRICAS TARDIAS OBSERVADAS EM 50 PACIENTES
(27 PÓS VT E 23 PÓS VSS)**

| COMPLICACÕES | VT+DRENAGEM | VSS | TOTAL |
|-----------------|-------------|-----------|--------|
| Diarréia | 2(7,41%) | 0 | 2(4%) |
| Pirose | 5(18,52%) | 2(8,70%) | 5(14%) |
| Naúseas | 4(14,81%) | 1(4,35%) | 5(10%) |
| Vômitos | 2(7,41%) | 1(4,35%) | 3(6%) |
| Dumping | 1(3,70%) | 0 | 1(2%) |
| Plenitude | 6(22,22%) | 3(13,04%) | 9(18%) |
| Dor Epigástrica | 5(18,52%) | 3(13,04%) | 8(16%) |

FONTE: U.P.E. (Unidade de pacientes externos)

**TABELA 10. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT - VSS)
CONFORME OS CRITÉRIOS DE VISICK EM 50 PACIENTES (27 PÓS VT E
23 PÓS VSS)**

| COMPLICACÕES | VT + DRENAGEM | VSS |
|--------------|---------------|------------|
| Visick I | 5(18,52%) | 10(43,48%) |
| Visick II | 11(40,74%) | 7(30,44%) |
| Visick III | 7(25,93%) | 3(13,04%) |
| Visick IV | 4(14,81%) | 3(13,04%) |
| TOTAL | 27(100%) | 23(100%) |

FONTE: Serviço de Endoscopia Digestiva do HF.

**TABELA 11. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT - VSS)
ALTERAÇÕES ENDOSCÓPICAS TARDIAS OBSERVADAS EM 37 PACIENTES
(20 PÓS VT E 17 PÓS VSS)**

| COMPLICACÕES | VT + DRENAGEM | VSS | TOTAL |
|-------------------------|---------------|-----------|------------|
| Hérnia Hiatal | 1(5%) | 3(17,65%) | 4(10,81%) |
| Esofagite | 2(10%) | 3(17,65%) | 5(13,51%) |
| Gastrite | 4(20%) | 8(47,06%) | 12(32,40%) |
| Duodenite | 1(5%) | 2(11,77%) | 3(8,10%) |
| Úlcera Gástrica Cicatr. | 2(10%) | 3(17,65%) | 5(13,51%) |
| Úlcera Duodenal Cicatr. | 1(5%) | 3(17,65%) | 4(10,81%) |
| Úlcera Duodenal Ativa | 3(15%) | 3(17,65%) | 6(16,22%) |
| Estenose Parcial Píloro | 1(5%) | 1(5,88%) | 2(5,40%) |
| Deformidade Bulbar | 1(5%) | 2(11,77%) | 3(8,10%) |

FONTE: Serviço de Endoscopia Digestiva do HF. (Junho a Outubro de 1994)

**TABELA 12. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VTS - VSS)
CONFORME O NÚMERO DE RECIDIVAS EM 37 PACIENTES (20 PÓS VT
E 17 PÓS VSS)**

| RECIDIVA | VT + DRENAGEM | VSS |
|----------|---------------|-----------|
| Gástrica | 0 | 0 |
| Duodenal | 3(15%) | 3(17,65%) |

FONTE: Serviço de Endoscopia Digestiva do HF.

**TABELA 13. COMPLICACÕES DAS VAGOTOMIAS (VT-VSS)
CONFORME O TEMPO DE RECIDIVA DA ÚLCERA EM 37 PACIENTES
(20 PÓS VT E 17 PÓS VSS)**

| TEMPO DE RECIDIVA | VT + DRENAGEM | VSS | TOTAL |
|-------------------|---------------|-----|----------|
| Até 6 meses | 1 | 0 | 1(2,70%) |
| 6 m a 2 anos | 0 | 0 | 0 |
| 2 a 4 anos | 1 | 1 | 2(5,41%) |
| 4 a 7 anos | 1 | 2 | 3(8,11%) |

FONTE: Serviço de Endoscopia Digestiva do H.F.

