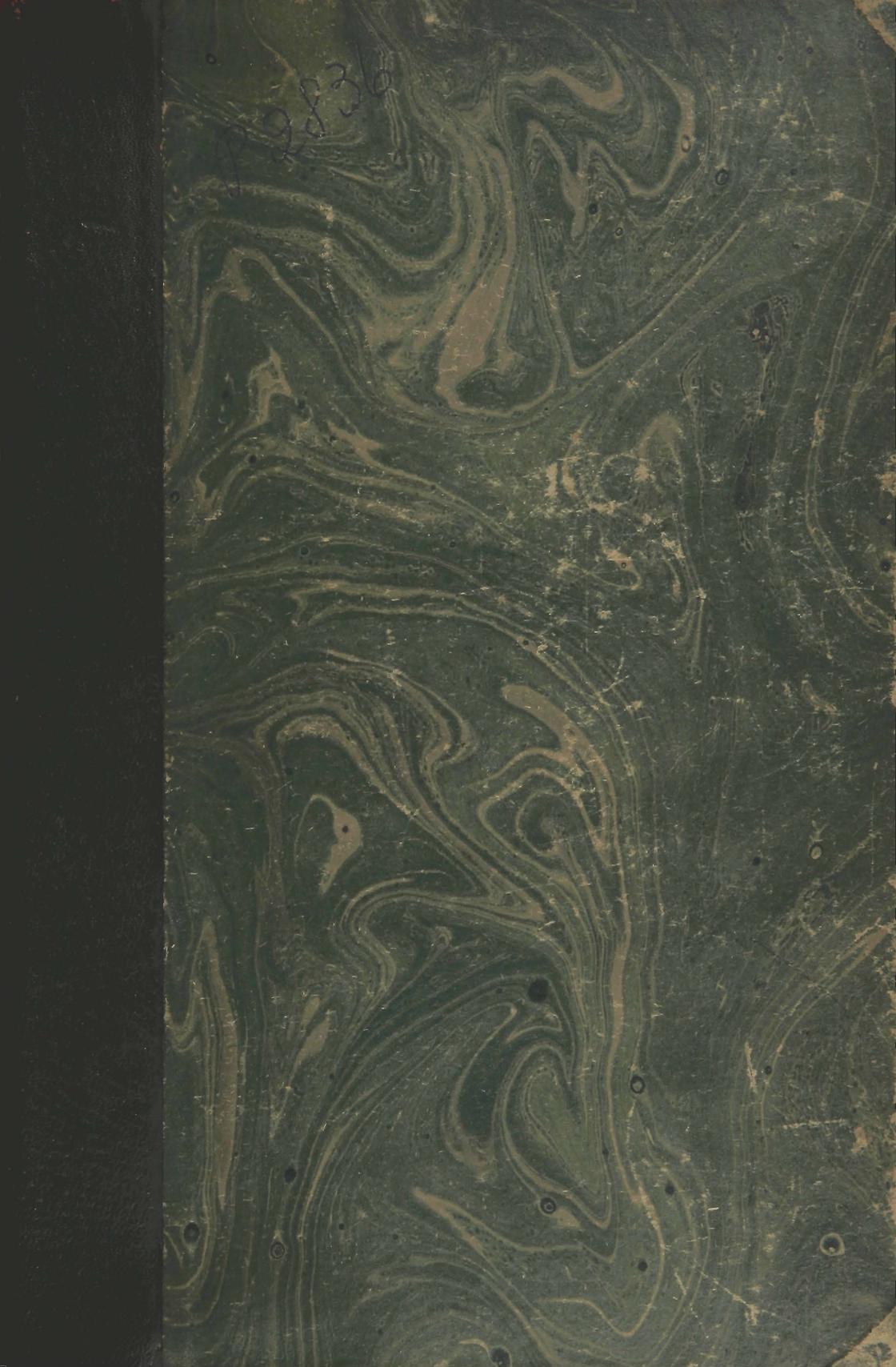


9836



ÚLCERA PÉPTICA ILEAL

ESTUDO DE 4 CASOS

MARIO RAMOS DE OLIVEIRA *

Tendo tido a oportunidade de estudar as gastrileostomias inadvertidas em trabalho anterior¹⁵, deparamos com a existência de úlceras ileais, documentando no homem condições semelhantes às das clássicas experiências de Mann e Williamson¹⁰. Entre estas experiências existia aquela na qual a continuidade do tubo digestivo era mantida após ressecção gástrica com gastrojejunosomia, 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 Ferrara²⁰ e Bernardes de Oliveira e Strazzacapa² 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.

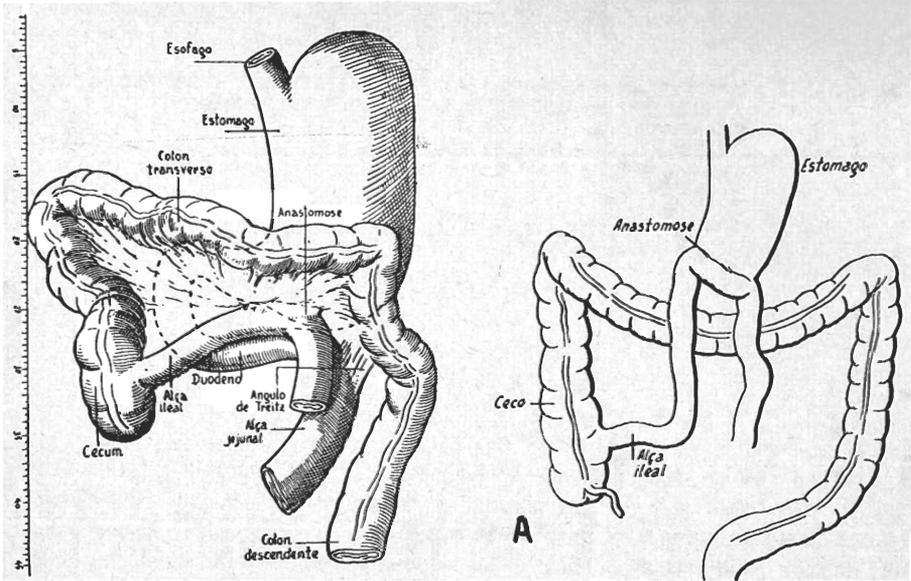


Figura 1

Figura 2

Evidentemente, as alterações fisiopatológicas conseqüentes à derivação do suco gástrico para o íleo, 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 gastrojejunostomias 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 Klein⁷), Galpern⁶, Rivers e Wilbur¹⁶, Kogut e Stein⁸, Torraca¹⁸, Smith e Rivers¹⁷, Brown e col.⁴, Michels e col.¹³ e Boice³.

Além da detalhada revisão da literatura, que pode ser vista em nosso trabalho¹⁵ de 1953, conseguimos mais as seguintes referências: Barrit¹, em que um caso de gastrectomia com gastrileostomia inadvertida é estudado, não havendo úlcera ileal; McKenzie e Robertson¹², em que são estudados 2 casos — um de gastrileostomia simples e outro de gastrectomia + gastrileostomia — e em ambos não havia úlcera ileal; Leger e Baezner⁹, em que mais dois pacientes do grupo gastrectomia + gastrileostomia são estudados, não havendo úlcera ileal; Marshall e O'Donnell¹¹, 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 gastrectomias, 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'Donnell¹¹, 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 lientérica, com numerosas evacuações. Apresentou grande astenia e enfraquecimento. Há 6 meses, ou seja 4 meses após a operação, apareceu dor forte continua 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 boca 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 boca anastomótica e a terceira a 20 mm dessa boca (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 gastrenter Anastomose. 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 vezes 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 toda 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: Gastrenter Anastomose com circulo 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 relêvo que vai à outra cheia. Esta era o ceco, pois cirurgicamente a anastomose era gastrileostomia 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 boca 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; gastrileanastomose.

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

Comentário — Este paciente, examinado clinicamente, fez 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 boca 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 diarreia 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 furfurácea. 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 boca 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 íleo 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 íleo 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.

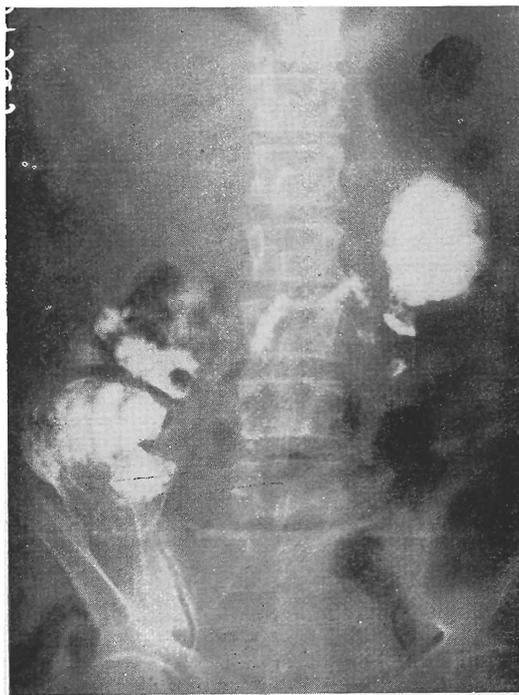


Fig. 6 — Caso 3. Radiografia mostrando o amplo côto gástrico e o ceco. Logo após a anastomose há nitida imagem contrastada que deve corresponder à enorme úlcera ileal que existia. Comparar com a fig. 7. Não foi interpretada no pré-operatório.

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 congestos, o mesmo acontecendo na mucosa, onde existe também um infiltrado difuso de células linfocitóides. 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, comerciário, 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 lientérica, 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 ilíaca 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).

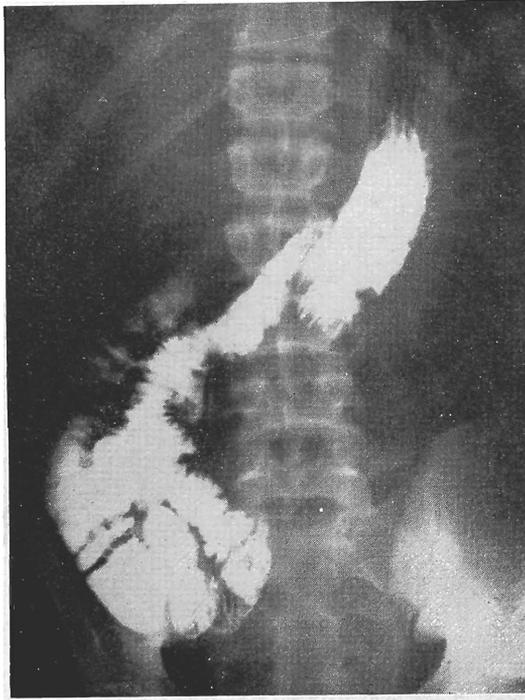


Fig. 8 — Caso 4. Radiografia mostrando a gastrectomia econômica, a alça ileal anastomosada e o ceco. Não foram vistas as úlceras ileais.

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 anastomosada, 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 jejuno; logo abaixo da boca anastomótica há 2 úlceras ileais de forma elíptica, medindo 5 mm no seu maior eixo (fig. 9). *Microscópico*:

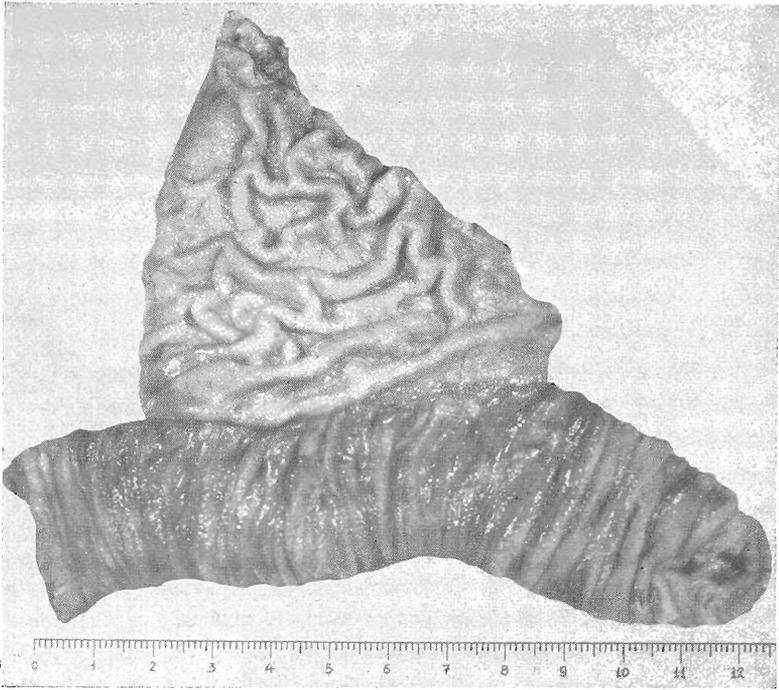


Fig. 9A — Caso 4. Peça operatória evertida. No ileo havia duas úlceras.

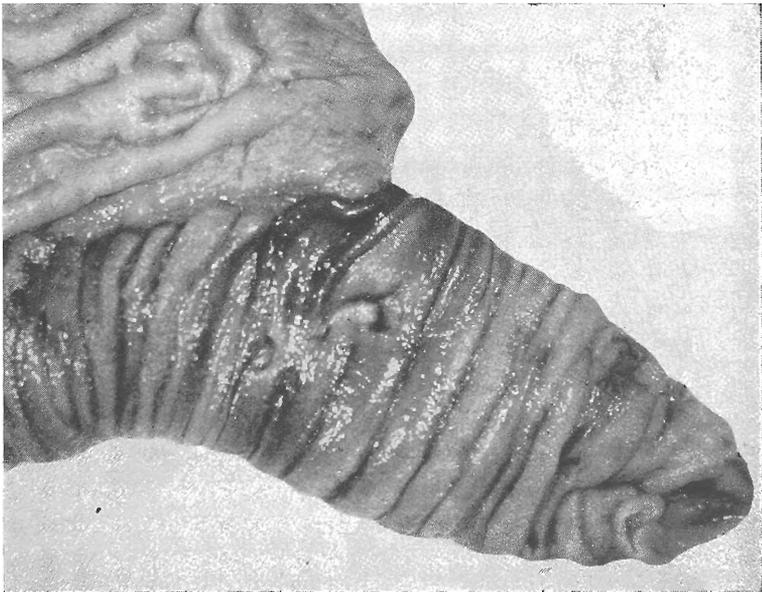


Fig. 9B — Caso 4. Peça operatória mostrando melhor as úlceras ileais.

