

## ÚLCERA PÉPTICA ILEAL

ESTUDO DE 4 CASOS

MARIO RAMOS DE OLIVEIRA \*

Tendo tido a oportunidade de estudar as gastrileostomias inadvertidas em trabalho anterior<sup>15</sup>, deparamos com a existência de úlceras ileais, documentando no homem condições semelhantes às das clássicas experiências de Mann e Williamson<sup>10</sup>. Entre estas experiências existia aquela na qual a continuidade do tubo digestivo era mantida após ressecção gástrica com gastrojejunostomia, sendo, entretanto, o duodeno com o suco pancreático e a bile, derivado para o íleo terminal. Tais experiências foram repetidas e confirmadas por inúmeros autores, inclusive em nosso meio, onde Vasconcelos e Ferrara<sup>20</sup> e Bernardes de Oliveira e Strazzacapa<sup>2</sup> também obtiveram, experimentalmente, o aparecimento de úlceras pépticas pós-operatórias com o desvio das secreções duodenais da região da anastomose gastrojejunal.

Nas gastrileostomias inadvertidas, quer nas gastrenteranastomoses propriamente ditas, quer nas gastrectomias em que a gastrenterostomia é um complemento que estudamos, a anastomose anômala estava em tórno de 20 cm da válvula ileocecal, de tal maneira que os sucos pancreático, bile e sucos intestinais somente entravam em contato com os alimentos e suco gástrico na porção terminal do íleo.

No trabalho referido, estudamos 15 casos de gastrileostomia inadvertida e agora acrescentamos àquela casuística mais 6 casos que observamos nos últimos 6 anos, com a média de um por ano. Desses 21 casos de gastrileostomia, em 4 houve o aparecimento de úlceras ileais pépticas pós-operatórias. É a análise destes casos que constitui o objeto do presente trabalho.

A gastrileostomia inadvertida ocorre em dois grupos de casos: os de gastrileostomias propriamente ditas (fig. 1) e os de gastrectomias com reconstituição do trânsito alimentar por uma gastrileostomia (fig. 2).

---

Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (3ª Divisão — Prof. Eurico Bastos).

\* Livre Docente e Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. TCBC. FACS.

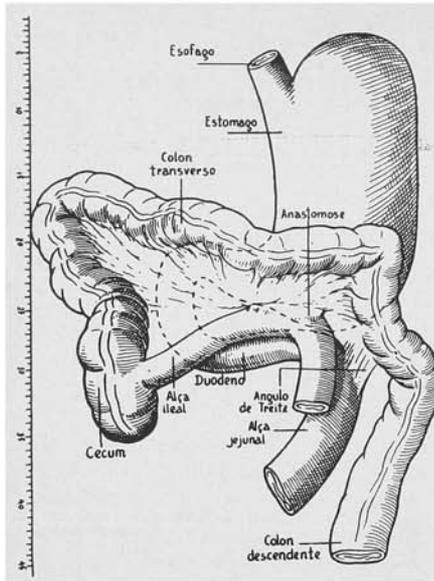


Figura 1

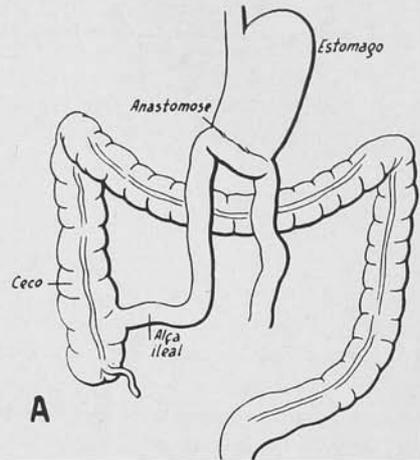


Figura 2

Evidentemente, as alterações fisiopatológicas conseqüentes à derivação do suco gástrico para o ileo, com teor ácido alto, facilitam sua ação cloridropéptica. Nas gastrenter Anastomoses pròpriamente ditas e nas gastrectomias com ressecções econômicas, a ação do suco gástrico sôbre a alça ileal, sem a proteção dos sucos duodenais, por certo facilitará o aparecimento de úlceras pépticas pós-operatórias, que no caso serão ileais.

Compulsando a literatura a respeito verificamos, até 1952, que havia 91 casos de gastrileostomias inadvertidas no período de 1882 a 1952, ou seja, em 70 anos em que as gastrojejunosomias são utilizadas na cirurgia gástrica, sendo: gastrileostomias, 61; gastrectomias com gastrileostomias, 15; gastrileostomias sem discriminação de estar ou não associada a gastrectomia, 15. Sômente no 1.º grupo, o das gastrileostomias pròpriamente ditas, houve referência à úlcera péptica ileal por Berg (cit. por Klein<sup>7</sup>), Galpern<sup>6</sup>, Rivers e Wilbur<sup>16</sup>, Kogut e Stein<sup>8</sup>, Torraca<sup>18</sup>, Smith e Rivers<sup>17</sup>, Brown e col.<sup>4</sup>, Michels e col.<sup>13</sup> e Boice<sup>3</sup>.

Além da detalhada revisão da literatura, que pode ser vista em nosso trabalho<sup>15</sup> de 1953, conseguimos mais as seguintes referências: Barrit<sup>1</sup>, em que um caso de gastrectomia com gastrileostomia inadvertida é estudado, não havendo úlcera ileal; McKenzie e Robertson<sup>12</sup>, em que são estudados 2 casos — um de gastrileostomia simples e outro de gastrectomia + gastrileostomia — e em ambos não havia úlcera ileal; Leger e Baezner<sup>9</sup>, em que mais dois pacientes do grupo gastrectomia + gastrileostomia são estudados, não havendo úlcera ileal; Marshall e O'Donnell<sup>11</sup>, em 7 casos verificaram 3 gastrileostomias simples e 4 com gastrectomias. Em um caso dêstes últimos e de gastrectomia + gastrileostomia a 90 cm da válvula ileocecal, havia uma úlcera péptica ileal.