4. DISCUSSÃO

As vagotomias vem sendo estudadas mundialmente por diversos serviços, com o propósito de correlacionar os resultados e os índices de sucesso da cirurgia. De igual forma com a análise dos nossos pacientes se pretendeu obter um perfil das complicações destas cirurgias em nosso meio. E conforme tabela 01 pode se observar a distribuição etária dos pacientes cuja idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 78 anos com uma média de idade de 42 anos. Na faixa de 21 aos 50 anos encontramos 73,68% dos pacientes. O sexo predominante foi o masculino com 84,21% dos pacientes. Tanto os dados de idade como o sexo são compatíveis com a literatura consultada (9).

A úlcera péptica em 94,42% dos enfermos (Tabela 3) localizou-se no duodeno. Destes 7,89% apresentavam úlcera gástrica associada. Em 6,58% dos pacientes o local acometido foi o estômago, sendo que estes pacientes tinham úlcera pilórica ou pré-pilórica (tipo III de JOHNSON) complicadas em sua grande maioria, sendo que 3 pacientes foram submetidos a vagotomia troncular com antrectomia, e 2 deles a vagotomia troncular e piloroplastia, já que a úlcera gástrica pré-pilórica se assemelha, em termos de comportamento mais a uma úlcera duodenal que a uma úlcera gástrica, segundo o trabalho de STEGER et cols (30), referindo ainda que a taxa de recidiva da doença é semelhante as da recidiva da úlcera duodenal.

A intratibilidade representou 42,21% das indicações cirúrgicas (Tabela 4), e estão aqui incluídos os pacientes que apresentavam epigastria não responsiva ao tratamento clínico, aqueles cuja sintomatologia péptica estava trazendo prejuízos para o seu bem estar, e os indivíduos que não aderiram ao tratamento clínico (26,28). A intratibilidade foi a indicação cirurgica mais frequente nos estudos de BARROSO et ORNELLAS (4) e de HALLENBECK (16)

Entretanto MC CONNEL (23) em seu artigo compara as indicações cirúrgicas para a doença ulcerosa no Serviço do Hospital de Veteranos, e constatou que na década de 70 a intratibilidade era responsável por 49% das indicações, e a partir da década de 80 esta taxa caiu para 18%, demonstrando que os pacientes só devem ser rotulados como intratáveis clinicamente, quando realmente foram esgotados todos os recursos clínicos.

As complicações da doença ulcerosa foram responsáveis em nosso estudo por 57,89% das indicações.

Hemorragia como indicação de vagotomia foi considerado tantos os sangramentos maciços que requereram cirurgia de urgência quanto os sangramentos de pequena monta, no entanto repetitivos (11).

Conforme tabela 5 dentro das vagotomias tronculares a técnica mais utilizada foi associá-la a antrectomia em 27,63% dos pacientes. Isto seria explicado talvez pelo fato de ser a técnica que proporcione pelo menos teoricamente, segundo a fisiopatologia da doença ulcerosa (15), menor secreção clorídrico-péptica.

Quanto a Tabela 6, indicação e tipo de vagotomia realizada, 1 paciente (1,32%) foi submetido a vagotomia superseletiva e piloroplastia para tratamento de estenose pilórica, o que contraria alguns autores (2,20), os quais citam que é infrutífera a adição à VSS de um procedimento de drenagem. No entanto, CARAMURU et cols (7), cita que a piloroplastia tem sido associada a vagotomia superseletiva com o fim de promover adequado esvaziamento gástrico e reduzir os índices de morbi-mortalidade.

SAWYERS et cols (27) referem que vômitos biliares, diarréias e "dumping" são menores nos pacientes em que a piloroplastia foi associada a vagotomia supersseletiva, quando comparadas com a vagotomia superseletiva sem piloroplastia.