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.

COMENTÁRIO GERAL

Em nossa casuística há, até 1958, 21 casos de gastrileostomia inadvertida, sendo 7 do grupo das gastreteranastomoses propriamente 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 deste grupo, teremos: gastrileostomias propriamente 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 deste 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 gastreterostomias^{5, 19} 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 T₅ a T₉, particularmente T₈ a T₉, com especial referência à região umbilical¹⁴.

No mesmo livro de Pottenger¹⁴ 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 justamenterial.
Brown, Colvert e Brush	Não referido	6 meses	Mal-estar abdominal há 2 meses.	Duas 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 Rivers¹⁷ 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 Wilbur¹⁶. Torraca¹⁸ 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 Wilbur¹⁶, 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'Donnell¹¹, 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 decorso de gastreileostomia, cuja sintomatologia e diagnóstico já estudamos exaustivamente no trabalho anterior¹⁵ — de dores periumbilicais fortes e contínuas, constitui índice de úlcera péptica ileal, como descreveram Rivers e Wilbur¹⁶, e que confirmamos.

RESUMO E CONCLUSÕES

O autor estudou 4 casos de úlcera péptica ileal pós-operatória ocorridos entre 21 casos de gastreileostomia inadvertida, sendo 7 em gastrenterianastomoses pròpriamente ditas e 14 associadas a gastrectomias. Dois dos casos de úlcera ileal verificaram-se em gastreileostomias simples e 2 em gastrectomias com gastreileostomias, 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 radiológicamente, no pré-operatório. Tõda a atenção, nesse período, estava voltada para a sintomatologia e diagnóstico da gastreileostomia inadvertida. Os achados cirúrgicos e anátomo-patológicos identificaram as nítidas úlceras ileais. Na revisão dos 21 casos citados de gastreileostomias 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 decorso de uma gastreileostomia, 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 clínico, 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.

ÚLCERA PÉPTICA PÓS OPERATÓRIA

FORMAS ANATOMO-CLÍNICAS

MARIO RAMOS DE OLIVEIRA *

PAULO D. BRANCO **

LUIZ BACCALÁ ***

Desde o início da cirurgia gástrica tem-se conhecimento da entidade clínica caracterizada pelo aparecimento de úlcera pós-operatória junto à neoboca, após ressecções gástricas ou gastrenterostomias. Tal entidade, apesar da variada e confusa sinonímia, é habitualmente designada úlcera péptica pós-operatória.

Embora estejam estabelecidas normas e bases fisiopatológicas para o tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal, principalmente através do estudo clínico e experimental da histofisiologia gástrica e do mecanismo de regulação da acidez revisto por um de nós (P.D.B.³), a úlcera péptica pós-operatória continua sempre presente nas estatísticas dos melhores Serviços de Gastrenterologia como complicação das ressecções gástricas e gastrenterostomias, como atestam os trabalhos, entre outros, de Corrêa Netto ⁶, Lima e Corrêa Netto ¹³, Bastos ¹, Pontes ¹⁹, Monteiro ¹⁶, Lodovici ¹⁴, Rodrigues ²², Paulino ²⁰, entre nós, e de Chifflet ⁴, Christmann ⁵, Dragstedt ⁷, Everson e Allen ⁸, Glenn ⁹, Meyer e Stein ¹⁵, Wells e McPhee ²⁵, no estrangeiro.

FISIOPATOLOGIA DO ESTÔMAGO OPERADO

Embora com patologia própria, semelhante à úlcera gastroduodenal, a úlcera péptica pós-operatória apresenta particularidades etiopatogênicas que a identificam perfeitamente.

Como é observado na patologia da úlcera gastroduodenal, na úlcera péptica pós-operatória a integridade tecidual da neoboca e da alça jejunal é função do equilíbrio entre dois grupos de fatores: defesa ou resistência tecidual e de agressão.

Nas gastrenterostomias e gastroduodenectomias, a resistência dos tecidos e os fatores de agressão podem assim ser catalogados, segundo Chifflet ⁴:

Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas 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.

** Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Cirurgião do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.

*** Assistente extranumerário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ex-residente do Hospital das Clínicas.

1) *Resistência tecidual* — As condições de resistência tecidual do jejuno e neoboca podem ser modificadas por vários mecanismos, a saber: a) alterações jejunais de origem carencial, pelo regime alimentar inadequado no pré e pós-operatório; b) alterações estruturais da mucosa, de natureza isquêmica ou traumática, provocadas por esmagamentos, trações, ligaduras, etc.; c) torções, angulações e acotovelamentos, por técnica inadequada, ou aderências viscerais, comprometendo a irrigação da mucosa.

Os fatores enunciados, capazes de provocar a diminuição da resistência tecidual, por si só pouco ou nenhum valor possuem na gênese da úlcera péptica pós-operatória. Se considerarmos, no entanto, a ação agressiva do conteúdo gastrointestinal sobre tais zonas de menor resistência, concluiremos que elas podem ser ponto de partida para uma úlcera péptica pós-operatória.

2) *Fatores de agressão* — Os fatores de agressão são fundamentalmente representados pelos alimentos ingeridos e secreções digestivas, mais particularmente pelo ácido clorídrico secretado pelo estômago nas gastrenterostomias ou no côto gástrico após as ressecções. Apesar de ser a acidez gástrica a responsável direta pela gênese da úlcera péptica pós-operatória, participam ativamente em sua formação as alterações topográficas funcionais encontradas no operado gástrico, principalmente no gastrectomizado. Assim, podemos catalogar a seguinte ordem de fatores funcionais que permitam a ação em estado de relativa pureza do ácido clorídrico sobre a neoboca e a mucosa jejunal: a) Alterações dependentes do côto gástrico ou do estômago nas gastrenterostomias: esvaziamento rápido, por perda da função de reservatório; ressecções gástricas econômicas, e gastrenterostomias, permitindo níveis elevados de cloridria; manutenção do antro gástrico, permitindo a integridade do mecanismo hormônico de secreção gástrica, produzindo conseqüentemente altos níveis de cloridria. b) Alterações dependentes da alça jejunal eferente: acotovelamentos, aderências, pinçamentos e lacerações, comprometendo o trânsito e irrigação da alça aferente; má disposição técnica da alça eferente dificultando o trânsito alimentar e a irrigação de sua parede. c) Alterações dependentes da alça jejunal aferente: derivação das secreções digestivas alcalinas, bile e suco pancreático, da neoboca anastomótica, como o observado nas anastomoses em Y de Roux e nas enterenteranastomoses de Braun; estase das secreções alcalinas na alça aferente, ao nível da pinça aortomesentérica, em conseqüência de dilatação e hipotonia pós-operatória; angulações, acotovelamentos e trações ao nível do ângulo duodenojejunal; obstáculos mecânicos por aderências e trações na alça proximal; compressão da alça aferente ao nível do cólon transversal, nas anastomoses pré-cólicas; discinesia biliopancreática do operado gástrico, com trânsito gastrojejunal.

Analisando os fatores desencadeantes de desenvolvimento e manutenção da úlcera péptica pós-operatória, não podemos deixar de assinalar a participação ativa, na gênese do processo, dos chamados fatores primários constitucionais e psicossomáticos, representados pela composição anátomo-funcional do indivíduo, que são trazidos pela hereditariedade⁵.

Alterado o equilíbrio entre os fatores de resistência tecidual e de agressão, tem origem um processo destrutivo de natureza ulcerativa que, com caráter penetrante, tende a atingir em profundidade tôdas as estruturas da parede jejunal e a neoboca anastomótica. Êste processo de natureza evolutiva provoca reação inflamatória dos tecidos, que se traduz por infiltrado linfoplasmomonocitário, assim como de tecido conjuntivo, com o fim de circunscrevê-lo. Os fenômenos inflamatórios atingem não só as paredes jejunais ou da neoboca, como se estendem ao peritônio regional, ao mesentério e aos gânglios linfáticos, e mesmo às vísceras vizinhas que, muitas vêzes, aderindo ao local da úlcera, protegem a cavidade peritoneal.

Se, por modificações funcionais de origem medicamentosa e clínica, se consegue provocar a reação dos tecidos, pode obter-se o desaparecimento do processo ulceroso, que é substituído por uma cicatriz conjuntiva sem a devida epitelação e que, sob a mínima agressão, novamente se abre e se põe em evolução, sempre com caráter penetrante.

Da análise etiopatogênica da úlcera péptica pós-operatória surge com evidência o conceito e a divisão de suas formas anátomo-clínicas, motivo do presente estudo.

CLASSIFICAÇÕES DAS FORMAS DA ÚLCERA PÉPTICA PÓS-OPERATÓRIA

A úlcera péptica pós-operatória pode ser classificada sob o ponto de vista anátomo-clínico, de várias formas, segundo diferentes autores. Assim, van Roojen (cit. por Christmann⁵) a classifica em: a) forma latente; b) forma atípica; c) forma com perfuração aguda; d) forma com tumor inflamatório parietal; e) forma perfurada no cólon. Segundo êste autor, a forma atípica foi observada em 11% dos casos, a perfurada aguda em 20%, o tumor inflamatório parietal em 57% e a forma perfurada no cólon em 12% dos casos.

Viñas (cit. por Christmann⁵) fêz a seguinte classificação: 1) forma dispéptica simples; 2) forma tumoral; 3) forma estenosante com retenção gástrica; 4) forma perfurante aguda; 5) forma perfurante em cólon transverso, com fistula gastrojejunocólica.

Labandibar (cit. por Christmann⁶) adota a seguinte classificação: 1) forma típica; 2) forma com peritonite localizada e plastrão superficial; 3) forma com peritonite localizada profunda ou pseudotumoral; 4) forma perfurante com peritonite generalizada; 5) forma perfurante nos diversos segmentos do tubo digestivo; 6) forma recidivante; 7) forma intestinal.

Christmann⁵, de acôrdo com os achados macroscópicos operatórios, divide as úlceras pépticas pós-operatórias em: 1) não se encontra a úlcera; 2) exulceração ou erosão da mucosa; 3) úlcera crônica; 4) úlcera complicada: perfuração (em peritônio livre, em órgão parenquimatoso, em órgão ôco, isto é, fistula gastrojejunocólica); hemorragia; degeneração.

Neste trabalho preferimos adotar a classificação que segue, e por ela fazemos a seqüência da exposição das *formas anátomo-clínicas da úlcera péptica pós-operatória*: 1) Forma não complicada; 2) Formas complicadas: a) hemorrágica; b) perfurada em peritônio livre; c) tumoral; d) penetrante com fístula e sem fístula; e) estenosante.

Forma não complicada — A forma não complicada da úlcera péptica pós-operatória é caracterizada clinicamente por apresentar sintomatologia dependente tão somente do processo ulcerativo, que se limita às estruturas da parede jejunal, sem reação inflamatória periulcerosa e sem atingir estruturas vasculares que determinem sangramento.

Nos casos de úlcera péptica pós-operatória não complicada, o sintoma predominante é a dor quase contínua, com exacerbações, com ou sem ritmo ou periodicidade, em queimação ou constrição, habitualmente localizada no epigástrico e região umbilical. A intensidade e continuidade da dor são dependência da participação peritoneal no processo inflamatório periulceroso. A dor da úlcera péptica pós-operatória pode apresentar características de dor visceral, assim como pode apresentar dor do tipo sensitivo periférico na eventualidade do processo inflamatório, por contigüidade, atingir o peritônio parietal; por tal motivo pode ser contínua, surda, profunda, mal definida do tipo visceral, assim como pode tornar-se precisa, nítida, localizada, superficial e mais ou menos intensa, de acôrdo com a maior ou menor participação da serosa parietal no processo inflamatório.

A irradiação da dor se faz habitualmente para o hipocôndrio e flanco esquerdo.² Os fatores que habitualmente melhoram a dor na úlcera gastroduodenal (antiácidos, antispasmódicos, repouso e às vezes a ingestão de alimentos) também podem provocar alívio, se bem que fugaz, na sintomatologia dolorosa da úlcera péptica pós-operatória. A náusea e o vômito ocorrem como manifestações reflexas de um quadro doloroso intenso, habitualmente melhorando-o.

Ao analisarmos a sintomatologia da úlcera péptica pós-operatória, não devemos esquecer que, nos pacientes portadores de gastrenterostomias, por permanência do processo ulceroso primitivo, os sintomas dêle decorrentes podem associar-se aos da úlcera péptica pós-operatória, ou mesmo superá-los em intensidade.

A propedêutica geral e abdominal nos casos iniciais, ditos não complicados, pouco ou nenhum dado nos traz. No ato cirúrgico o achado consiste na identificação de um processo ulcerativo junto à neoboca, sem comprometimento de estruturas vasculares ou de vísceras vizinhas (caso 1).

CASO 1 — G. J., 24 anos, brasileiro, comerciante, matriculado no Serviço de Assistência Médica do IAPC sob nº 22.511.

O paciente apresentava, há 8 anos, úlcera duodenal comprovada por quatro exames radiológicos. Foi tratado clinicamente, mas nunca fez tratamento regular, sendo indisciplinado, fazendo muitas extravagâncias alimentares. Continuou fumando bastante e tomando café. É alérgico e tem uma irmã que já foi operada cinco vezes do estômago por úlcera. Foi operado de gastrectomia há 10 meses. Durante

6 meses fez a dieta e passou bem. Há 4 meses voltou a fumar e saiu do regime. Há um mês apresenta dores no epigástrico, que se irradiam para os hipocôndrios, de caráter contínuo e com exacerbações fortes e em cólicas, um pouco aliviadas quando toma leite gelado. Outros alimentos as agravam. Necessita, às vezes levantar-se à noite para tomar o leite a fim de poder dormir. Foi feito exame radiológico, que revelou duas úlceras pépticas pós-operatórias na alça jejunal anastomosada (fig. 1). Vai ser reoperado.