Verifica-se, então, que na literatura compulsada há, até 1957, 103 casos publicados, dos quais 66 gastrileostomias pròpriamente ditas. Nesses 66 casos houve, em 14, o aparecimento de úlcera péptica ileal, ou seja, em 21,2% a complicação pós-operatória ocorreu. Se juntarmos os casos de gastrileostomia sem discriminação de concomitância com gastrectomia, teremos  $66 + 15 = 81$  ((17,3%).

O aparecimento de úlceras ileais, no grupo das gastrectomias com gastrileostomias sòmente, foi referido em um dos casos de Marshall e O'Donnell<sup>11</sup>, ou seja, em 23 casos coligidos na literatura dêste grupo só êsse caso apareceu (4,3%).

#### OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

CASO 1 — V.M.B., 40 anos, branco, brasileiro, operário, internado na Santa Casa de São Paulo (Reg. 15.913-42) em 13-11-1942.

*História da moléstia atual* — Há 4 anos apresentava dor epigástrica, azia e plenitude gástrica, com ritmo e periodicidade. Foi feito diagnóstico de úlcera duodenal. Em fevereiro de 1942 (há 10 meses) foi submetido a uma operação do estômago. Já no pós-operatório imediato, dois dias após a operação, começou a ter diarréia, vômitos fecalóides e eructações fétidas. A diarréia era litérica, com numerosas evacuações. Apresentou grande astenia e enfraquecimento. Há 6 meses, ou seja 4 meses após a operação, apareceu dor forte contínua na região umbilical com exacerbações do tipo cólicas e irradiação para as fossas ilíacas. Emagreceu 10 kg. *Exame físico* — Paciente em mau estado geral, abatido e amagrecido. Mucosas descoradas. Edema nos membros inferiores. Ascite presente. Pulso 100. P.A. 125×75. Pêso atual 52 kg; pêso anterior 62 kg. Eventração de cicatriz mediana no epigastro. *Exames complementares* — Dosagem da hemoglobina 73%. Prova de Katsch Kalk: hipercloridria (AT = 70 e AL = 30). Exame radiológico: gastrenteranastomose com a última porção do íleo, notando-se que o contraste penetra imediatamente no ceco, enchendo o grosso intestino. Esvaziamento gástrico rápido (fig. 3).

*Diagnóstico pré-operatório*: Gastrileostomia. Eventração pós-operatória.

*Operação e achados operatórios* (12-12-1942) — Degastro + gastrectomia + ressecção de alça ileal. Aberto o peritônio encontrou-se a anastomose do estômago com a última porção do íleo a 8 cm da válvula ileocecal, transmesocólica. Íleo espessado, edemaciado e congesto. Alças intestinais edemaciadas. Num e noutro ângulo da bôca anastomótica havia calos fibrosos indicativos de lesão ulcerosa. Cicatriz esbranquiçada no bulbo duodenal. Foram ressecados cerca de 15 cm de alça ileal. Reconstituição do íleo término-terminal, em dois planos. Gastroduodenectomia parcial com ressecção de dois terços do estômago pela técnica de Reichel-Polya. Plástica da parede para a correção da eventração. Fechamento em planos e pontos separados.

*Exame anátomo-patológico do espécime cirúrgico* — *Macroscópico*: Segmento de estômago com a primeira porção do duodeno e uma alça intestinal anastomosada cirúrgicamente. O segmento do estômago apresenta a sua mucosa muito desenvolvida com aspecto de cordões anastomosados entre si, delimitando espaços de aspecto mamelonado. A região do antro pilórico apresenta a mucosa completamente lisa. O duodeno logo na porção justapilórica mostra úlcera cicatrizada de forma aproximadamente elíptica, medindo 5 mm no maior eixo. A alça anastomosada apresenta-se rica em vilosidades e com três úlceras pépticas aproximadamente circulares com 10 mm de diâmetro de fundo liso e fibroso: duas situadas junto à bôca anastomótica e a terceira a 20 mm dessa bôca (fig. 4). *Microscópico*: O íleo apresenta sua mucosa consideravelmente desenvolvida com aumento numérico e volu-



Fig. 3 — Caso 1. Radiografia mostrando gastri-leostomia com enchimento do cólon.

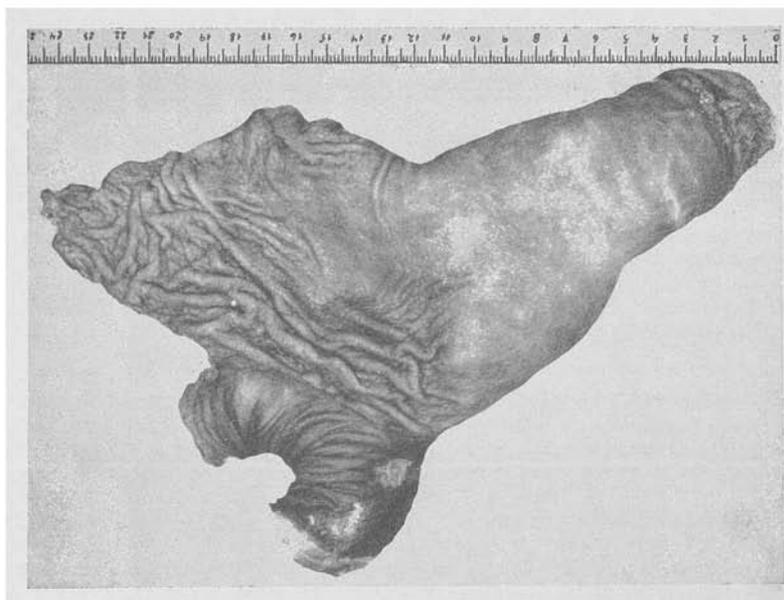


Fig. 4 — Caso 1. Peça cirúrgica evertida. Mostra as três úlceras ileais e a úlcera duodenal.

métrico das glândulas; há também presença de numerosos e bem desenvolvidos folículos linfóides. A submucosa é também particularmente desenvolvida, apresentando acentuada proliferação conjuntiva formando saliências recobertas pela mucosa, isto é, formações semelhantes às válvulas coniventes e com os vasos dilatados e congestos. A túnica muscular apresenta também considerável desenvolvimento pelo aumento volumétrico de suas fibrocélulas musculares.