Em contrapartida 1 paciente com diagnóstico de estenose pilórica foi submetido a vagotomia superseletiva sem procedimento de drenagem, sendo que o paciente persistiu no pós-operatório com sistomas de obstrução pilórica como vômitos, plenitude pós-prandial. BARROSO et cols (3) explanam que a vagotomia superseletiva como procedimento único em pacientes com estenose pilórica deve ser reservado a grupos experimentados que consigam com manejo clínico restaurar um bom esvaziamento gástrico. Contudo, há autores (30) que em caso de estenose pilórica preferem a vagotomia troncular ou seletiva associada à procedimento de drenagem, por apresentar melhor resultados.

Vagotomia mais gastroenteroanastomose foi a técnica efetuada em 1 paciente, que talvez foi preferida por se tratar de paciente idoso com presença de fistula gastro-duodenal. A literatura (9,26) no entanto, refere se uma técnica que está em desuso.

As complicações gerais precoces (tabela 7) ocorreram em 9,24% dos pacientes sendo 12,81% após vagotomia troncular e 5,40% pós vagotomia superseletiva, e as complicações diretas da cirurgia propriamente dita foram 17,93% após vagotomia troncular e 5,40% após vagotomia superseletiva (tabela 8).

STODDARD et cols (31) em estudo comparativo, vagotomia troncular mais piloroplastia e vagotomia superseletiva, de igual forma constataram que as complicações precoces ocorreram em maior freqüência nos pacientes que realizaram vagotomia troncular do que nos pacientes submetidos a vagotomia superseletiva embora estatisticamente a diferença não seja significativa.

Como relatado por outros autores (1,12) a disfagia foi uma queixa transitória no único paciente que apresentou este sintoma, e quando avaliado clinicamente e endoscopicamente não referia dificuldade para deglutição.

Nenhum paciente pós vagotomia superseletiva, tanto no pré-operatório imediato quanto tardio, se queixou de disfagia já outros trabalhos mostram a presença deste sintoma, na sua maioria de caráter temporário (4,25). (Tabela 8)

No pós-operatório tardio, plenitude pós-prandial foi a queixa mais frequente (18%), tendo ocorrido em 22,22% dos pacientes submetidos a vagotomia troncular e 13,04% nas vagotomias superseletivas. Outros estudos (11,31) mostram ser uma queixa presente com bastante frequência nos pacientes, principalmente naqueles que foram submetidos a vagotomia troncular. HARTLE e MACKEY (17) constataram que as pressões ao nível de fundo e corpo gástrico são maiores nos pacientes submetidos a vagotomia troncular apresentando plenitude pós-prandial do que naqueles assintomáticos. A plenitude pós-prandial tem sido descrita em pacientes pós vagotomia superseletiva com incidência variável de 12,4% (1) , 8,6% (4) e em nosso meio foi de 13,04% (Tabela 9).

Dor epigástrica foi referida por 16% dos pacientes sendo que 18,52% destes após vagotomia troncular e 13,04% pós vagotomia superseletiva. Em 10% destes pós vagotomia troncular, a dor era justificada pela presença de úlcera duodenal à endoscopia, e os 6% restantes tinham algum tipo de alteração da mucosa gastroduodenal como gastrite e duodenite.

Pirose foi relatada em 7 pacientes (14%) , dos quais 5 pacientes apresentaram esofagite e ou hérnia hiatal. A frequência deste sintoma foi maior pós vagotomia troncular que pós vagotomia superseletiva, o que é descrito por outros autores (1,11).

A incidência de pirose pós vagotomia superseletiva foi superior a de outras publicações (1,29). A ocorrência de diarreia após vagotomia troncular se situou em torno de 7,41% e não ocorreu pós vagotomia superseletiva o que difere de outros trabalhos onde apresentaram esta queixa com incidência de 4,6% (8), 1,78% (8,13). Este sintoma pós vagotomia superseletiva vai se reduzindo nos pacientes conforme seguimento dos mesmos (1).

Dumping clássico (9) ocorreu em apenas 1 paciente (3,70%) que foi submetido a vagotomia troncular com antrectomia.