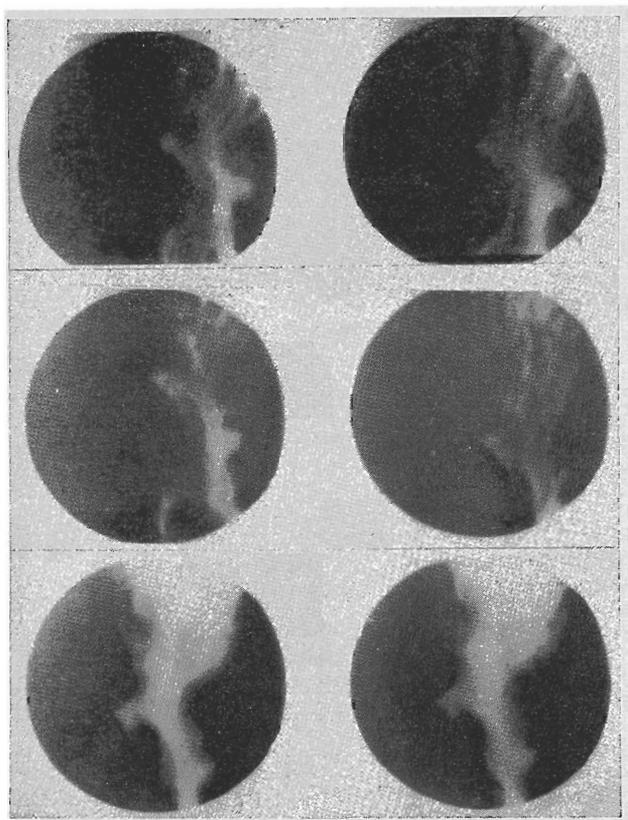


Fig. 1 — Caso 1. Radiografia mostrando as úlceras pépticas pós-operatórias. A gastrectomia é ampla.

Comentário — O paciente foi submetido à gastrectomia por úlcera duodenal. Tem uma irmã que também o foi e teve úlcera péptica pós-operatória recidivante, já tendo sido reoperada várias vezes. Após um período de bem-estar, teve a sintomatologia clássica da úlcera péptica pós-operatória na fase não complicada. Foi feito o diagnóstico clínico que o exame radiológico confirmou.

Formas complicadas — Nas formas da úlcera péptica pós-operatória, ao sintoma dor, comum a todas as formas, somam-se outros, para os quais encontramos representação anátomo-patológica sempre dependente da característica evolutiva e penetrante da úlcera.

a) U.P.Op. hemorrágica — Na forma hemorrágica incluímos os casos que, além do quadro clínico próprio da úlcera péptica pós-operatória, referem como dado predominante perdas sangüíneas de maior ou menor gravidade, expressas por hematêmese ou melena. A melena é o sintoma mais comum, não sendo raras neste tipo de úlcera as hemorragias maciças^{2, 17}. A incidência de hemorragia nos pacientes portadores de úlcera péptica pós-operatória varia de 9 a 50% (Bockus²).

Dois aspectos chamam a atenção no problema das hemorragias da úlcera péptica pós-operatória: a repetição habitual do quadro hemorrágico e a gravidade das hemorragias maciças muitas vezes presentes. Tais aspectos, como as formas anátomo-clínicas em si, encontram a sua explicação no caráter evolutivo, penetrante, sem tendência à cura, que apresenta a úlcera péptica pós-operatória, a qual, atingindo um vaso, provoca a sua corrosão.

Ao quadro clínico da úlcera não complicada, somando-se a hematêmese e melena e dependendo da gravidade das alterações cardiocirculatórias próprias das hemorragias, temos o quadro clínico da úlcera péptica pós-operatória hemorrágica, perfeitamente exemplificado no caso 2.

CASO 2 — G.Z., 32 anos, brasileiro, comerciário, matrícula 257-52, de clínica particular (M.R.O.) em 4-12-1952.

O paciente foi operado de úlcera duodenal há 3 anos, quando submetido a gastrectomia. Passou bem 8 meses e depois desse prazo começou a apresentar dor e "pressão" na região periumbilical, principalmente à esquerda, de caráter mais ou menos permanente e acompanhada de enjoo e cólicas; algumas vezes essas cólicas eram em "torções" fortes, que melhoravam com o vômito de líquido amarelo ou de restos alimentares. Fêz radiografia, que revelou úlcera péptica jejunal pós-operatória. Fêz tratamento clínico durante 2 anos, com períodos de melhora e piora, tendo tirado três radiografias, sendo duas negativas e uma positiva para o mesmo diagnóstico. Após 2 anos e 8 meses da operação teve violenta hemorragia de 8 a 10 dias de duração, com profusas hematêmeses e melenas típicas, que o levaram a grande anemia, astenia e fraqueza. Continuou, apesar disso, com o tratamento clínico, pois negava-se a ser reoperado, tendo tido, nos últimos 6 meses, novas hemorragias pequenas de 1 ou 2 dias de duração, freqüentemente como melena e às vezes como hematêmese. Veio à consulta emagrecido, anemiado e nessa ocasião o seu dia gástrico era o seguinte: dor intensa o desperta às 4 horas da manhã; toma leite com café e melhora, conseguindo dormir; às 9 horas acorda com o epigástrico doloroso; toma novo café com leite e a dor que retornou forte melhora; se tomar só café a dor piora muito; às 11 horas almoça e há piora da dor com exacerbações em cólicas; delta-se durante 3 horas porque tem suores frios depois do almoço, mal-estar e grande sonolência; às 15 horas, freqüentemente, vomita um líquido amarelado, o que melhora o seu mal-estar. Às 18 horas janta e piora a dor, que às vezes melhora com os vômitos. Pela madrugada a exacerbação da dor o faz acordar. O intestino funciona bem, evacuando diariamente. Estava com 2.300.000 eritrócitos e Hb 46%; a prova de Katsch-Kalk revelou hipercloridria (AT 80 e Al 70). Foi indicada intervenção e começou a tomar transfusões de sangue para se preparar. Ao chegar, após várias transfusões, a ter Hb 62% com 4.300.000 eritrócitos, teve um acidente de tipo sangüíneo incompatível e em conseqüência sobreveio síndrome de néfron inferior de recuperação lenta, que levou 3 meses para se efetuar. Fêz nova radiografia nessa ocasião, que revelou gastrectomia econômica com úlcera péptica crônica da alça anastomótica, em sua borda mesenterial (fig. 2).

Teve novo acidente hemorrágico maciço, com hematêmese e melena, que o levou a ter 40% de hemoglobina e 3.200.000 eritrócitos. O sangramento persistia e as condições circulatórias estavam instáveis. Foi operado na vigência da hemorragia

e submetido a degastro + gastrectomia + ressecção da alça jejunal. A peça anátomo-patológica revelou duas úlceras: uma em cada extremidade da anastomose. O paciente entrou em choque, vindo a falecer 6 horas após a operação.

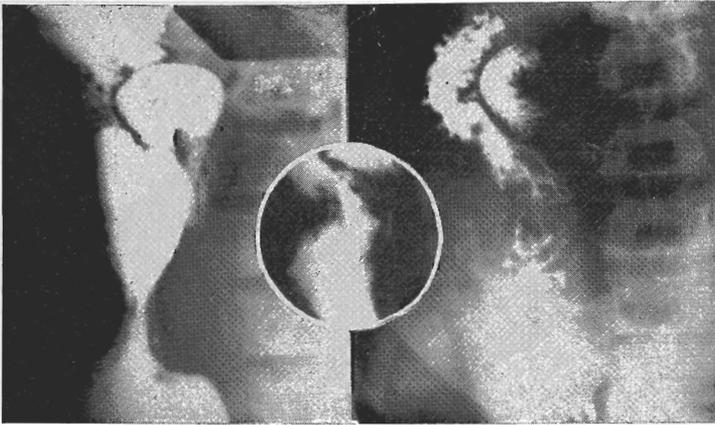


Fig. 2 — Caso 2. Gastrectomia econômica. No centro, a anastomose e, à esquerda desta, a úlcera.

Comentário — O paciente apresentou uma úlcera péptica pós-operatória complicada com hemorragia grave e de longa duração.

b) U.P.P.Op. perfurada em peritônio livre — Se sua evolução de penetração e acometimento progressivo em profundidade das estruturas próximas à neoboca ocorrer com rapidez, ou se as defesas orgânicas de ordem local e geral não se mostrarem satisfatórias, não havendo, portanto, bloqueio eficiente ao nível do fundo do processo ulcerativo, pode dar-se a sua perfuração em peritônio livre.

Esta eventualidade, que foi recentemente estudada por nós²¹, é relativamente rara, incidindo, segundo os vários autores, de 1 a 34% do total de úlceras pépticas pós-operatórias^{10, 11, 12, 23}.

A perfuração em peritônio livre ocorre mais freqüentemente nas gastrenterostomias, em relação às ressecções gástricas, e ainda é mais comum em indivíduos anteriormente operados por úlcera duodenal.

A sintomatologia observada é a clássica, em geral verificada nas perfurações de víscera ôca. Os sintomas subjetivos podem ou não ser precedidos de exacerbação do quadro doloroso. O quadro agudo prôpriamente dito é de dor súbita, habitualmente descrita como “em facada”, de grande intensidade, com tendência à irradiação para todo o abdome. O quadro clínico pode ser modificado em conseqüência das alterações peritoneais de ordem local.

Como dados propedêuticos podemos encontrar: 1) No *exame físico geral*, quadro clínico de maior ou menor comprometimento do estado geral, de acôrdo com o tempo de perfuração e estado físico antes da mesma; hipotensão e taquicardia, como decorrência de peritonite. Febre pode estar ou não presente. 2) No *exame do abdome* os dados propedêuticos encon-

trados se referem aos das peritonites em geral: abdome tenso, doloroso à palpação, com sinais de irritação peritoneal e ileo paralítico.

A úlcera péptica pós-operatória perforada em peritônio livre, em linhas gerais, apresenta características anátomo-patológicas praticamente iguais às úlceras pós-operatórias não complicadas; acrescenta-se apenas o orifício ao nível do fundo da úlcera, comunicando o estômago ou côto gástrico com a cavidade peritoneal, e a reação inflamatória da serosa, que pode ser desde serofibrinosa até francamente purulenta, de acôrdo com o tempo de perfuração. O caso 3 exemplifica plenamente o quadro descrito.

Caso 3 — J.S., 36 anos, branco, brasileiro, comerciário, procedente de São Paulo. Reg. 35.636. Data de internação 28-10-54. O paciente deu entrada no Hospital das Clínicas, pelo Pronto Socorro, com um quadro abdominal agudo e referindo a seguinte história: há 2 anos apresentou distúrbios dispépticos, fazendo radiografia que revelou úlcera duodenal. Foi operado da úlcera e seguiu o regime prescrito, passando bem, raramente tendo distúrbios gastrintestinais. Três dias antes da internação começou a ter dores em cólica, generalizadas por todo o abdome, com nítida acentuação nas últimas 12 horas. Evacuou fezes bem coradas e de aspecto normal, há 12 horas. Teve náuseas, mas não vomitou. Desde o aumento de intensidade das dores, que sempre foram generalizadas, deixou de eliminar fezes ou gases. O exame físico revelou paciente inquieto, gemendo e gritando continuamente. No abdome havia defesa generalizada, com descompressão parietal brusca muito dolorosa. A radiografia com contraste revelou gastrenteranastomose com extravasamento de contraste ao redor da anastomose e pneumoperitônio no espaço subfrênico direito.

Foi feita uma degastro + gastrectomia + ressecção da alça jejunal anastomosada, pois havia uma gastrenteranastomose com úlcera péptica pós-operatória em sua face ântero-superior, perforada, parcialmente tamponada pelo peritônio parietal. No duodeno havia duas úlceras. A úlcera péptica na peça operatória era de 17 mm de diâmetro, com perfuração irregular no fundo (fig. 3).

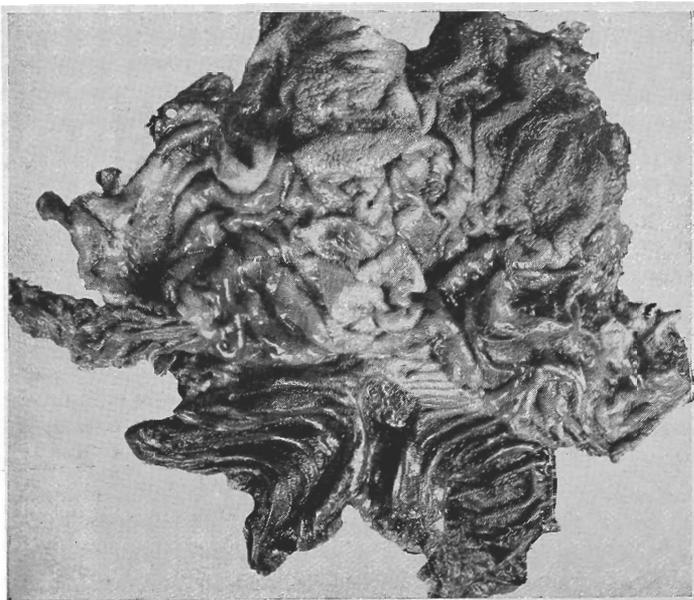


Fig. 3 — Caso 3. Peça operatória aberta, mostrando na alça jejunal a úlcera péptica perforada.

Comentário — O paciente, portador de úlcera duodenal, foi submetido a gastrenterostomia 2 anos antes. Apresentou o quadro clássico de perfuração aguda de víscera ôca, tendo sido operado com resultado satisfatório.

c) U.P.P.Op. tumoral — A forma tumoral da úlcera péptica pós-operatória é caracterizada, fundamentalmente, pela reação inflamatória periculerosa, que determina o aparecimento de tumor ao nível da região da necboca no local da úlcera.

O tumor de origem inflamatória surge como conseqüência da reação peritoneal ao nível do fundo da úlcera, que, se propagando para os tecidos e vísceras vizinhas, determina acolamento dos mesmos àquele local.

As formas tumorais de úlcera péptica pós-operatória são a expressão de boa capacidade de defesa orgânica, tanto local como geral, determinando a circunscrição do processo ulcerativo penetrante.

Aos dados clínicos próprios das úlceras complicadas acrescenta-se, nestas formas tumorais, a habitual maior intensidade da dor e a palpação de tumor epigástrico ou periumbilical. No ato cirúrgico o processo inflamatório de natureza tumoral pode ser de tal monta que não raro é confundido com neoplasia do côto gástrico ou do estômago. O caso 4 dá idéia precisa do que seja a forma tumoral de úlcera péptica pós-operatória.