*Evolução durante a estadia no hospital* — O período pré-operatório consistiu no levantamento do estado geral, transfusões de sangue, dieta hiperprotéica e vitaminas. O período pós-operatório decorreu sem incidentes, tendo alta curado. *Seguimento*: Ficou radicalmente curado, tendo engordado.

*Comentário* — O exame do paciente deixou a suspeita de gastrileostomia, o que o exame radiológico confirmou. Não houve suspeita clínica de úlcera ileal, mas a análise de sua sintomatologia dolorosa e o exame anátomo-patológico demonstrando as úlceras, sugerem relação de causa e efeito.

Caso 2 — T.O., 33 anos, branco, brasileiro, funcionário municipal, internado no Hospital Santa Catarina em 17-10-1944.

*História da moléstia atual* — Há 16 anos apresentava sintomatologia com dores epigástricas e azia com ritmo e periodicidade, tendo diagnóstico de úlcera duodenal. Em 22-9-43 teve um acidente agudo, com perfuração da úlcera; foi operado de urgência e a úlcera duodenal suturada. Há 7 meses foi reoperado e submetido a uma gastrenterananastomose. Logo depois da operação começou a ter vômitos e eructações com gôsto e cheiro de "ôvo chôco" que apareciam após a ingestão de alimentos; começou também a ter diarréia precedida de intensos borboríngos e acompanhada de eliminação de muitos gases e constituída de alimentos não digeridos e reconhecíveis, como arroz, macarrão, carne, tomate, etc. Emagreceu durante os 7 meses 8 kg, apesar de ter bom apetite e alimentar-se bem depois da operação. Apresenta edema nos pés e grande perda de forças. Há 2 meses tem sentido dores abdominais no epigástrio, principalmente após o jantar, que melhoram com os borboríngos intensos que a acompanham e com a evacuação que sobrevém cerca de 1 hora depois. A dor às vêzes fica fraca e imprecisa, mas é sempre prolongada. *Exame físico* — Paciente em mau estado geral, abatido, emagrecido e com mucosas visíveis decoloradas. Edema nos membros inferiores e ascite presente. Pulso 68. P.A. 90×70. Altura 1,72 m. Pêso atual 44 kg; pêso anterior 52 kg. Abdome escavado, flácido, com cicatriz mediana supra-umbilical eventrada em quase tôda sua extensão. Acusa dor fraca à palpação de todo o epigástrio, mais acentuada na região periumbilical. O risco operatório foi considerado de sofrível para mau, devido aos resultados dos exames clínico e electrocardiográfico. *Exames complementares* — Exame de urina, nada digno de nota. Contagem global: eritrócitos 3.180.000, Hb 8,5 g (53%), V.G. 0,8, leucócitos 8.800 (16-10-44). Nova contagem após preparo: eritrócitos 4.190.000, Hb 9,9 g (81%), V.G. 0,9, leucócitos 8.000. Exame radiológico: estômago de capacidade normal; esvaziamento pela bôca anastomótica, situada na parte baixa da grande curvatura; relêvo da alça anastomosada (fig. 5).

*Diagnóstico pré-operatório*: Gastrenterananastomose com círculo vicioso. Eventração pós-operatória.

*Operação e achados operatórios* (6-11-1944) — Degastro + gastrectomia + fechamento da brecha ileal. Aberto o peritônio encontrou-se uma gastrileanastomose transmesocólica e distante 20 cm da válvula ileocecal. Presença de regular quantidade de líquido ascítico na cavidade peritoneal. Alças intestinais edemaciadas. A gastrileostomia foi desfeita, sendo a bôca anastomótica de 3 cm de extensão. A abertura intestinal era pequena e não tinha úlcera, tendo sido fechada no sentido

transversal, com dois planos de sutura. No duodeno havia úlcera e deformidade esclerosada e ao nível da anastomose gastrileal reação esclerosada, embora sem ulceração. Gastrectomia parcial pré-cólica, tendo sido fechada a abertura do mesocólon. Fechamento rápido da parede, devido ao mau estado do doente, sem dissecação dos planos da eventração.

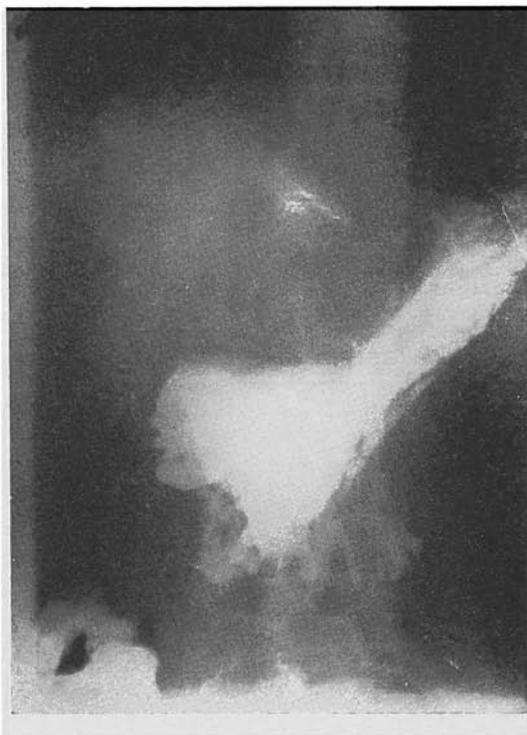


Fig. 5 — Caso 2. Radiografia mostrando o estômago e uma alça intestinal anastomosada em relevo que vai à outra cheia. Esta era o ceco, pois cirurgicamente a anastomose era gástrileostomia a 20 cm da válvula ileo-cecal.