No estudo de DeVRIES (11) o “dumping” ocorreu em 2,6% dos pacientes submetidos a vagotomia troncular e antrectomia.

Quanto ao grau de satisfação do paciente, segundo os critérios de VISICK (Tabela 10) se situaram nos graus I e II: 53,26% dos pacientes que realizaram vagotomia troncular associada a procedimento de drenagem. Este resultado foi inferior ao conseguido por outros autores como DeVRIES (11) com 61%, e SAWYERS (27) com 94% dos seus pacientes nestes mesmos graus.

No que se refere a vagotomia superseletiva 72,92% dos pacientes se encontravam nos graus I e II de VISICK. SVERE EMAS (32) registrou 55% dos seus pacientes submetidos a VSS nestes dois critérios. Resultados superiores a estes foram conseguidos por vários autores em série de pacientes submetidos a vagotomia superseletiva (4,25,28,13).

Foi realizada endoscopia em 48,68% dos pacientes em tempos pós-operatórios variáveis e tivemos como objetivo fazer uma analogia entre a clínica e as alterações demonstradas por aquele exame, as quais se encontram na Tabela 11. Embora o número de pacientes que se submeteram ao exame tenha sido pequeno não nos foi possibilitado fazer conclusões, o que se percebe foi que o número de anormalidades encontradas foi maior nos pacientes em que a cirurgia utilizada foi a vagotomia superseletiva e segundo MARCHESINI et cols (22) poderiam as lesões gástricas estarem relacionadas à desvascularização que é ocasionada pela vagotomia superseletiva. Por sinal, a gastrite, geralmente na forma de antrite, esteve presente em 47,61% dos pacientes submetidos a vagotomia superseletiva e em apenas 20,00% dos pacientes submetidos a vagotomia troncular.

Todavia, nem todos os pacientes com alteração endoscópica apresentavam correlação clínica. Surpreendeu-nos o fato de um paciente com recidiva da úlcera duodenal ser totalmente assintomático, fato este também relatado por TANK e CARVINATO (35) em que 2 pacientes com recidiva ulcerosa eram assintomáticos.

A recidiva ulcerosa é de singular importância para avaliar se a vagotomia foi bem sucedida, dentre outros parâmetros (26).

Conforme tabela 12, a recidiva pós vagotomia troncular foi de 15% e pós vagotomia superseletiva foi de 17,65%, isto levando em consideração todos os pacientes em que foi efetuado endoscopia. Alguns autores (27,11) incluem para o cálculo os pacientes assintomáticos que teoricamente não teriam recidiva ulcerosa, se considerássemos tal fato nossa recidiva pós vagotomia troncular seria de 12% e pós vagotomia superseletiva 11,11%.

As taxas de recidiva pós vagotomia troncular de outros autores foram 0% (27), 1,4% (11) e 9,4% (31), o que demonstra valores bem menores ao que foi obtido em nosso estudo. Após vagotomia superseletiva as recidivas descritas são de 0% (18), 2,2% (4), 4,8% (6), 9,0% (5), 7,0% (2), 8,8% (31), 10,1% (21), 11,7% (8), e 2,0 (27). Nossa taxa de recidiva foi alta quando comparada com estes autores. Como demonstra a tabela 13,3 das 6 recidivas ulcerosas ocorreram na faixa de 4 a 7 anos após cirurgia sendo duas aos 6 anos e 9 meses e uma aos 6 anos e 2 meses. As recidivas ocorreram até 7 anos após a cirurgia, e em nosso estudo, dos 7 a 8 anos após a cirurgia, não encontramos nenhum caso de recidiva.

As causas para a recorrência da doença ulcerosa em nossos pacientes, não podemos afirmar com certeza quais sejam, poderiam ser devido a má técnica, mas isto não pode ser comprovado por não terem sido realizados testes com dosagem de secreção ácida alimentação ou através do teste do Congo Vermelho para avaliar se a vagotomia foi bem sucedida, sugerem THIRLBY et cols (34). Em 50% dos pacientes com recidiva ulcerosa constatamos que faziam uso de benzodiazepínico, por serem bastante ansiosos, mas seria leviandade de nossa parte afirmarmos que o "stress" seria o único fator responsável pela recorrência ulcerosa.