CASO 4 — G.A., 47 anos, branco, masculino, brasileiro, vendedor, procedente da Capital. Reg. 489.795. Data de internação 17-9-57. O paciente, após um período de 3 anos de dores epigástricas em queimação que melhoravam com a alimentação, fez exame radiológico, que revelou úlcera duodenal. Foi operado, não tendo o cirurgião conseguido executar a operação proposta (gastroduodenectomia) em conseqüência de dificuldades técnicas. Três meses após sofreu nova intervenção, quando foi praticada gastroduodenectomia parcial. Passou bem 4 meses, quando notou o aparecimento de uma tumoração ao nível da cicatriz operatória, que aumentava com os esforços; concomitantemente, passou a sentir dor no hipocôndrio esquerdo, intensa, em queimação, contínua, melhorando com a ingestão de alimentos. Com o decorrer do tempo notou o aparecimento, no epigástrico, de tumoração intensamente dolorosa à palpação. Fez roentgenterapia, por 14 dias seguidos, sobre a citada tumoração, sem melhora alguma.

Ao exame físico, de interesse, constatou-se uma eventração de incisão cirúrgica paramediana direita. A palpação do abdome identificou-se tumoração do tamanho de uma laranja, dura, intensamente dolorosa, imóvel com a respiração, localizada no hipocôndrio esquerdo. Foi feita radiografia, que mostrou as relações da tumoração com as alças jejunais próximas à anastomose (fig. 4).

O paciente foi submetido a uma laparotomia, quando se constatou massa tumoral do tamanho de uma laranja, inteiramente aderida ao peritônio parietal, de consistência dura e inelástica, de caráter inflamatório. Alças intestinais, cólon transverso e fígado encontravam-se firmemente aderidos à massa tumoral, que por sua vez fazia corpo com o côto gástrico, onde havia uma úlcera péptica pós-operatória ao nível da boca eferente, junto à linha de anastomose. Executou-se a seguir degastrenterostomia + gastrectomia a Billroth II, com resultado satisfatório.

Comentário — O diagnóstico pré-operatório foi de câncer do côto gástrico ou úlcera péptica pós-operatória com peritonite plástica local, sendo a favor deste último a intensa dor no local do tumor. O ato cirúrgico confirmou a segunda hipótese.

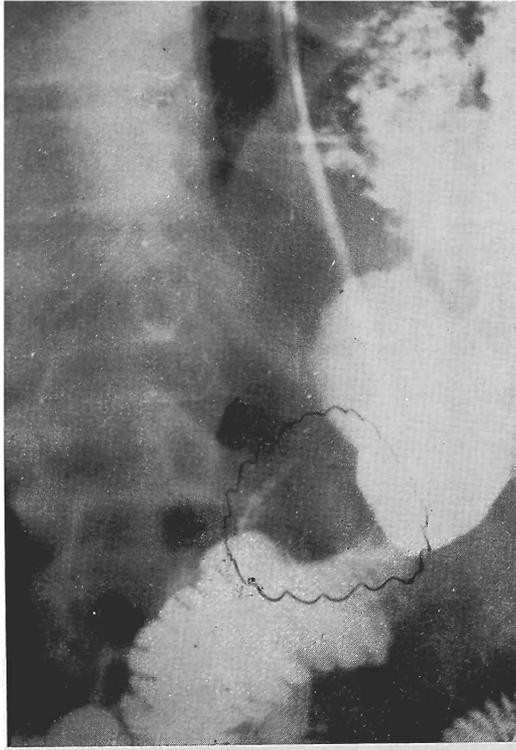


Fig. 4 — Caso 4. Radiografia mostrando o local da tumoração, esquematizada na chapa pelo radiologista. A tumoração comprimia o estômago e a alça jejunal anastomosada.

d) U.P.P.Op. penetrante ou perforante — Outra forma bastante comum de úlcera péptica pós-operatória é a chamada forma penetrante ou perforante. Sob o ponto de vista anátomo-patológico caracteriza-se pela penetração em tecidos e estruturas vizinhos, do processo ulcerativo péptico primariamente de localização gastrojejunal. Em consequência do acolamento das vísceras ao nível da úlcera, estabelecem-se aderências firmes entre esta e os órgãos adjacentes, que finalmente são atingidos em sua estrutura pelo processo destrutivo-ulcerativo. Em sua evolução, se houver estabelecimento de continuidade entre a cavidade gastrojejunal e outra víscera ôca — cólon ou intestino delgado — ou se houver comunicação com o exterior, a úlcera torna-se fistula gastrojejunocólica ou fistula gastrojejunocutânea. Ficam, assim, subdivididas as formas penetrantes, em formas penetrantes com e sem fistula. Nas formas sem fistula, os aspectos clínicos e propedêuticos são idênticos aos das formas clínicas não complicadas; a sua característica fundamental é de ordem morfológica e anátomo-patológica.

As formas fistulizadas de úlcera péptica pós-operatória apresentam características clínicas e propedêuticas próprias. Assim, se a comunicação

gastrojejunal se fizer com o exterior através da parede abdominal por uma fístula gastrojejunocutânea, teremos como dados clínicos predominantes aqueles dependentes da existência de intensa espoliação pelas perdas ao nível da fistula, assim como pela impossibilidade de se conseguir sua reposição e a manutenção do equilíbrio energético e hidrossalino. O caso 5 é um exemplo.

CASO 5 — J.B.W., 36 anos, branco, masculino, brasileiro, operário, procedente de São Caetano do Sul. Reg. 360.450. Data de internação 23-3-1954. O paciente, por apresentar sintomatologia dolorosa epigástrica, foi gastrectomizado 5 anos antes de sua internação, não sabendo informar qual a entidade clínica de que era portador. Como permanecesse com a mesma sintomatologia, dores epigástricas em queimação, de forte intensidade, irradiando-se para os genitais e perna esquerda, foi reoperado duas vezes, não sabendo informar quais as operações realizadas. Permaneceu com o mesmo quadro clínico até horas antes de sua internação pelo Pronto Socorro, quando as dores se tornaram intensas, após o que se seguiu a saída de líquido amarelo escuro pela cicatriz operatória, líquido este que queimava a pele, deixando-a avermelhada. Ao exame constatou-se um paciente em más condições físicas, desidratado, apresentando no abdome uma cicatriz cirúrgica mediana supra-umbilical e outra transversa no hemiabdomen esquerdo; na extremidade medial da incisão transversa notou-se pequeno orifício (10 mm de diâmetro), que dava saída a material líquido amarelo escuro, principalmente aos esforços e nas exacerbações da dor epigástrica. Administrando-se azul de metileno por bôca, este surgia no orifício cutâneo 45 segundos após. Foi feito exame radiológico, que revelou a existência de fístula gastrojejunocutânea (fig. 5).



Fig. 5 — Caso 5. Radiografia mostrando, em posição de perfil, a fístula gastrojejunocutânea.

O paciente permaneceu internado, recebendo transfusões diárias, alimentação parenteral, aspiração contínua do trajeto fistuloso e em exame durante 7 dias, após os quais foi operado. No ato cirúrgico constatou-se a existência de gastrenterostomia, com úlcera péptica da boca anastomótica fistulizada na pele, além de uma úlcera gástrica penetrante no pâncreas. Foi executada degastrenterostomia e gastrectomia a Billroth II. No 9º dia de pós-operatório houve aparecimento de líquido bilioso na cicatriz operatória, que resultou, nos dias subseqüentes, em intensa espoliação, vindo o paciente a falecer no 18º dia. A necropsia revelou deiscência da anastomose jejuno-gástrica.

Comentário — O paciente, operado do estômago por gastrectomia, apresentou sintomatologia de úlcera péptica pós-operatória, complicada com quadro agudo que o obrigou a procurar o Pronto Socorro. Nessa ocasião formou-se uma fistula externa de grande débito. A radiografia do estômago revelou gastrenteranastomose com fistula gastrojejunocutânea.

Outra forma fistulizada de úlcera péptica pós-operatória é a fistula gastrojejunocólica. Às características clínicas, comuns às úlceras pépticas pós-operatórias em geral, somam-se, nesta eventualidade, os sinais e sintomas conseqüentes à síndrome da insuficiência ileojejunal crônica. Tal síndrome é determinada pela comunicação gastrocólica estabelecida pelo processo ulceroso, provocando o desvio do trânsito alimentar do estômago ou côto gástrico diretamente para o cólon.

Os componentes da síndrome de insuficiência ileojejunal podem ser agrupados da seguinte maneira, já exposta em trabalho anterior de um de nós (M.R.O.²⁰): a) alterações no número de evacuações e nas fezes: diarreia litérica, esteatorreia, creatorreia, com numerosas evacuações no início, diminuindo como conseqüência de adaptação cólica; b) presença de vômitos fecalóides e odor fétido, na ausência de distensão e obstrução intestinal; c) quadro doloroso abdominal em cólica: irritação dos cólons e íleo terminal pela chegada, até êles, de um quimo ácido; d) sintomas e sinais gerais decorrentes da desnutrição: perda progressiva do peso corpóreo; presença de edemas discrásicos e ascite; alterações cutâneo-mucosas por hipovitaminose e desidratação; alterações psíquicas e neurológicas; formigamento de extremidades; amenorreia e diminuição da libido.

O caso 6 exemplifica esta forma complicada de úlcera péptica pós-operatória.

CASO 6 — V.A., 32 anos, branco, masculino, brasileiro, barbeiro, procedente da Capital. Reg. 223.998. Data de admissão 22-9-1952. O paciente fôra operado de úlcera duodenal em 1942, tendo passado bem durante 4 anos, quando começou a sentir dor periódica localizada no epigástrio, melhorando com a ingestão de alimentos, dor acompanhada de sensação de empachamento epigástrico. Permaneceu com essa sintomatologia por 4 anos e meio, quando fêz tratamento clínico (regime alimentar e Banthine). Passou bem um mês e meio; súbitamente, começou a apresentar diarreia com 10 a 22 exonações diárias, com alimentos não digeridos e recém-ingeridos. Concomitantemente, passou a vomitar material semelhante a fezes no aspecto e odor, duas a quatro vezes por dia, geralmente 40 minutos após as refeições. Como estivesse muito fraco e emagrecido (perdera 14 quilos) procurou o Hospital das Clínicas, onde foi internado. O exame físico revelou um paciente emagrecido, desidratado, com mucosas descoradas, apresentando alterações tróficas do tipo carencial na pele e mucosas. Ao exame, o abdome se mostrava apenas doloroso à palpação profunda. Após preparo, o paciente foi operado. No ato cirúrgico constatou-se a presença de uma gastrectomia ampla, pré-cólica, com fistula gastrojejunocólica. Foi

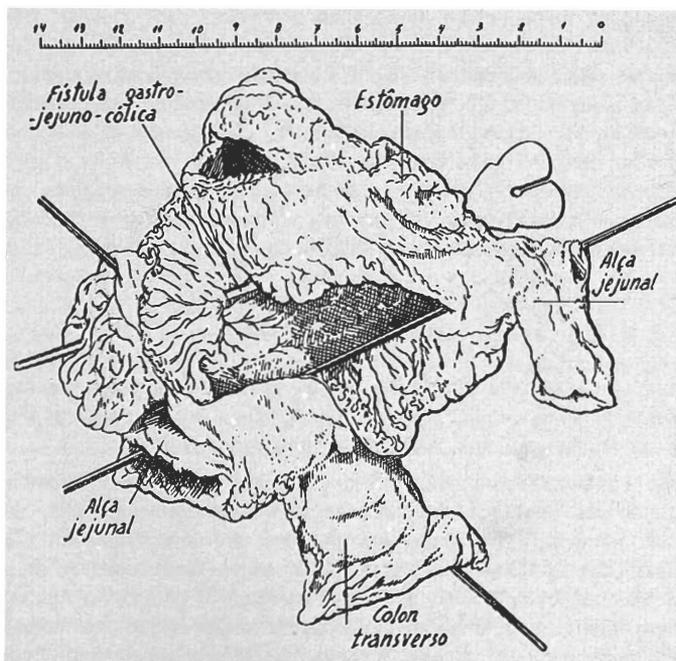
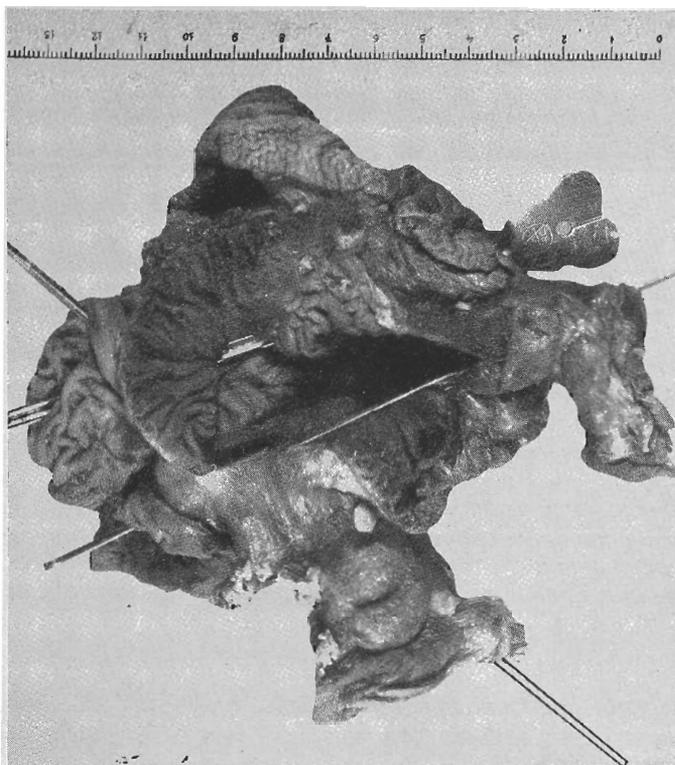


Fig. 6 — Caso 6. Peça cirúrgica aberta, e esquema explicativo mostrando a fistula gastrojejunocólica e os reparos no estômago, na alça jejunal e no cólon.

praticada degastrenterostomia + gastrectomia + colectomia segmentar, com resultado satisfatório. Na figura 6 apresentamos a fotografia da peça e um esquema explicativo.