*Exame anátomo-patológico do espécime micrúrgico — Macroscópico:* Pedaco do estômago compreendendo todo o antro, parte da região fúndica e pedaco do duodeno. Dimensões: pequena curvatura 12 cm, grande curvatura 17 cm, duodeno 1,5 cm de comprimento; antro 9 cm, piloro 3,5 cm de circunferência. Bulbo duodenal deformado, com intensa reação esclerosada ao nível da serosa. Nas faces anterior e posterior, a 1 cm do piloro, vêem-se duas pequenas áreas de mucosa deprimida, adelgada e de aspecto cicatricial. Ao corte, verifica-se destruição das várias túnicas e substituição por faixa de tecido fibroso, recoberta por fina membrana de mucosa cicatricial. Antro delimitável. Mucosa gástrica, delgada, quase lisa. A 4 cm do piloro, junto à grande curvatura e paralela a ela, existe uma bôca anastomótica de 3 cm de extensão. Pela serosa verifica-se, a este nível, reação esclerosada, mas não se observam vestígios de ulceração. Mucosa da região fúndica, intensamente granulosa, com numerosas pregas. Diagnóstico anátomo-patológico: úlcera cicatrizada do duodeno; gástrileanastomose.

*Evolução durante a estadia no hospital* — O período pré-operatório durou 21 dias, tendo tomado transfusões de sangue, dieta hiperprotéica, vitaminas. O pós-operatório durou cerca de 36 horas em que permaneceu em choque, dêle não saindo apesar das medidas adequadas tomadas. Faleceu 36 horas após a operação.

*Comentário* — Êste paciente, examinado clinicamente, fêz a atenção do cirurgião voltar-se para uma gastrenteranastomose complicada e mal tolerada que motivou o ato cirúrgico. Sua história apresentava elementos para a suspeita clínica de gastrileostomia e também de úlcera ileal. O exame operatório e o anátomo-patológico confirmaram a primeira e deram indícios da segunda hipótese. Com a sintomatologia e a reação esclerosada na bôca anastomótica é presumível que tenha havido uma úlcera ileal.

CASO 3 — A.B., 45 anos, branco, brasileiro, funcionário público, internado no Hospital das Clínicas (Reg. 151.495) em 12-10-1950.

*História da moléstia atual* — Há alguns anos era portador de úlcera duodenal, com comprovação radiológica, tendo feito tratamento médico, sem resultado. Há 2 meses (18-8-50) foi operado do estômago. Já no segundo dia, quando começou a se alimentar, notou o aparecimento de diarréia lenterica com alimentos não digeridos e perfeitamente reconhecíveis ingeridos meia hora antes. As suas evacuações possuíam muito líquido, gases e bile. Tem náuseas, azia e vomita material amarelo com mau cheiro. Aproximadamente 15 dias após a operação, surgiram dores com caráter contínuo e com exacerbação em cólicas, de forte intensidade, sob a forma de torção, tomando todo o abdome, sendo mais intensas na região periumbilical; sua duração era de 15 a 30 minutos até conseguir a eliminação de gases e fezes, com o que melhoravam. Essas dores, em geral, surgiam após as refeições, decorridas uma ou mais horas. Atualmente acompanham a eliminação de alimentos recentemente ingeridos. Com as dores refere movimentos em todo o abdome, sem orientação determinada. Não refere náuseas ou vômitos por ocasião da dor, mas somente vontade de evacuar e eliminar gases; quando o consegue há alívio imediato. Emagreceu 25 kg em 2 meses. Passou a ter grande astenia e apetite, mas tem evitado comer muito devido às fortes dores referidas. *Exame físico* — Estado geral mau, prostrado, abatido, de fácies encovada. Mucosas visíveis descoradas. Pele com descamação fufurácea. Edema pré-tibial e dos pés. Pulso 120. P.A. 110×70. Altura 1,55 m. Pêso atual 34 kg; pêso anterior 59 kg. Ao exame da bôca foi constatada a existência de lesões crostosas do tipo pelagróide nas extremidades da comissura labial, língua com glossite e atrofia de papilas. No exame do abdome verificou-se distensão abdominal, movimentos peristálticos visíveis, sem direção determinada. A palpação provoca dor. Há intensa hiperestesia cutânea generalizada. *Exames complementares* — Contagem global e dosagem de proteínas antes do preparo pré-operatório revelaram: eritrócitos 4.400.000, Hb 11,7 g (72%), V.G. 0,8; proteínas totais no sangue 4,8, albumina 2,3, globulina 2,5, relação A/G 0,9. Após o preparo pré-operatório: eritrócitos 5.200.000, Hb 14,7 g (92%), V.G. 0,8; proteínas totais 6,4, albumina 3,7, globulina 2,7, A/G 1,4. *Exame radiológico*: Estômago operado. Gastrectomia parcial econômica. Anastomose gastrileal. Delgado: exclusão total do jejuno e ileo proximal. Não há sinais de úlcera péptica (fig. 6). Fêz dois estudos de trânsito.

*Diagnóstico pré-operatório*: Gastrectomia com gastrileostomia e exclusão de todo o jejuno e ileo proximal.

*Operação e achados operatórios (30-10-50)* — Degastro + gastrectomia + ressecção de alça ileal. Aberto o peritônio verificou-se a existência de gastrectomia econômica, na qual somente o antro tinha sido ressecado, pré-cólica e com anastomose gastrileal realizada a 7 cm da válvula ileocecal. Foi feita uma degastro + gastrectomia + ressecção ileal; havia junto à anastomose uma úlcera ileal. A reconstituição do trânsito intestinal se fêz por anastomose término-terminal em planos e gastrectomia ampla com gastrojejunostomia a 20 cm do ângulo de Treitz, que tinha característicos normais. Fechamento da parede por planos.



Fig. 6 — Caso 3. Radiografia mostrando o amplo côto gástrico e o ceco. Logo após a anastomose há nitida imagem contrastada que deve corresponder à enorme úlcera ileal que existia. Comparar com a fig. 7. Não foi interpretada no pré-operatório.