Esperamos que este estudo contribua para melhor sucesso das cirurgias de vagotomia no H.F., de tal forma que os profissionais do serviço de cirurgia geral insistam no seguimento clínico e endoscópico dos seus pacientes.

5. CONCLUSÕES

1. As complicações precoces e tardias foram mais frequentes pós VT do que pós VSS.
2. O grau de satisfação dos pacientes segundo os critérios de VISICK foi maior após VSS do que pós VT.
3. As alterações endoscópicas ocorreram em maior número após VSS.
4. Arecidiva ulcerosa foi o maior pós VSS do que pós VT.
5. Por fim, reconhecemos as limitações de nosso estudo, pois nossa casuística é pequena o que nos impede de realizar conclusões que vão além do que está descrito acima.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDREOLLO, Adami N., BRANDALISE, A..N., LEONARDI, L.S. A disfagia após vagotomia gástrica proximal - estudo eletromanométrico com carbacol . **Rev. Col Bras Cir**, V 13, n. 6, p 245- 50, Nov/Dez, 1986.
02. AMDRUP, E, JENSEN, H.E.; JOHNSON D., WALDER, GOLIGHER, J.C. Clinical results of parietal cell vagotomy (highly selective vagotomy) two to four years after operation. **Ann. Surg.** V 180, n. , p 279-84, Sept, 1974.
03. BARROSO, F.L., GALVÃO, J.H.B., CALTABIANO, A. Vagotomia superselativa. **Atualização cirurgica** p. 67 -83, 1978.
04. BARROSO, F. L., ORNELLAS F^a, A. Inquérito nacional sobre vagotomia super-seletiva (VSS): revisão de 3515 casos. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.7, n.1, p.23-24, jan/fev, 1980.

05. BLACKETT, R. L., JOHNSTON, D. Recurrent ulceration after higher selective vagotomy for duodenal ulcer. **Br. J. Surg**, v.68, n.10, p. 705-10, Oct, 1981.
06. CÁPUA JR., A., SAAD JR., R., ZZUTAN, L. A., CORSI, P. R. Resultados da vagotomia superseletiva. **An. Paul. Med .Cir.**, v. 113, p. 41-46, Jan a Jul, 1986.
07. CARAMURU, M. J. L., ANDREOLLO, N. A., LOPES, L. R., BRANDALISE, N. A., LEONARDI, L. S. Late results of proximal gastric vagotomy compared to the proximal gastric vagotomy plus drainage procedures. **Arq. Bras. Cir. Dig.**, v.8, n.3, p. 69-76, Mar, 1993.
08. CHACON, J. P., BARONE, B., HERAN, Filho, B. Vagotomia superseletiva: Aspectos clínicos, radiológicos e endoscópios. **An. Paul. Med. Cir.**, v.107, n.2, p. 1-23, 1980.
09. CORREA NETO, A. Úlcera gastroduodenal. In: ____ .**Clínica Cirúrgica**, 4.ed. São Paulo: Sarvier, 1988. 4.v., p.262-307.
10. DRAGSTEDT, L. R., HARTER, P. V., TOVEE, E. B., WOODWARD, E. R. Section of the vagies to the stomach in the tratment of peptic ulcer: Complications and end results after four years. **Ann. Surg.**, v.126, p.687-708, Mar-Dec, 1947.