Comentário — O paciente, operado por úlcera duodenal de gastrectomia, passou bem 4 anos, quando apareceram sintomas de úlcera péptica pós-operatória. Foi tratado a seguir clinicamente, durante 4 anos e meio. Nesse tempo apresentou sempre dor epigástrica, exacerbada em cólicas. Posteriormente, teve complicação com sintomas de insuficiência ileojejunal crônica. Foi feito o diagnóstico de fistula gastrojejunocólica, que foi confirmado pelo exame radiológico e ato cirúrgico.

e) U.P.P.Op. estenosante — Das formas anátomo-clínicas complicadas, resta apenas tratarmos da forma estenosante. Sob o ponto de vista clínico, é caracterizada pela dificuldade do trânsito alimentar junto à neoboca, em consequência do processo inflamatório periulceroso. Manifesta-se tal dificuldade pelos vômitos repetidos e abundantes, chegando às vezes a assumir o caráter de estase. Progressiva e rapidamente levam os pacientes à desnutrição e desidratação. Não é demais assinalar que tal quadro se soma à sintomatologia clássica da úlcera pós-operatória, caracterizada fundamentalmente pela dor.

Nos 19 casos que tivemos a oportunidade de observar, não encontramos nenhum exemplo que pudesse ser classificado como forma estenosante de úlcera péptica pós-operatória.

Os 19 casos apresentavam a seguinte distribuição em relação às formas anátomo-clínicas:

1) Forma não complicada — úlcera péptica pós-operatória própria-mente dita, 4 casos (21%). 2) Formas complicadas: a) úlcera péptica pós-operatória hemorrágica, 3 casos (15,7%); b) úlcera péptica pós-operatória perfurada em peritônio livre, 4 casos (21%); c) úlcera péptica pós-operatória forma tumoral, 2 casos (10,5%); d) úlcera péptica pós-operatória perfurante com formação de fistulas: gastrojejunocutânea, 1 caso (5,2%); gastrojejunocólica, 5 casos (26,6%).

COMENTÁRIO FINAL

No estudo que efetuamos de 19 casos de úlcera péptica pós-operatória, 7 dos quais ocorreram após gastrenterostomias, e 12 após gastrectomias, observamos as várias formas anátomo-clínicas da afecção.

Por essa razão fizemos um retrospecto das condições e das alterações fisiopatológicas das gastrenterostomias e das gastrectomias com gastrojejunanastomoses. Conseqüentemente, ressaltamos, na patogênese da úlcera péptica pós-operatória jejunal ou marginal, a sua característica mais importante: uma vez estabelecida, tende quase sempre a progredir na penetração. Com isso, conforme a sua localização inicial, sobrevirão as consequências. Na primeira fase a úlcera atinge somente a parede do jejuno, promove espasmos e dores fortes em cólicas e, quando começa a perfurar, acrescenta

à sintomatologia dolorosa outras síndromes correspondentes ao local da penetração. Como vimos na exposição em detalhe, apresentamos um exemplo da úlcera pós-operatória da fase não complicada e observamos mais 3 deste tipo (4 em 19 — 21%); da forma hemorrágica tivemos 3 casos em 19 (15,7%); da forma mais rara — perfuração em peritônio livre — observamos 4 casos (21%) que já foram até objeto de nossa publicação anterior; da forma tumoral observamos 2 casos (10,5%); e, finalmente, da forma perfurante com formação de fistulas, estudamos um caso (5,2%) de perfuração para o exterior transparietal (da parede abdominal) e 5 casos (26,6%) com formação de fístula gastrojejunocólica. Não tivemos caso da forma estenosante referida na literatura.

Tendo em vista a sintomatologia variada da afecção, conforme a localização da úlcera jejunal e suas complicações, lembramos a metodização da sintomatologia para o diagnóstico das formas anátomo-clínicas nesses casos de complicações da cirurgia gástrica, onde o método das derivações foi usado, quer como gastrenterostomias simples, quer como gastrectomias em que as gastrojejunanastomoses são um complemento.

RESUMO E CONCLUSÕES

Os autores, baseados no estudo de 19 casos de úlcera péptica jejunal pós-operatória, fazem uma revisão das bases fisiopatológicas do tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal. Igualmente fazem uma revisão da fisiopatologia do estômago operado, relacionando os mecanismos de resistência tecidual do jejuno e da neoboca e os fatores de agressão responsáveis pelas alterações ocorridas nas novas condições criadas com as operações sobre o estômago do tipo gastrenterostomias ou gastrectomias com gastrojejunanastomose. Assinalam a origem do processo destrutivo de natureza ulcerativa de caráter penetrante quando há rotura do equilíbrio dos fatores de resistência tecidual e os de agressão, caracterizando as formas anátomo-clínicas da afecção em estudo. Após fazerem referências a várias classificações dessas formas anátomo-clínicas da úlcera péptica jejunal pós-operatória, adotam a que considera duas formas fundamentais: 1) a forma não complicada; 2) a forma complicada. Caracterizam a primeira e apresentam uma observação clínica, documentando a sintomatologia referida. Dêsse grupo tinham 4 dos 19 casos (21%). Da forma complicada, isto é, daquela em que o processo ulceroso já ultrapassou a parede jejunal, atingindo outras estruturas, a incidência foi de 15 em 19 (79%). Fazem uma subdivisão da úlcera péptica pós-operatória complicada em: a) forma hemorrágica; b) forma perfurada em peritônio livre; c) forma tumoral; d) forma perfurante com formação de fistulas, sendo gastrojejunocutânea ou gastrojejunocólica. Da forma hemorrágica apresentam 3 casos dos 19 (15,7%); da perfurada em peritônio livre, 4 casos dos 19 (21%); da tumoral, 2 dos 19 (10,5%); da perfurante para o exterior, gastrojejunocutânea, 1 caso (5,2%); da gastrojejunocólica, 5 casos (26,6%). De cada tipo apresentam uma observação, documentando as considerações referentes à sintomatologia e às alterações fisiopatológicas encontradas, ilustrada com reproduções fotográficas de radiografias e de peças cirúrgicas.

Os 19 casos de úlcera péptica pós-operatória ocorreram após gastrenterostomias simples em 7 casos (36,4%) e 12 (63,6%) após gastrectomias com gastrojejunanastomoses.

BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS, E. S. — a) Técnica padrão na cirurgia das úlceras gastroduodenais. Rev. A. Paulista de Med., 6:303-310, 1935. b) Princípios básicos de tratamento cirúrgico das úlceras gastroduodenais. Rev. de Med., 23:372-384, 1939.
2. BOCKUS, H. L. — Gastro-enterology. Saunders, Filadélfia, 1953, págs. 614-644.
3. BRANCO, P. D.; SPERANZINI, M. B. — Bases fisiopatológicas do tratamento cirúrgico da úlcera gastroduodenal. Rev. de Med., 42:151-163, 1958.
4. CHIFFLET, A. — Cirurgia de la úlcera yeyunal post-operatoria. Relato oficial ao IV Congresso Pan-americano de Gastrenterologia, realizado em São Paulo (julho 1954). Rev. Bras. Gastroenterol., 6:1053-1066, 1954.
5. CHRISTMANN, F. E. — Úlcera péptica post-operatória. VIII Congresso Interamericano e XXII Argentino de Cirurgia, Buenos Aires, 1951, fasc. 1, págs. 255-362.
6. CORRÊA NETTO, A. — Dois casos de úlcera péptica pós-operatória. Bol. Soc. Med. Cir. São Paulo, 3:423-433, 1929.
7. DRAGSTEDT, L. R. — Sites of peptic ulceration. Arch. Surg., 70:326-327, 1955.
8. EVERSON, T. C.; ALLEN, M. J. — Gastrojejunal ulceration. Arch. Surg., 69:140-147, 1954.
9. GLENN, F. — Present status of the surgical treatment of peptic ulcer. J.A.M.A., 145:790-794, 1951.
10. JOST, A.; PETTAKEL, J.; SAEGESSER, F. — La perforation des ulcers jejunaux post-anastomotiques en peritoine libre. Gastroenterologia, 87:1-9, 1957.
11. LAHEY, F. H.; JORDAN, S. M. — Gastrojejunal ulcers and gastrojejuno-colic fistulae. Ann. Surg., 87:231-244, 1928.
12. LEWISOHN, R. — Secondary gastric resection for perforated gastrojejunal ulcer with peritonites. Ann. Surg., 100:1027-1030, 1934.
13. LIMA, J. A.; CORRÊA NETTO, A. — Úlcera péptica do jejuno. Ann. Fac. Med. São Paulo, 5:371-376, 1930.
14. LODOVICI, O. — Úlcera péptica pós-operatória. Rev. Med. Cir. São Paulo, 18:253-284, 1958.
15. MEYER, K. D.; STEIN, I. F. — Management of recurrent ulcer. S. Clin. North America, 32:35-46, 1952.
16. MONTEIRO, A. — Patologia da boca anastomótica. Rev. Bras. de Cir., 11:321-326, 1942.
17. MORENO, I. G. — Tratamiento de las hemorragias masivas gastroduodenales. VIII Congresso Interamericano e XXII Argentino de Cirurgia, Buenos Aires, 1951, págs. 163-253.
18. PAULINO, F. — Úlcera jejunal pós-operatória. Rev. Bras. de Cir., 29:476-479, 1955.
19. PONTES, J. P. L. — Úlcera jejunal post-operatória. Rev. Bras. de Med., 1:673-687, 1944.
20. RAMOS DE OLIVEIRA, M. — Síndrome da insuficiência ileojejunal crônica de causas cirúrgicas. Rev. de Med., 42:164-180, 1958.
21. RAMOS DE OLIVEIRA, M.; BRANCO, P. D. — Úlcera péptica pós-operatória perfurada em peritônio livre. Rev. Hosp. Clín. (no prelo).
22. RODRIGUES, J. — Contribuição para o estudo da úlcera gastrojejunal post-operatória. Tese, Fac. Med. São Paulo, 1934.
23. TOLAND, C. G.; THOMPSON, H. L. — Acute perforation of gastrojejunal ulcer. Ann. Surg., 104:827-852, 1936.
24. VASCONCELOS, E. — Úlcera jejunal pós-operatória. Rev. Cir. São Paulo, 1:26-80, 1934.
25. WELLS, C.; MCPHEE — Partial gastrectomy: ten years later. Brit. M. J., ii:1128-1132, 1954.

HEMORRAGIAS DE CAUSAS DIGESTIVAS

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E CLÍNICOS

MARIO RAMOS DE OLIVEIRA *

MARIO FANGANIELLO **

As hemorragias de causas digestivas representam emergência clínica importante e muitas vezes de certa gravidade.

Essas hemorragias constituem as hematêmeses, as melenas e as enterorragias. A hematêmese é o vômito de apreciável quantidade de sangue. Melena são fezes escuras, quase pretas e pastosas, lembrando bôrra de café ou piche; elas se explicam pela presença de sangue no aparelho digestivo, pois em tais casos a origem da hemorragia se situa geralmente nos segmentos mais altos do trato digestivo. As hemorragias provenientes do íleo ou cólon direito se exteriorizam pela eliminação de sangue vermelho mais ou menos escuro, mas razas vezes se assemelhando ao aspecto de bôrra de café característico da melena. Denomina-se enterorragia as dejeções que assumem as características de sangue vivo vermelho claro e provêm, em geral, de afecções localizadas no hemicólon esquerdo, no sigmóideu, reto ou canal anal.

CAUSAS DAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

As causas mais freqüentes das hemorragias digestivas podem ter como fator fundamental as afecções do tubo digestivo propriamente dito e as moléstias extra-aparelho digestivo. Em ambas as hipóteses o efeito é sempre o mesmo: hematêmeses, melenas e enterorragias, que se apresentam isoladas ou associadas.

A importância do conhecimento da causa primeira — digestiva ou não — tem influência para o prognóstico e para a conduta clínica ou cirúrgica a ser seguida.

1) *Moléstias do aparelho digestivo* — São principais causas das hematêmeses, as seguintes afecções: a) Do *esôfago* — corpos estranhos, úlceras, câncer e esofagites, quer por ingestão de cáusticos, quer por refluxo gástrico como nas hérnias do hiato ou aquelas conseqüentes a operações sobre a cárdia, como ocorre no megaesôfago. b) Do *estômago* — hérnias

Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas 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.

** Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

gástricas pelo hiato esofágico, úlceras gástricas, câncer e, finalmente, gastrite e erosões gástricas, freqüentemente motivadas pela ingestão de tóxicos ou medicamentos (como a aspirina, p.ex.). c) Do *duodeno* e eventualmente do *intestino delgado* — úlcera duodenal, pólipos, divertículos, enterite necrosante e tuberculose intestinal.

São principais causas de *melena* as mesmas afecções indicadas como causadoras da hematêmese do esôfago e do estômago e duodeno, sendo que as do intestino delgado produzem principalmente melena e, só eventualmente, hematêmeses.

São principais causas de *enterorragia* as moléstias do intestino grosso, incluindo reto e ânus; assim, também os pólipos e a polipose intestinal, os divertículos, a retocolite ulcerativa, os tumores benignos e malignos e, finalmente, as hemorróidas.

2) *Moléstias extra-aparelho digestivo mas que levam também a hemorragias esofagogastrintestinais* — São principais causas dessas hemorragias várias afecções cuja alteração comum é a hipertensão do sistema porta e as discrasias sangüíneas e capilares. As moléstias que principalmente causam a hipertensão portal são as cirroses hepáticas (alcoólicas ou esquistosomóticas) e, com menos freqüência, as trombozes ou compressões das veias supra-hepáticas, as pericardites constrictivas e também as trombozes da veia porta.

MECANISMO DA HEMORRAGIA

Para boa compreensão do mecanismo de produção das hemorragias, objeto de nosso estudo, temos o propósito de expor nos diferentes grupos como se explica o sangramento responsável pelas hematêmeses, melenas e enterorragias.

Úlcera péptica — Nas úlceras pépticas gástricas, duodenais ou marginais, são três os mecanismos que explicam como se processam as hemorragias: a inflamação aguda, a estase e a erosão vascular. A inflamação aguda produz o edema e a hiperemia ativa da mucosa gastroduodenal, provocando sangramento por diapedese ou por erosão do epitélio da mucosa, com a abertura de capilares. Em geral, são hemorragias de pequeno vulto e ocorrem nas gastrites e duodenites de causa local irritativa ou alérgica, como o álcool, a aspirina, ou de causa geral relacionada com stress ou com grandes excitações nervosas.

A estase venosa com rotura é outro mecanismo lembrado nas úlceras justapilóricas duodenais ou gástricas complicadas de estenose cicatricial. Com efeito, com a estenose pilórica há hipertrofia da parede gástrica, dilatação do estômago e desaparecimento, com adelgaçamento das pregas e atrofia, da mucosa que se deve adaptar à nova capacidade aumentada do estômago. Com êsse adelgaçamento, as veias da submucosa se tornam sa-

lientes e secundariamente se rompem, produzindo hemorragia venosa. Há também hiperatividade motora do estômago e conseqüente dilatação das mesmas veias da submucosa, muitas vezes com estase sangüinea. Qualquer traumatismo produzido pelos alimentos deglutidos sem mastigação ou muito quentes é suficiente, ao lado da sua retenção no estômago e também infecção, para romper a mucosa e uma das veias dilatadas, causando então hemorragia venosa de amplitude variável. São hemorragias também de pequeno ou médio vulto.