*Exame anátomo-patológico do espécime cirúrgico — Macroscópico:* Segmento de estômago no qual se acha anastomosada cirurgicamente uma alça intestinal, cuja boca anastomótica já está perfeitamente cicatrizada. O estômago apresenta notável desenvolvimento de sua mucosa, com cordões anastomosados limitando espaços de aspecto mamelonado. A alça intestinal também apresenta a sua mucosa consideravelmente desenvolvida, formando vilosidades bem salientes, semelhantes às do jejuno e logo abaixo da boca anastomótica apresenta úlcera de forma elíptica, medindo 2 cm no seu maior eixo, que está dirigido no sentido longitudinal da alça, sendo o seu fundo constituído por placa fibrosa (fig. 7). *Microscópico:* Trata-se do íleo que apresenta sua mucosa consideravelmente desenvolvida, formando vilosidades luxuriantes, que em certos campos são acompanhados pela submucosa, resultando formações semelhantes às válvulas coniventes. Os vasos da mucosa são dilatados e congestionados, o mesmo acontecendo na mucosa, onde existe também um infiltrado difuso de células linfocitoides. Este aspecto é idêntico àquele do jejuno.

*Evolução durante a estadia no hospital —* O pré-operatório durou 18 dias, em que tomou sangue, plasma, vitaminas, dieta especial, tendo engordado de 34,5 a 40,5 kg. O pós-operatório durou 5 dias, tendo nos 2 primeiros passado muito bem. No 3º dia do pós-operatório teve uma complicação cerebral, ficando inconsciente, com rigidez de nuca, sinal de Babinski à direita. Faleceu após 48 horas do acidente cerebral, tendo sido feito o diagnóstico de acidente vascular hemorrágico intracerebral.



Fig. 7 — Caso 3. Fotografia da peça operatória mostrando a alça ileal aberta com a úlcera de 2×1 cm.

*Comentário* — O paciente foi gastrectomizado e apresentou a síndrome da gastrileostomia clássica. O diagnóstico clínico e radiológico foi feito. A úlcera ileal não foi diagnosticada no pré-operatório, nem no exame radiológico. Os achados operatórios e o exame anátomo-patológico demonstraram a grande úlcera ileal existente.

Caso 4 — A.V., 20 anos, branco, brasileiro, comerciante, internado na Santa Casa de Santos (Reg. 19.404) em 6-9-1952.

*História da moléstia atual* — Há um ano e meio passou a sentir dor epigástrica, azia e sialorréia. Fêz exame radiológico do estômago, que revelou úlcera duodenal. Fêz regime dietético durante um ano, sem apresentar melhoras. Foi operado em 12-7-52 (há 2 meses) e submetido a gastrectomia. Logo após a operação passou a ter diarréia litérica, com numerosas evacuações e, em pequeno período que não evacuou, apresentou vômitos escuros e de muito mau cheiro. Os alimentos da diarréia eram reconhecidos 40 a 60 minutos após a sua ingestão. Ficou muito fraco, tendo nesses 2 meses emagrecido 16 kg. Após um mês da operação surgiram dores fracas no abdome, de caráter contínuo e com exacerbações em cólicas, de forte intensidade, sob a forma de torção, tomando todo o abdome, e sendo mais intensas na região periumbilical e para-umbilical direitas. Essas cólicas melhoravam com a eliminação de gases e de fezes. As dores em cólicas, geralmente, surgiam após as refeições, decorridas 1 ou 2 horas. Fêz diversos tratamentos, sem resultado. Com grande astenia e fraqueza, foi internado *Exame físico* — Paciente em mau estado geral, emagrecido, abatido, com mucosas visíveis des-

coradas. Não há edema. Pulso 60. Pêso anterior 62 kg, pêso atual 45,7 kg. Altura 1,68 m. No exame físico especial sômente havia dor à palpação profunda da fossa iliaca direita e região umbilical. *Exames complementares* — Exame de fezes com restos alimentares. Eritrócitos 4.100.000, Hb 12 g (80%); proteínas totais 5,37, albumina 2,9 e globulina 2,4. *Exame radiológico*: Estômago gastrectomizado; anastomose gastrileal; decorridos poucos minutos a substância de contraste atinge o ceco, enchendo o cólon direito (fig. 8).

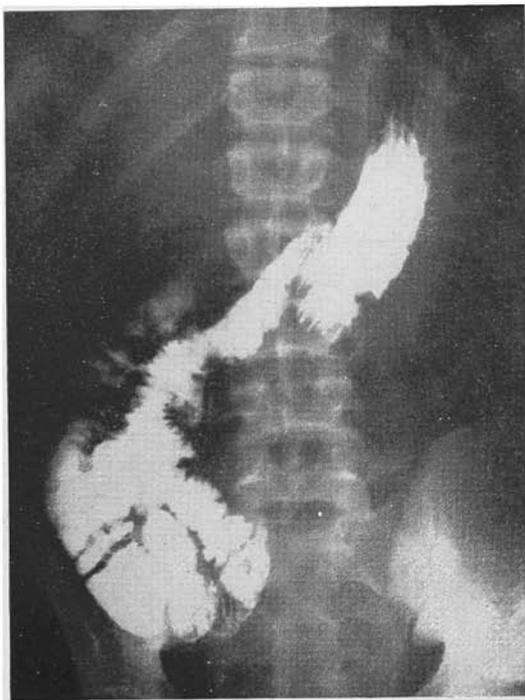


Fig. 8 — Caso 4. Radiografia mostrando a gastrectomia econômica, a alça ileal anastomosada e o ceco. Não foram vistas as úlceras ileais.

*Diagnóstico pré-operatório*: Gastrectomia econômica com gastrileanastomose.

*Operação e achados operatórios* (15-9-1952) — Degastro + gastrectomia + ressecção ileal. Aberto o peritônio verificou-se a existência de gastrectomia pouco ampla, pré-cólica, com gastrileostomia situada a 28 cm da válvula ileocecal. Foi feita ressecção da alça ileal anostomosada, com reconstituição do trânsito em dois planos, com pontos separados. Foi feita gastrectomia ampla com gastrojejunanastomose. Fechamento da parede por planos.