11. DEVRIES, B. C., EEFTINCK, S. M., SMITH, E. E. J. Prospective randomized multicenter trial of proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and antrectomy for chronic duodenal ulcer: interim results. **Br. J. Surg.**, v.70, n 12 p. 701-3, Dec, 1983.
12. EDWARDS, D. A. N. Pos vagotomy dysphagia. **Lancet**, v.2, p.90-4, 1970.
13. FERRAZ, E. M., MONTENEGRO, T., LUCENA, A. M., SIQUEIRA, J. V., MELLO, F. B., CORREIA, A. Vagotomia superseletiva no tratamento cirúrgico da úlcera duodenal. **Rev.Col. Bras.Cir.**, v.2, n.2, p. 89-92, Mar/Abr, 1980.
14. GRIFFITH, C. A., HARKINS, H. N. Partial gastric vagotomy: an experimental study. **Gastroenterology**, v. 32, n.1, p. 96-102, Jan, 1957.
15. GUYTON, Arthur C. Fisiologia dos destúrbios gastro intestinais. In: ____ . **Tratado de fisiologia médica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p.632- 7.
16. HALLENBECK, G. A., GLEYSSTEEN, J. S., ALDRETE, J. S., SLAUGHTER, R. L. Proximal gastric vagotomy: Effects of two operative techniques on clinical and gastric secretory results. **Ann. Surg.**, v.184, n.4, p. 435-442, Oct, 1976.
17. HARTLEY, M. N., MACKIE, C.R. Gastric adaptive relaxation and symptoms after vagotomy. **Br. J. Surg.**, v.78, n.1, p. 24-7, Jan, 1991.

18. HERRINGTON JR., L. L., SAWYERS, J. L. Proximal gastric vagotomy: Technique, indications and results. **Contemporary surg.**, v.9, p. 57-63, 1972.
19. HOLLE, F., HART, W. Neue wege der chirugie des gastroduodenal ulker. **Med. Klin.** v. 62, p. 441-50, 1967.
20. JOHNSTON, D., WILKINSON, A.R. Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. **Br. J. Surg.**, n 57, n.4, p 289 - 96, Ap, 1970.
21. JORDAN, P.H., THORNBY, J. Should it be parietal cell vagotomy of selective vagotomy - antrectomy for treatment of duodenal ulcer? **Ann Surg** n. 205, n 5, p. 572 - 87, May, 1987.
22. MARCHESINI, J.B., SOARES, L.F.P., SILVA, I.T.C., BUENO, L.A.G. Analise endoscopica após vagotomia superseletiva. **An. Paul Med. Cir.**, V 107, n4, 30 - 40, Jul a Dez, 1988.
23. Mc CONNELL, D.B., BABA, G.C., DEVENEY, C.W. Changes in surgical tratment of peptic ulcer disease within a veterans hospital in the 1970 and the 1980s **Arch Surg.** V 124, n10, p. 1164 - 7, Oct., 1989.
24. McKERVAN, JOHN B., WOLFE, Bruce M., MACFADYEN, Bruce K. Laparoscopic repair of duodenal ulcer and gastroesophageal reflux. **Surg. Cl. of North Am.** V 72, n. 5, p. 1153 - 67, Oct, 1992.

32. SVERE, Emas, GRUPCEV, G., ERIKSON, B. Six year results of a prospective randomized trial of selective proximal vagotomy with and without pyloroplasty in the treatment of duodenal, pyloric, and prepyloric ulcers **Am J. Surg**, v.164, p. 4 - 12, 1992.

33. TANK, R., CAVINATO, O. Úlcera duodenal assintomática recidivada após vagotomia gástrica proximal. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.13, n.1, p. 34 - 6, Jan / Fev, 1986.

34. THIRLBY, R.C., PATTERSON, D.J., KOZARED, R.A.. Prospective comparison of Congo Red and sham testing to determine vagal innervation of the stomach **Am. J. Surg.**, v. 163, p. 533 - 6, May, 1992.

35. WILLIAMS, J. Alexander: A requiem for vagotomy **B.M.J.**, v. 302, n. 9, p. 547 - 8, Mar., 1991.

TCC
UFSC
CC
0323

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0323

Autor: Macedo, Kassia Ros

Título: Estudo das complicações das vago



972813567

Ac. 253145

Ex.1 UFSC BSCCSM