A erosão vascular arterial desencadeia hemorragias cuja gravidade está na dependência direta do calibre da artéria e do tipo de erosão. Os tipos de lesão vascular são três: a) erosão crônica; b) erosão subaguda; c) erosão aguda (fig. 1).

a) *Erosão crônica*: É vista nas artérias próximas da maioria das úlceras crônicas. A luz arterial é mais ou menos ocluída por infiltrações mucinosas da íntima. As lâminas elásticas não são afetadas. Não existe exsudato celular ou periarterite. A erosão crônica é vista nas úlceras que são genuinamente crônicas (fig. 1-A). Criam-se, assim, condições para uma hemostasia mais fácil, espontânea, quando o processo ulceroso avança mais rapidamente e abre esse vaso. A essa descrição de Osborn¹⁶ devem corresponder os casos mais comuns de úlceras hemorrágicas, caracterizadas por hemorragias pouco abundantes, facilmente controladas clinicamente. Não se sabe a razão porque a ulceração progride mais ou menos rapidamente. Existem apenas hipóteses como a ação do stress ou das más condições de nutrição, entre outras.

b) *Erosão subaguda*: É vista quando a artéria local é atingida pela úlcera, produzindo-se hemorragia, que é, em geral, muito grande. Entrando em jôgo o mecanismo espontâneo de parada da hemorragia, a luz arterial é parcialmente obliterada por um trombo em organização (fig. 1B). Não fôra isto, a artéria seria de estrutura normal. O trombo é constituído por uma pequena parte de plaquetas e fibrina, porém, principalmente, por massa sincicial retículo-endotelial procedente da íntima, com grande componente de mucina. Esta substância é um elemento importante no mecanismo de hemostasia do sangramento das úlceras pépticas. As recidivas de hemorragias, particularmente comuns neste mecanismo, dependem da digestão da artéria por um progresso rápido do processo ulceroso ou da abertura de um novo vaso. Este mecanismo é mais freqüente nas úlceras gástricas do que nas duodenais e, como o estômago apresenta atividade cloridropéptica, esta poderá digerir o coágulo ou o tecido de granulação, provocando a nova hemorragia. É por esse motivo que as úlceras gástricas são consideradas mais perigosas com recidivas pela digestão do coágulo ou pela erosão de outra artéria, e ainda por serem calibrosas as artérias do estômago.

c) *Erosão aguda*: É a lesão das hemorragias maciças e fatais. Seu característico principal é a abertura de um vaso normal; com isto as suas

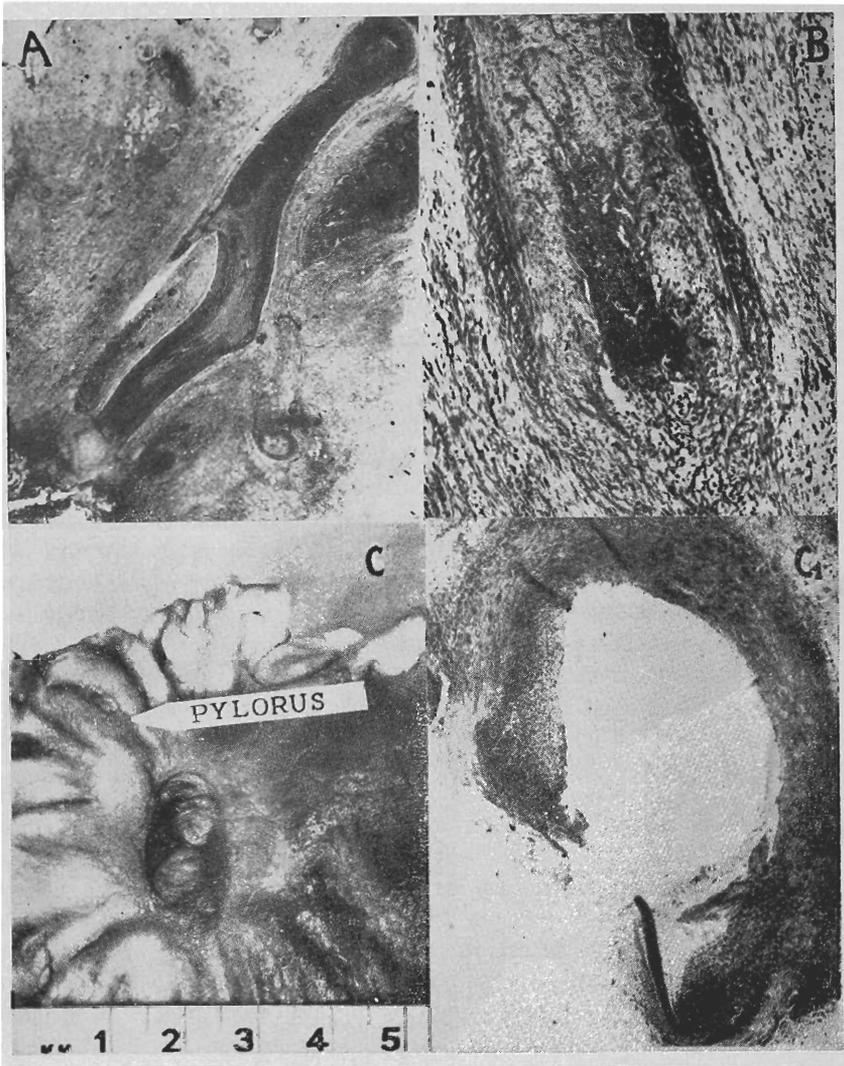


Fig. 1 — A, erosão crônica; B, erosão subaguda; artéria aberta. C, erosão aguda com uma artéria aberta. C₁, a mesma artéria aberta com maior aumento (apud Osborn¹⁸).

duas extremidades sangram abundantemente. Há necrose das lâminas elásticas e a parede arterial se torna rígida, o que dificulta a hemostasia (fig. 1C e C₁). O aspecto é o vaso de paredes rígidas, que se julgou arteriosclerótico, mas que, segundo Osborn¹⁸, não tem relação entre as hemorragias fulminantes e a arteriosclerose gástrica. Este tipo de erosão é responsável pelas hemorragias maciças das úlceras gástricas, que são, em geral, extensas e pouco profundas (fig. 2). Por isso, muitas vezes, não são pressentidas pela inspeção, pela palpação e até mesmo pela gastrotomia (Osborne e Dunphy¹⁷).

Este tipo é também o mais comum nas úlceras duodenais penetrantes da cabeça do pâncreas e naquelas penetrantes do ligamento hepatogastroduodenal (fig. 3); como as artérias atingidas são calibrosas, a hemorragia é freqüentemente maciça, fulminante e, muitas vezes, fatal.

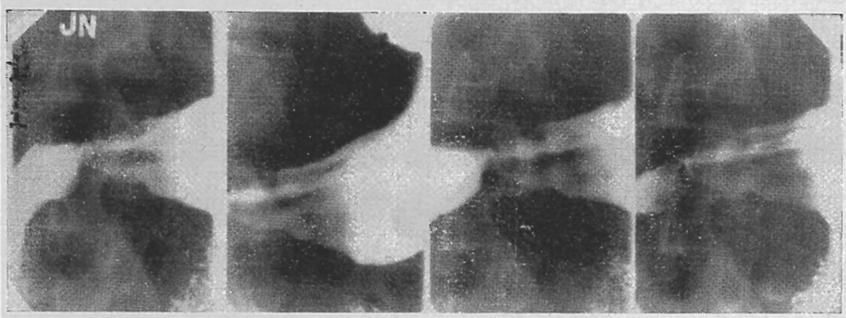


Fig. 2 — Caso de úlcera aguda rasa do estômago. J.M., 41 anos, reg. 482.823. Há 3 dias, melena, hematêmese e tonturas; Hb 50%; hematócrito 26%; radiologicamente, úlcera pré-pilórica rasa. Operação: estômago e duodeno sem lesão externa; úlcera pré-pilórica posterior sem calo ou fibrose nas proximidades, visível à gastrotomia; gastrectomia. Exame anátomo-patológico: úlcera aguda. Curado.

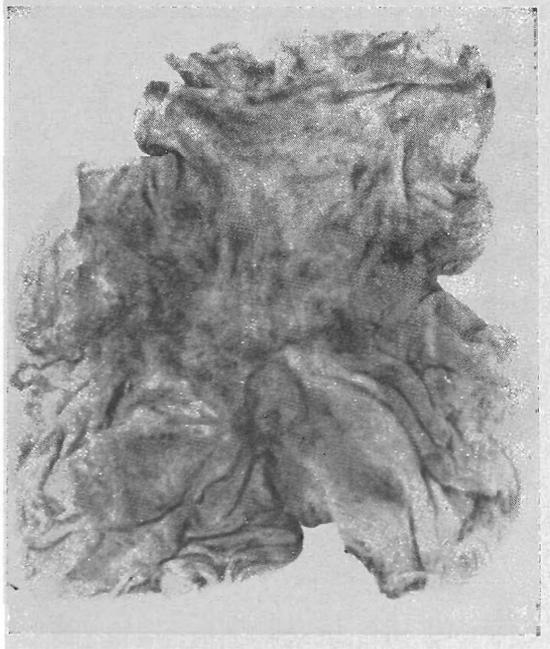


Fig. 3 — Caso de erosão aguda em úlcera crônica penetrante no ligamento hepatogastroduodenal, mostrando a artéria aberta que correspondia à pequena curvatura. N.F., 74 anos. História digestiva dispéptica de 6 meses; hematêmese e melena violentas nas últimas 24 horas. Operado na vigência da hemorragia. Curado.

Varizes esofagianas e gástricas — As varizes esofagianas são um epifenômeno da hipertensão portal, pois, através da circulação pelos plexos venosos do esôfago e do estômago, havendo um dos caminhos para a veia ázigos, esta irá levar o sangue para a veia cava superior. Com as veias esofagianas dilatadas e túrgidas, fazendo saliência dentro do esôfago, e submetidas a um regime de hipertensão, pequenas lesões traumáticas causadas por alimentos, ou químicas por esofagite, podem facilitar a produção de hemorragias, muitas vezes copiosas (fig. 4).

O mecanismo de sangramento é explicado pela rotura de varizes ou por diapedese (Almeida¹).

O tamponamento por balão pneumático de Sengstaken-Blakemore^{2, 21} ou de Caricchio⁴, consegue fazer a hemostasia por compressão em muitos casos, mas em alguns êle é inoperante, exigindo abertura do esôfago e sutura das varizes (Boerema³).

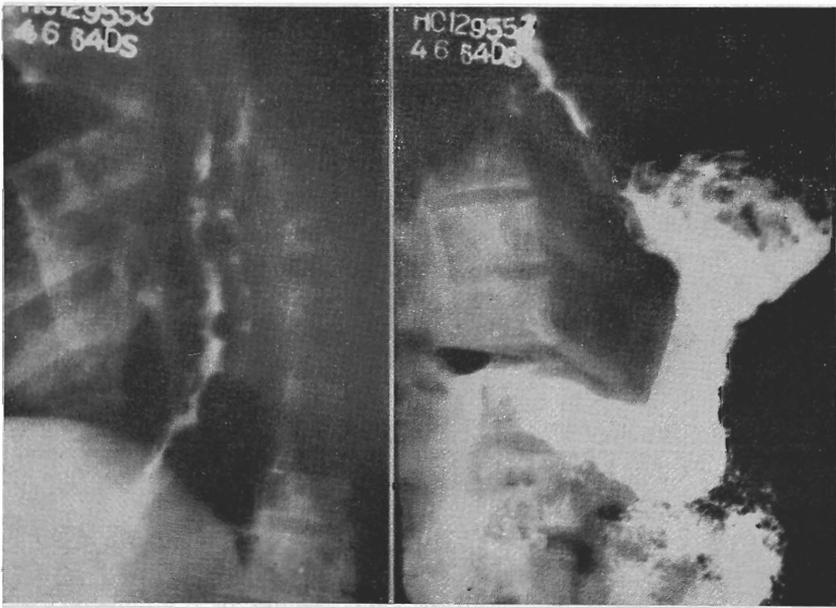


Fig. 4 — Caso de cirrose esquistossomótica do fígado com varizes esofagianas e gástricas. I.P.S., 25 anos, reg. 335.284. Há 3 anos, hematêmese e melena; foi esplenectomizado; reincidência da hemorragia 4 vezes nos 3 anos. Deu entrada no Pronto Socorro em péssimas condições, com novo sangramento abundante. Tamponamento retrógrado com a sonda de Caricchio. Radiografias do esôfago e do estômago mostrando as volumosas varizes. Foi submetido 4 meses após, a esofagectomia parcial e gastrectomia total. Curado.

Câncer gástrico — O câncer gástrico é também uma das causas de hemorragias digestivas e o mecanismo de sua produção depende do tipo do tumor. Na forma vegetativa ou proliferativa, com o crescimento do tumor fazendo saliência dentro da cavidade gástrica, o traumatismo mecânico pode romper pedaços do tumor e produzir a hemorragia. Na forma ulceróide

associada a gastrite atrófica, ou na infiltração estenosante também com gastrite atrófica, os mecanismos de inflamação e estase, já estudados nas úlceras pépticas, podem ser invocados.

Hérnia gástrica pelo hiato esofágiano — A hérnia gástrica pelo hiato esofágiano é também responsável por hemorragias digestivas, cujos sangramentos podem dar-se no esôfago, nas esofagites de refluxo ou úlceras esofágicas (M.R.O. e col.²⁰), ou no estômago, na bolsa gástrica supradiafragmática por estase, devido à compressão da parede gástrica pelo anel diafragmático (fig. 5). Um de nós (M.R.O. e col.¹⁹) já estudou com detalhe este tipo de mecanismo de hemorragia: são em geral crônicas anemiantes, mas há casos raros de hemorragias abundantes que exigem internação hospitalar de urgência.