*Exame anátomo-patológico do espécime cirúrgico* — *Macroscópico*: Segmento de estômago ao qual está anastomosada uma alça intestinal. O segmento de estômago apresenta sua mucosa muito desenvolvida, com aspecto de cordões anastomosados entre si, delimitando espaços de aspecto mamelonado. A alça intestinal também apresenta sua mucosa consideravelmente desenvolvida, formando vilosidades bem salientes, semelhantes às do jejunio; logo abaixo da boca anastomótica há 2 úlceras ileais de forma elíptica, medindo 5 mm no seu maior eixo (fig. 9). *Microscópico*:

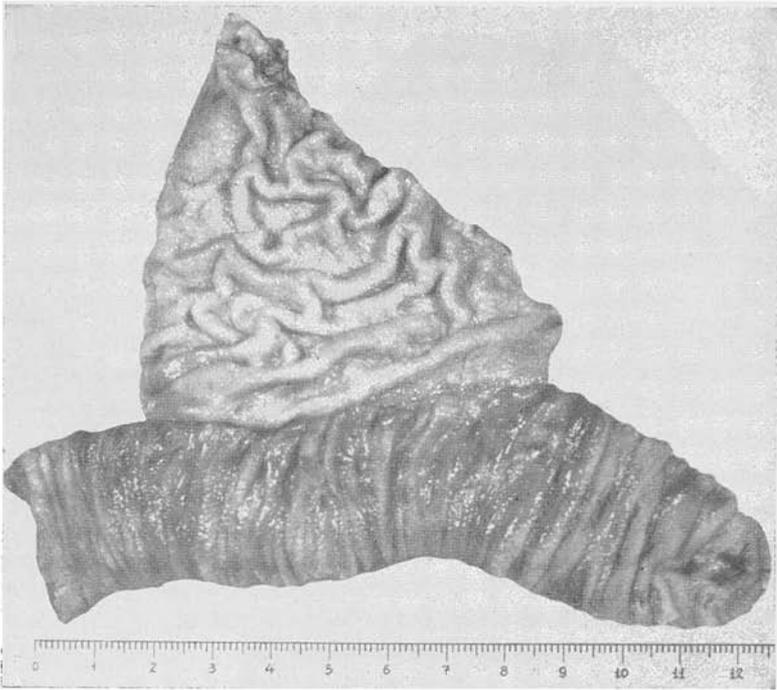


Fig. 9A — Caso 4. Peça operatória evertida. No ileo havia duas úlceras.

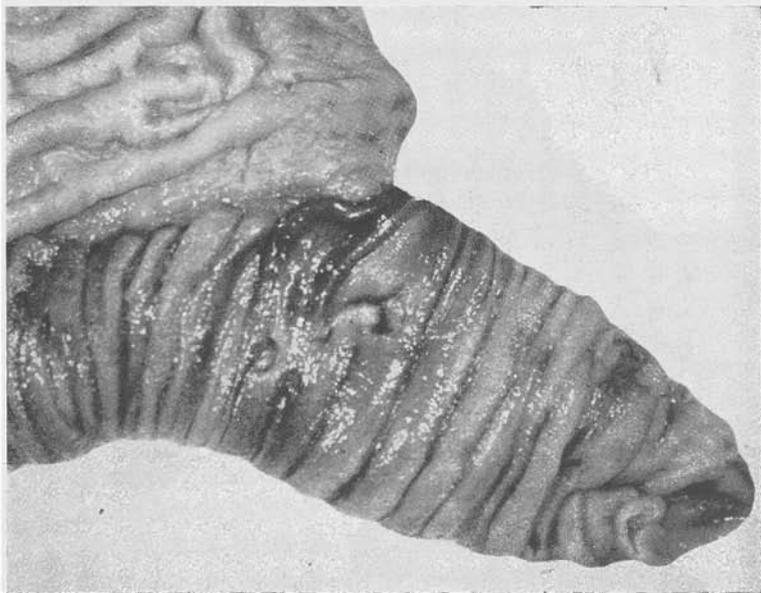


Fig. 9B — Caso 4. Peça operatória mostrando melhor as úlceras ileais.

Trata-se de íleo com sua mucosa bastante desenvolvida, formando vilosidades, acompanhada de idêntico desenvolvimento da submucosa, resultando formações semelhantes às válvulas coniventes. Este aspecto é semelhante ao do jejuno.

*Comentário* — Este paciente apresentou o quadro clássico da gastrileostomia que, diagnosticada clinicamente, foi comprovada pela radiologia. Em sua sintomatologia, as dores periumbilicais fortes estavam presentes e na peça operatória também estavam duas úlceras ileais. Não foi feito este diagnóstico no pré-operatório.

#### COMENTARIO GERAL

Em nossa casuística há, até 1958, 21 casos de gastrileostomia inadvertida, sendo 7 do grupo das gastrenteranastomoses pròpriamente ditas e 14 das gastrectomias com gastrileostomias. No primeiro grupo, 2 dos pacientes apresentaram úlcera ileal (2 em 7 — 26,5%), e no segundo grupo também 2 pacientes a apresentaram (2 em 14 — 14,3%).

No primeiro grupo, a literatura médica demonstrou 66 casos nos quais em 14 havia úlcera ileal comprovadamente (14 em 66 — 21,2%); e na hipótese de juntarmos os 15 casos sem discriminação de gastrectomias da literatura, como já referimos, a incidência seria de 17,3%. Somada a casuística mundial, que é pequena, aos nossos casos dêste grupo, teremos: gastrileostomias pròpriamente ditas  $66 + 7 = 73$ , nos quais houve em  $14 + 2 = 16$  casos o aparecimento de úlcera ileal (20,5%).

No grupo de gastrectomias com gastrileostomias há na literatura 23 casos coligidos, sendo digno de nota que em apenas 1 há referência a úlcera péptica ileal. Acrescentando os nossos 14 casos dêste grupo, nos quais 2 apresentaram úlcera ileal, podemos assinalar que em 37 casos houve em 3 úlcera ileal (8,1%).