Fig. 5 — Caso de hérnia do hiato com gastrite hemorrágica na bolsa supra-diafragmática. L.M., 28 anos, reg. 93.006. disfagia progressiva há 2 anos. Há 2 meses só deglute líquidos. Anemia. Endoscopia: dilatações endoscópicas e visibilidade de intensa gastrite hemorrágica na bolsa supradiafragmática; abaixo do diafragma, mucosa gástrica normal. Desaparecimento total da gastrite após correção cirúrgica da hérnia. Curado.

Causas raras — No grupo das causas raras capazes de produzir hemorragias digestivas, encontramos várias afecções cujos mecanismos de produção do sangramento são diversos. Para citar alguns ocorridos em nossa experiência, temos: a) *Lesões traumáticas do esôfago ou do fígado*. Há no Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas, por exemplo, um caso de lesão transfixante do esôfago e da aorta por um osso de galinha

deglutido inadvertidamente; há outros de lesão hepática pós-traumática com formação de fístula hemobiliar, e cujo sangramento abundante pelo colédoco chega ao duodeno, produzindo hematêmese e melena. Evidentemente, nêles há comunicação ampla entre o aparelho digestivo e artérias calibrosas.

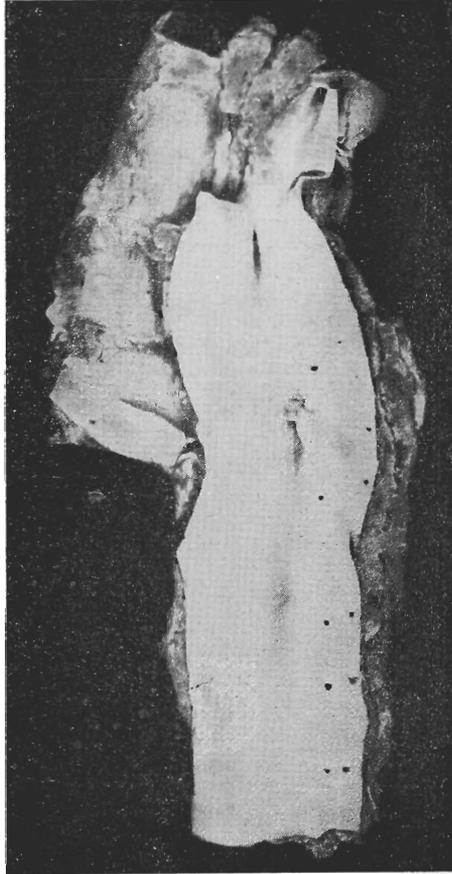


Fig. 6 — Caso de corrosão do esôfago e da aorta por ingestão de soda. O orifício de comunicação é demonstrado por um palito no local. Violentas hematêses incoercíveis levaram a paciente ao óbito.

b) *Gastrites erosivas agudas*. As erosões agudas do estômago promovem alterações já estudadas nas úlceras pépticas, e essas erosões podem ser múltiplas, constituindo a gastrite hemorrágica. A gastrite hemorrágica pode ocorrer por lesões cáusticas como as causadas pelo álcool ou pela soda (fig. 6). A respeito das lesões cáusticas do estômago já temos (M.R.O. e M.F.) um trabalho ^{10a} de 1956, onde essas hemorragias são referidas. Também medicamentos como a aspirina e a Butazona (fig. 7) têm sido respon-

sabilizados por gastrites agudas hemorrágicas, cuja produção pode ser alérgica. c) *Afecções do intestino delgado*. As afecções do intestino delgado e que produzem melenas ou enterorragias são os pólipos, os leiomiomas e os leiomiossarcomas. São hemorragias de causa obscura; já fizemos a revisão da literatura e comunicamos um caso de leiomiossarcoma do jejuno^{10b}. d) *Discrasias sangüíneas e outras causas gerais*. As modificações da crase sangüínea, seja por distúrbios da coagulação, seja por alterações capilares, têm sido descritas como responsáveis por hemorragias digestivas; seu mecanismo de produção é o hematológico-vascular.

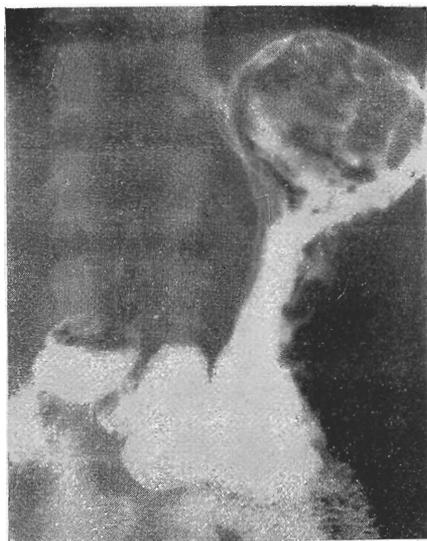


Fig. 7 — *Caso de úlcera aguda rasa após ingestão de Butazona, na pequena curvatura, com um vaso de paredes rígidas sangrante. Mucosa gástrica atrofica. E.F.F., 56 anos, reg. 513.266. História digestiva progressiva, negativa; há 30 dias tomou Butazona, em drágeas, e Irgapirin, por injeção; há 20 dias, hematêmeses e melena, com várias repetições. Chegou a Hb 3,9 g (24%) e 1.400.000 eritrócitos. Radiografias e esofagoscopia negativas, duas vezes. Laparotomia: exame externo do estômago e duodeno, negativos; à gastrostomia, após remoção de muitos coágulos gástricos e expressão, encontrou-se a úlcera aguda rasa descrita; gastrectomia. Curado.*

Outras causas gerais, como a hipertensão maligna⁹, a periarterite nodosa¹⁵, a sarcoidose¹², o mieloma múltiplo²², a amiloidose⁸, as afecções neurológicas⁶, as queimaduras térmicas¹³, entre outras, têm sido descritas.

CASUÍSTICA DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

Para referirmos a importância das causas de hemorragia digestiva vamos nos valer de três trabalhos elaborados com o material de estudo no Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1ª e 3ª Divisões — Clínicas Cirúrgicas).

O primeiro deles é referente ao estudo do problema das hemorragias maciças do trato digestivo alto, no qual uma revisão de 316 casos foi feita. Ele é da autoria de Eurico Bastos² em colaboração conosco (M.R.O. e M.F.) e com Paulo Branco e Ary Lex. Reproduzimos dele o quadro da casuística referente ao período de 1946 a 1958 (quadro 1).

<i>Causa da hemorragia</i>	<i>Hosp. Cln. (1ª e 3ª CC)</i>	<i>Cl. Part. Prof. E. S. Bastos</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentagem</i>	
Úlcera péptica	gástrica	23	12	38 174	55,0
	duodenal	105	25		
	marginal	1	3		
	UG+UD	2	0		
Varizes esofagianas (cirrose hepática)	68	9	77	24,6	
Câncer gástrico	2	5	7	8	2,5
Câncer do côto gástrico	1	0	1		
Hérnia do hiato esofágico	1	4	5	1,5	
Gastrite hemorrágica	1	2	3	9	2,8
Pólipo de delgado	—	1	1		
Distúrbios de coagulação	—	2	2		
Câncer da papila duodenal	—	1	1		
Fístula duodenovesicular	—	1	1	1	
Punção hepática com hemorragia pelo colédoco	—	1	1	1	
Não diagnosticada	21	22	43	13,6	
	228	88	316	100,0	

Quadro 1 — Hemorragias do trato digestivo alto (esôfago, estômago e intestino delgado — 1946-1958).

O segundo trabalho é da autoria de Daher Cutait^{7a} e se baseia em 123 casos de retocolite ulcerativa grave. Entre os itens do relatório há um referente às hemorragias maciças, que são raras na afecção, atingindo apenas 0,5 a 1,0% dos casos. A hemorragia nas evacuações muco-sangüinolentas numerosas e prolongadas é a regra nessa afecção.

O terceiro trabalho ainda é de Daher Cutait^{7b}, referindo-se ao câncer do intestino grosso. A enterorragia, num total de 230 casos, é referida em 88 casos, sendo 5 entre 55 casos de tumor no hemicólon esquerdo, 83 entre 146 casos de tumor localizado no retossigmóide, reto e canal anal. A enterorragia, conquanto freqüente, não chegou a ser maciça.

Outras causas, como os pólipos, produzem também melenas ou enterorragias, freqüentemente com sangramentos não maciços.

Quanto aos pólipos gástricos, em revisão recente de 16 casos, a incidência das hemorragias é referida. Os casos de pólipos intestinais não estão ainda relacionados e publicados.

Pela casuística apresentada para as hemorragias de causas digestivas, verificamos que as maciças são sem dúvida do trato digestivo alto em sua maior importância pela frequência e intensidade; nas do trato digestivo baixo as enterorragias são em geral pequenas, mas constantes, levando os pacientes a intensa anemia, fraqueza e astenia.

Entre as causas estudadas em nosso trabalho, verificam-se no seu quadro 1, numa exposição de conjunto, as causas das hemorragias. Observando-se êsse quadro nota-se que as úlceras pépticas gástricas, duodenais e marginais, constituem a causa mais comum de hemorragia, 174 casos em 316 (55,0%), dados que estão de acôrdo com a maioria das casuísticas, especialmente com a extensa revisão de Avery Jones¹⁴, em que são examinados 2.011 pacientes. A seguir, em ordem de frequência aparecem as hemorragias provenientes de roturas de varizes do esôfago, em que houve 77 casos em 316 (24,6%). Logo a seguir, as hemorragias determinadas pelo câncer gástrico, 8 em 316 (2,5%); pela hérnia do hiato esofágico, 5 em 316 (1,5%); e finalmente por outras causas menos freqüentes.

Merece comentário especial a rubrica de causas indeterminadas, 43 em 316 (13,6%). Nesses casos utilizamos como meio de diagnóstico apenas o estudo radiológico feito por especialista competente e de larga experiência. O estudo radiológico foi feito precocemente e dentro da padronização e técnica adequadas, como a proposta por Hampton e estudada entre nós por Fonseca e Viotti¹¹.

Nas enterorragias, a incidência nos tumores do intestino grosso e na retocolite ulcerativa grave mostra que é freqüente, mas raramente maciça.

O sangramento pelo reto é um sintoma de valor e exige cuidadosa e completa investigação, sabendo-se que a côr do sangue depende de vários fatores importantes, como a localização do ponto sangrante e a rapidez do sangramento.

COMENTÁRIO FINAL

Para completar os aspectos clínicos das hemorragias de causas digestivas, assinalamos que a hematêmese é freqüentemente precedida e seguida de fraqueza, suores frios e ânsias de vômito. A melena é precedida de cólicas e vontade imperiosa de evacuar, sendo que as enterorragias motivadas por processos inflamatórios também o são e nas evacuações há eliminação de sangue e muco. Após as hemorragias intensas e agudas se instalam sinais de anemia aguda com palidez, estado vertiginoso, pulso rápido e fino, chegando ao choque. Após as hemorragias, pequenas mas crônicas e repetidas, há com frequência sinais de anemia rebelde ao tratamento, astenia e fraqueza. Não são raros os pacientes que procuram tratamento para a anemia intensa, desconhecendo sua perda de sangue.

Em geral, as hemorragias de causas localizadas no trato digestivo alto produzem nas fezes u'a massa escura como bôrra de café ou piche. São

fezes características de lesões altas, de moderada gravidade e que indicam ter havido certa demora em atravessar o aparelho digestivo para a sua eliminação, o que não ocorre nas hemorragias muito intensas de uma úlcera ou varizes osafigianas rôtas, pois o sangue pode percorrer rãpidamente o trãnsito intestinal e ser eliminado ainda vermelho escuro ou coagulado recentemente. Sangue vivo, em pequena quantidade, é freqüentemente índice de lesão do canal anal ou do reto, principalmente quando vem envolvendo as fezes. Pequenas quantidades de sangue vivo de mistura com muco e fezes sugerem lesão do cólon esquerdo. Isso porque, sendo pequeno o tempo entre a sua eliminação e a evacuação, êle irá caracterizar a enterorragia. Pólipos ou cãncer são freqüentemente os responsáveis.

As causas mais comuns de sangramento de sangue vivo de afecções locais da área anal, são as fissuras e as hemorróidas. O sangue é vermelho e vem em redor das fezes ou no papel de toilette. Nas fissuras há dor, em geral.

Descritos os aspectos fisiopatológicos e clínicos das hemorragias de causas digestivas, passamos a assinalar sômente a conduta clínica e a conduta terapêutica, já que em nosso outro trabalho as estudamos exaustivamente. Assim, na conduta clínica há duas questões a resolver: a avaliação da perda sangüinea e a classificação da gravidade da hemorragia e, depois, o diagnóstico topográfico e etiológico da lesão sede do sangramento.

Nos casos em que a avaliação da perda sangüinea revela estancamento do sangramento e possibilidade de preparo pré-operatório para a operação ser realizada eletivamente, os pacientes devem ser encaminhados para o tratamento cirúrgico da afecção responsável pela hemorragia.

Nos casos em que a avaliação da perda sangüinea revela ser a hemorragia maciça, com possibilidades de recidivas, acreditamos que o decálogo exposto em nosso trabalho anterior², já referido, deva ser executado, pelo que o transcrevemos.

Como normas terapêuticas para o problema das hemorragias maciças do trato digestivo alto, estabelecemos um decálogo de proposições, com o intuito de metodizá-las e discipliná-las, a saber:

- 1) Ê condição indispensável a internação do paciente em hospital aparelhado para o tratamento devido, permanecendo êle em repouso absoluto.
- 2) Imediata colheita de sangue para a realização da contagem global de hemácias, dosagem de hemoglobina, determinação do hematócrito e também do tipo sangüineo, para que ao mesmo tempo seja ligado no paciente, gôta a gôta, meio litro de sangue, de início rãpidamente e posteriormente com menor velocidade ou não, segundo a avaliação do seu estado geral pela freqüência do pulso, pela pressão arterial e pelos sinais e sintomas, entre outros palidez de mucosas, tonturas, náuseas.
- 3) Verificação periódica de pulso e pressão, que deve ser repetida cada 30 ou 60 minutos, sendo anotados os resultados em curvas que servem para o balanço da evolução do caso e contrôle da conduta a ser seguida.

Pela mesma razão os exames complementares devem ser repetidos cada 8 ou no máximo cada 12 horas.