Essa incidência é bem maior do que a das úlceras pépticas pós-operatórias em gastrojejunanastomoses, assinalada como de 8 a 10% nas gastrenterostomias<sup>5, 19</sup> e de 2 a 5% nas gastrectomias com gastrojejunanastomoses.

Reunindo os casos da literatura (quadro 1), verificamos as 14 observações referentes a gastrileostomia e uma a gastrectomia com gastrileostomia, no qual a úlcera ileal foi assinalada.

Os nossos 4 pacientes apresentaram os elementos que são resumidos no quadro 2.

Para a interpretação dos quadros 1 e 2, devemos ter em mente o mecanismo da dor visceral em que o intestino fino dá correspondência aos segmentos medulares  $T_5$  a  $T_9$ , particularmente  $T_8$  a  $T_9$ , com especial referência à região umbilical<sup>14</sup>.

No mesmo livro de Pottenger<sup>14</sup> verifica-se a correspondência gástrica e jejunal alta no epigástrio, por isso a dor periumbilical de caráter contínuo com exacerbações pós-prandiais pode ser a indicação clínica do aparecimento da úlcera ileal. É de se notar que este tipo de dor ocorreu meses ou anos após o estabelecimento da gastrileostomia inadvertida, como se vê nos citados quadros 1 e 2.

<i>Autor</i>	<i>Diagnóstico completo</i>	<i>Duração da GI</i>	<i>Local da dor e sua duração</i>	<i>Achado operatório e anátomo-patológico ileal</i>
Berg	—	—	—	Úlcera ileal fibrosada.
Galpern	UD + UI	6 anos	Dor forte epigástrica há 5 anos.	Úlcera ileal típica.
Rivers e Wilbur	"Escara duodenal"	6 meses	Dor forte umbilical há 3 meses.	Úlcera ileal típica.
	UG + UI	4 anos	Dor forte periumbilical com irradiação para fossas ilíacas, há 8 meses.	Úlcera ileal típica.
	UG + UI	18 meses	Dores fortes no abdome inferior, há 8 meses.	Úlcera ileal. Gastrileite.
Kogut e Stein	UD + UI	2 anos	Dores periumbilicais e no epigástrico, depois de 9 meses.	Úlcera ileal.
Torraca	Colecistite calculosa + apendicite + UI	18 meses	Dores violentas no epigástrico, sem irradiação.	Três úlceras ileais típicas.
Smith e Rivers	UD + UI	7 anos	Não há dados.	Úlcera ileal de 15 mm de diâmetro.
	UD + UI	2 meses	Dor forte abdominal logo após a operação.	Úlcera ileal de 10 mm de diâmetro.
	UD + UI	2 anos	Dor forte umbilical com irradiação para a região lombar há 6 meses.	Úlcera ileal pequena justamente sentierial.
Brown, Colvert e Brush	Não referido	6 meses	Mal-estar abdominal há 2 meses.	Dois úlceras ileais.
Michels, Brown e Crile Jr.	UD + UI	13 anos	Dor forte, periumbilical há 7 anos.	Úlcera ileal recente.
	UD + UI	17 anos	Dor forte epigástrica no último anc.	Úlcera ileal.
Boice	UD + UI	5 anos	Não há dados.	Úlcera ileal.
Marshall e O'Donnell	Gastrectomia + GI	5 meses	Não há dados.	Úlcera ileal.

Caso	Diagnóstico completo	Duração da GI	Local da dor e sua duração	Achado operatório e anátomo-patológico ileal
1	UD + UI	10 meses	Dor periumbilical contínua, 4 meses após operação.	GI + 3 UI gastrileite (fig. 4).
2	UD + UI (esclerose)	7 meses	Dor periumbilical e epigástrica fraca e imprecisa, 5º mês após operação.	GI + esclerose localizada. UI?
3	UD + UI	2 meses	Dor periumbilical contínua.	Gastrect. + GI. Gastrectomia econômica (v. fig. 6). UI (fig. 7).
4	UD + UI	2 meses	Dor periumbilical em torção, 30º dia após operação.	Gastrect. + GI. Gastrectomia econômica (v. fig. 8). 2 UI (fig. 9).

Quadro 2 — Úlcera péptica ileal.

Embora os pacientes portadores de gastrileostomia assinalem, em geral, dores vagas e difusas que melhoram com as evacuações, há nos portadores de úlcera ileal o tipo de dores fortes, contínuas, com exacerbação em cólicas e queimação que aparecem principalmente no período pós-prandial e com irradiação ou não para as fossas ilíacas. Smith e Rivers<sup>17</sup> descreveram os dois tipos de dores referidas. E a relação das dores fortes com a úlcera péptica gastrileal ou relacionadas com a presença de gastrileite, foi expressa no trabalho de Rivers e Wilbur<sup>15</sup>. Torraca<sup>18</sup> fez restrições ao fato, em virtude da coexistência de úlcera duodenal ou gástrica na maioria dos casos descritos de úlcera ileal (quadro 1).

Com o estudo de nossos casos, acreditamos, com Rivers e Wilbur<sup>15</sup>, que a hipótese da relação dores fortes periumbilicais, contínuas, com exacerbações em cólicas, e úlcera ileal, explica bem a sintomatologia. Assim é que, além dos casos de gastrileostomia propriamente dita, que na verdade estavam com úlceras primitivas duodenais ou gástricas, há em nossa casuística os dois pacientes do grupo dos gastrectomizados em que as úlceras duodenais primitivas não mais entravam em cogitação.

Merece ainda menção o fato de que nos dois casos de nossa observação do grupo de gastrectomias com gastrileostomias, as ressecções gástricas eram econômicas e as anastomoses estavam a 7 e 28 cm da válvula ileocecal, respectivamente. A correção da gastrileostomia se fez com 2 meses de duração da anastomose anômala, e no caso de Marshall e O'Donnell<sup>11</sup>, com 5 meses. Após esse tempo as úlceras ileais eras evidentes (figs. 7 e 9).

Os casos de gastrileostomias simples tiveram a duração de 10 e 7 meses, respectivamente, até serem reoperados para a correção da gastrileos-

tomia, e as anastomoses estavam a 8 e 20 cm da válvula ileocecal. No primeiro caso a dor periumbilical continua surgiu no 4.º, e no segundo no 3.º mês pós-operatório, sendo aceitável que nessa ocasião é que tenha aparecido a úlcera péptica ileal.

Por essas considerações, podemos sugerir que o aparecimento — no curso de gastrileostomia, cuja sintomatologia e diagnóstico já estudamos exaustivamente no trabalho anterior<sup>15</sup> — de dores periumbilicais fortes e contínuas, constitui índice de úlcera péptica ileal, como descreveram Rivers e Wilbur<sup>16</sup>, e que confirmamos.

#### RESUMO E CONCLUSÕES

O autor estudou 4 casos de úlcera péptica ileal pós-operatória ocorridos entre 21 casos de gastrileostomia inadvertida, sendo 7 em gastrenterianastomoses pròpriamente ditas e 14 associadas a gastrectomias. Dois dos casos de úlcera ileal verificaram-se em gastrileostomias simples e 2 em gastrectomias com gastrileostomias, dando, respectivamente, 2 em 7 (26,5%) e 2 em 14 (14,3%). A literatura médica é revista, a qual apresenta uma incidência de úlcera ileal de 21,2% para o primeiro grupo, e de 4,3% para o segundo. Os 4 pacientes são estudados exaustivamente, sendo as observações documentadas com radiografias e fotografias das peças cirúrgicas. As úlceras ileais não foram diagnosticadas, quer clínica, quer radiológica, no pré-operatório. Tõda a atenção, nesse período, estava voltada para a sintomatologia e diagnóstico da gastrileostomia inadvertida. Os achados cirúrgicos e anátomo-patológicos identificaram as nítidas úlceras ileais. Na revisão dos 21 casos citados de gastrileostomias foi verificado que o aparecimento de dor forte, contínua, periumbilical, com exacerbação pós-prandial, apenas ocorreu naqueles casos em que havia úlcera ileal. Os 4 casos foram então destacados para a feitura dêste trabalho, que tem o fito de chamar a atenção para êsse detalhe clínico de importância, o qual permite sugerir que o aparecimento de dores periumbilicais fortes e contínuas, no curso de uma gastrileostomia, cuja sintomatologia e diagnóstico já estudamos exaustivamente em trabalho anterior, constitui índice de úlcera péptica ileal, como descreveram Rivers e Wilbur, e que confirmamos.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BARRITT, D. W. — Secondary steatorrhoea following gastroileal anastomosis. *Lancet*, ii:564-565, 1952.
2. BERNARDES DE OLIVEIRA, A.; STRAZZACAPPA, A. — Sõbre a úlcera experimental do jejuno obtida pelo método das derivações. *Rev. Cir. São Paulo*, 1:296-334, 1934.
3. BOICE, C. L. — Gastroileostomy. Case report. *Am. J. Roentgenol.*, 66:601-602, 1951.
4. BROWN, C. H.; COLVERT, J. R.; BRUSH, B. E. — Gastroileostomy, a rare surgical error. Symptoms and X-ray findings. *Gastroenterology*, 8:71-81, 1947.
5. CHRISTMANN, F. E. — Úlcera péptica post-operatória. *Anais do VIII Congresso Interamericano e XXII Argentino de Cirurgia*, fasc. 1, págs. 255-362, 1921.
6. GALPERN, J. — Über einen Fall von Gastroileostomie. *Zentralbl. f. Chir.*, 54:144-145, 1927.
7. KLEIN, E. — The fundamental principles of treatment of gastric and duodenal ulcers. *Arch. Surg.*, 13:730-743, 1926.
8. KOGUT, B.; STEIN, E. — Gastroileostomy and gastroiliac ulcer. *Am. J. Surg.*, 33:263-269, 1936.
9. LEGER, L.; BAEZNER, C. — La gastroileostomie. Un court-circuit bien involontaire.

- A propos de deux observations. Presse Méd., 65:24-28, 1957. 10. MANN, F. C.; WILLIAMSON, C. S. — Experimental production of peptic ulcer. Ann. Surg., 77:409-422, 1923. 11. MARSHALL, S. F.; O'DONNELL — Gastroileostomy; a preventable surgical error. S. Clin. North America, 37:665-670, 1957. 12. MCKENZIE, A. D.; ROBERTSON, H. R. — Gastro-ileostomy. Ann. Surg., 138:911-914, 1953. 13. MICHELS, A. G.; BROWN, C. H.; CRILE jr., G. — Surgical error of gastroileostomy. Report of six cases. Am. J. Surg., 82:191-197, 1951. 14. POTTENGER, F. M. — Symptoms of Visceral Disease. Mosby, St. Louis, 1944. 15. RAMOS DE OLIVEIRA, M. — Gastroileostomia Inadvertida. Contribuição para o seu estudo clinico, radiológico e anátomo-patológico. Tese de Docência Livre, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Edit. Reis, Cardoso, Botelho & Cia., São Paulo, 1953. 16. RIVERS, A. B.; WILBUR, D. L. — The syndromes of gastroileostomy and gastro-iliac ulcer. Surg., Gynec. a. Obst., 54:937-944, 1932. 17. SMITH, L. A.; RIVERS, A. B. — Gastroileostomy and gastroileal ulcer. Surg., Gynec. a. Obst., 76:110-114, 1943. 18. TORRACA, L. — Un caso di gastro-ileostomia. J. Internat. de Chir., 2: 513-531, 1937. 19. VASCONCELOS, E. — Ulcera jejunal post-operatoria. Rev. Cir. São Paulo, 1:26-80, 1934. 20. VASCONCELOS, E.; FERRARA, A. — Ulcera peptica experimental. Rev. Biol. Hyg., 5:7-34, 1934.