4) Ao mesmo tempo que as primeiras medidas de urgência são tomadas, é iniciada a alimentação do paciente, sempre precocemente: caso ele se apresente nauseado, com sensação de plenitude, indica-se apenas leite gelado; melhorando a referida sintomatologia passa-se à dieta líquida ou pastosa, com alimentos administrados em pequena quantidade e a pequenos intervalos, em regra cada 2 horas, ou cada 90 minutos.

5) No caso de varizes do esôfago, far-se-á o tamponamento esofágico pela compressão com o balão pneumático de Sengstaken-Blakemore ou com o de Caricchio, êste de fácil e rápida improvisação; em casos especiais está indicada a ligadura intra-esofagiana das varizes³.

6) Os casos de hipertensão portal com varizes esofagianas tamponados, nos quais a cessação de hemorragia se obteve, são encaminhados para o tratamento eletivo com anastomoses de derivação esplenorrenal ou portocava, após conveniente estudo da melhor conduta.

7) Nos casos de hemorragia esofagogastrintestinal que não são varizes esofagianas, não se deve exceder de 24 horas o período crítico além do qual deva ser prolongada a atitude de expectativa para intervenção cirúrgica, isto é, caso não haja melhora acentuada da sintomatologia clínica e acréscimo de 20% para mais nos valores dos exames iniciais de laboratório realizados.

8) Mesmo que ocorra a melhora crítica de 20% para mais em função dos dados iniciais, a operação deve ser realizada eletivamente o mais cedo possível, ou seja, logo que as condições gerais do paciente se tenham normalizado, pois, tendo êste entrado em choque, uma repetição da hemorragia será mais grave, como demonstrou a nossa casuística e é ponto pacífico na literatura.

9) A indicação operatória é reforçada quando se tratar de casos em que já se repetiram várias hemorragias progressas, havendo assim maior urgência na sua execução, mesmo antes de se esgotar o período crítico de 24 horas, necessitando ser operado o paciente nessa eventualidade mesmo na vigência da hemorragia.

10) A indicação operatória é igualmente reforçada em paciente que tenha mais de 45 anos, havendo para êsse também maior urgência na operação, inclusive na vigência da hemorragia.

RESUMO E CONCLUSÕES

No presente trabalho os autores abordam os aspectos fisiopatológicos e clínicos das hemorragias de causas digestivas. Conceituam as hematêmeses, as melenas e as enterorragias. Relacionam as principais causas digestivas de hemorragia nos diversos órgãos do sistema, e também as mais comuns

etiologias extra-aparelho digestivo, mas que produzem também sangramentos esofagogastrintestinais. O mecanismo de produção das hemorragias é revisto nos diferentes grupos das principais causas: na úlcera péptica são expostos como se processam os três mecanismos de sangramento — a inflamação aguda (hemorragia capilar), a estase venosa (hemorragia venosa) e a erosão arterial (hemorragia arterial) em suas diferentes formas (erosão crônica, subaguda e aguda); dependendo do tipo de mecanismo e da localização da úlcera são interpretadas as conseqüências para o interesse prático; nas varizes esofagianas motivadas pela hipertensão portal, são revistos os mecanismos de rotura venosa e o de diapedese; no câncer gástrico, os mecanismos de rompimento de pedaços do tumor na forma vegetativa ou proliferativa, e os de estase e erosão vascular nas formas ulceróide e infiltrativa; na hérnia gástrica pelo hiato esofágico, os mecanismos de inflamação (esofagites e gastrites da bolsa supradiaphragmática) e o de estase por compressão desta bolsa, são revistos; nas causas raras, diversos mecanismos de produção de hemorragia são expostos, como as lesões traumáticas do esôfago e do fígado, as gastrites erosivas agudas, as afecções do intestino delgado, as discrasias sangüíneas e outras causas gerais. A casuística de hemorragias digestivas do Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas, em 316 casos de sangramento maciço do trato digestivo alto e dos tumores do intestino grosso em 230 casos, e da retocolite ulcerativa grave em 123 casos, é apresentada para demonstrar a importância das afecções e a incidência e gravidade das hemorragias. Finalizam os autores assinando as condutas clínica e terapêutica nos diferentes grupos de hemorragia digestiva.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, A. D. — Teoria neurogênica das hemorragias na síndrome de hipertensão porta e sua conseqüência terapêutica. *Rev. Med. Cir. de São Paulo*, 14: 219-232, 1954.
2. BASTOS, E. S.; RAMOS DE OLIVEIRA, M.; FANGANIELLO, M.; BRANCO, P. D.; LEX, A. — O problema das hemorragias maciças do trato digestivo alto; estudo de 316 casos. *Rev. Hosp. Clín.*, 15:1-18, 1960.
3. BOEREMA, I. — Varices de l'oesophage accompagnant l'hypertension du système porte. Relatório do IV Congresso da Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastro-Entérologie. Paris, 27 junho a 2 julho 1954, págs. 293-325. Masson, Paris, 1954.
4. CARICCHIO, C. — Comunicação pessoal. V. Bastos e col.², descrição e esquema.
5. CASTRO, F. P.; PORTO, J. A. — Emprêgo da sonda de Sengstaken-Blakemore na rotura de varizes esofagianas. *Vida Méd.*, 24:6-11, 1957.
6. CUSHING, H. — Peptic ulcer and interbrain. *Surg., Gynec. a. Obst.*, 55:1-34, 1932.
7. CUTAIT, D. E. — a) Tratamento cirúrgico da retocolite ulcerativa grave. Relatório ao III Congresso Brasileiro de Proctologia, 1953. b) Câncer do intestino grosso. *Anais do X Congresso Interamericano de Cirurgia e V Congresso Brasileiro de Cirurgia*, 1:269-293, 1956.
8. DAHLIN, D. C. — Classification and general aspects of amyloidosis. *M. Clin. North America*, 55:1-34, 1932.
9. DE NAVASQUEZ, S.; FRENCHI, E. B. — Intestinal ulceration due to arterial necrosis (malignant hypertension and polyarteritis nodosa). *Guy's Hosp. Rep.*, 96:85-92, 1947.
10. FANGANIELLO, M.; RAMOS DE OLIVEIRA, M.; BRANCO, P. D. — a) Estenose cáustica do estômago; estudo de 24 casos. *Rev. Paulista de Med.*, 49:93-105, 1956. b) Leiomiossarcoma do jejuno. *Rev. Hosp. Clín.*, 13:64-70, 1958.
11. FONSECA, L. C.; VIOTTI, M. R. — Úlceras gastroduodenais hemorrágicas. *Rev. Bras. Radiol.*, 1:77-125, 1958.
12. FREIMAN, D. G. — Sarcoidosis. *New England J. Med.*, 239:664-671, 1948.
13. HARKINS, H. N. — Acute ulcer of duodenum (Curling's ulcer) as complication of burns;

relations to sepsis; report of case with study of 107 cases collected from literature, 94 with necropsy, 13 with recovery: experimental studies. *Surgery*, 3:608-641, 1938.

14. JONES, F. A. — Hematemesis and melena: with special reference to causation and to the factors influencing the mortality from bleeding peptic ulcers. *Gastroenterology*, 30:166-190, 1956.

15. MOWREY, F. H.; LUNDBERG, E. A. — Clinical manifestations of essential polyangiitis (periarteritis nodosa) with emphasis on hepatic manifestations. *Ann. Int. Med.*, 40:1145-1164, 1954.

16. OSBORN, G. R. — Pathology of gastric arteries, with special reference to fatal haemorrhage from peptic ulcer. *Brit. J. Surg.*, 41:585-594, 1954.

17. OSBORNE, M. P.; DUNPHY, J. E. — Identification of cause of obscure massive upper gastrointestinal hemorrhage, during operations. *A.M.A. Arch. Surg.*, 75:964-971, 1957.

18. RAMOS DE OLIVEIRA, M.; FRANCESCHINI, L.; SPERANZINI, M. B.; LIMA, M. L. T.; YOSHIMOTO, M.; MARKOVITZ, O. — Pólipos solitários do estômago; estudo de 16 casos. *Rev. Hosp. Clin.* (no prelo).

19. RAMOS DE OLIVEIRA, M.; PONTES, J. F.; FERREIRA filho, A. — O problema da hérnia diafragmática pelo hiato esofágiano. *Rev. Hosp. Clin.*, 6:125-173, 1951.

20. RAMOS DE OLIVEIRA, M.; BRANCO, P. D.; SILVA, P. A. — O problema da esofagite de refluxo no tratamento cirúrgico do megaesôfago. Considerações a propósito de 16 casos. *Rev. Med. Cir. de São Paulo* (no prelo).

21. SENGSTAKEN, R. W.; BLAKEMORE, A. H. — Balloon tamponade for the control of hemorrhage from esophageal varices. *Ann. Surg.*, 131:781-789, 1950.

22. WILLIAMSON, T. B. — Multiple myelomatosis and melena. *Brit. M. J.*, ii:910-912, 1953.

ALGUNS ASPECTOS DA PROPEDEÚTICA RADIOLÓGICA DO ABDOME AGUDO

MARIO RAMOS DE OLIVEIRA *

MANLIO SPERANZINI **

PAULO BRANCO **

SERGIO GOULART DE FARIA **

A propedêutica do abdome pelo exame radiológico é possível graças ao contraste oferecido pela diferente penetração dos raios X em suas diversas estruturas. Esta maior ou menor penetração dos raios X decorre da menor ou maior densidade radiológica dos vários tecidos. Isto significa maior ou menor sensibilização do filme, que se traduz por uma côr esbranquiçada para os mais radiopacos, isto é, aquêles que impedem com maior intensidade a penetração dos raios, e de côr tendendo ao negro para os mais radiotransparentes, isto é, aquêles que permitem passagem mais fácil dos raios.

Encontramos no abdome, como em qualquer outra parte do organismo, quatro diferentes grupos de contraste; em ordem decrescente de radiopacidade são: 1) *Grupo cálcio* — é o mais radiopaco, representado quer pelos ossos, quer pelo contraste baritado. 2) *Grupo água* — é representado pelos tecidos onde predomina o conteúdo aquoso, estando neste grupo as partes moles, as vísceras parenquimatosas, como o fígado e os rins, entre outros. 3) *Grupo gordura* — pela opacidade radiológica menor do que o grupo anterior, permite estabelecer contraste para vísceras parenquimatosas, como o rim, que se encontra envolto em tecido gorduroso, conseqüentemente mais visível nos indivíduos obesos. A gordura pré-peritoneal, visível pela diferença de contraste entre ela e as partes moles e o conteúdo abdominal que a delimitam, constitui diferenças radiopacas que tornam visíveis as diferentes formações assinaladas. 4) *Grupo ar* — êste último grupo é representado pelo ar ou gas, que é o que apresenta a maior radiotransparência.

Considerando os grupos extremos, o grupo cálcio, por permitir menor penetração dos raios X, apresenta-se no filme, de côr branca, e o grupo ar, de côr negra, por permitir maior penetração dos raios X e, portanto, maior sensibilização do filme.

O abdome agudo é um aspecto parcial e momentâneo de urgência de inúmeras afecções dos órgãos intra e retroperitoneais, apresentando conseqüentemente uma multiplicidade de quadros clínicos e anátomo-patológicos.

Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas 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.

** Assistente extranumerário.

No abdome agudo um mesmo quadro radiológico pode ser comum a várias afecções e por esse motivo não permite, isoladamente, o diagnóstico etiológico. É possível, porém, um diagnóstico síndrômico, diagnóstico este que terá valor apenas quando analisado conjuntamente com os dados clínicos.

Para se fazer um diagnóstico síndrômico é necessário que se conheça a propedêutica normal e a patológica, do mesmo modo que na clínica se estuda a propedêutica para tornar possível o diagnóstico clínico síndrômico. No decorrer desta exposição, assinalaremos alguns dos dados propedêuticos radiológicos de maior importância, que nos permitam alcançar um diagnóstico síndrômico.

Todo o médico, e em especial o cirurgião, deve ter esses conhecimentos, uma vez que nem sempre é possível o concurso do radiologista, grande parte das vezes por defeito na organização de nossos Serviços de urgência.

Por outro lado, o cirurgião tem a possibilidade de orientar e interpretar o exame radiológico, à luz dos dados clínicos por ele mesmo colhidos e da evolução seguida por determinado quadro abdominal; posteriormente ainda, pode comparar os achados radiológicos com os achados intra-operatórios, plasmando uma experiência que pode ser considerável.

De modo geral, em todo o quadro abdominal agudo deve ser feito um exame radiológico dinâmico, representado pela radioscopia, e um exame estático, permanente, fixado, que permite um estudo mais detalhado e demorado, inclusive a posteriori, representado pela radiografia.

O emprêgo rotineiro desses exames subsidiários evitará algumas surpresas na evolução, conduta e terapêutica a que fôr submetido o paciente.

É necessário lembrar que o paciente com abdome agudo não pode ser examinado, com a mesma minúcia e tempo, como um paciente de ambulatório, pois comumente, ao entrar no Pronto Socorro, ele está dispnéico, agitado, com dores ou lipotímico. Nesse particular, a potência do aparelho, permitindo um tempo curto de exposição das chapas, tem importância, pois possibilita um exame radiográfico rápido.

Habitualmente, e sempre que possível, inicia-se o exame pela radioscopia e nesta examinaremos em primeiro lugar o tórax, com seu gradeado costal, pleura, pulmões, grandes vasos e coração.

O exame do tórax é necessário, de vez que podemos estar em presença de um íleo adinâmico de origem pleuropulmonar, de uma hérnia diafragmática traumática ou não (fig. 1), de uma contratura abdominal conseqüente a fratura de costelas, de uma tuberculose pulmonar orientando o diagnóstico etiológico de uma obstrução intestinal, etc.

Por outro lado, a forma e dimensões do coração e grandes vasos nos permitirão prever algumas das possíveis alterações cardiovasculares que possam ocorrer durante o ato cirúrgico.

Habitualmente, as chapas são feitas sem contraste, reservando-se as contrastadas per os, por enemas, as cistografias, urografias, etc., para casos particulares.

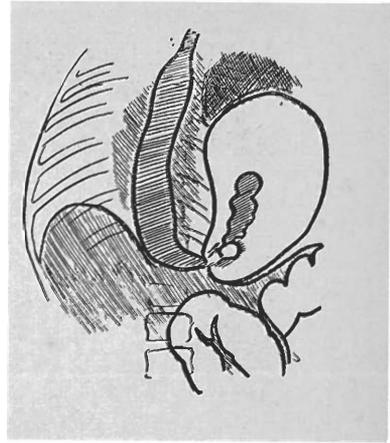
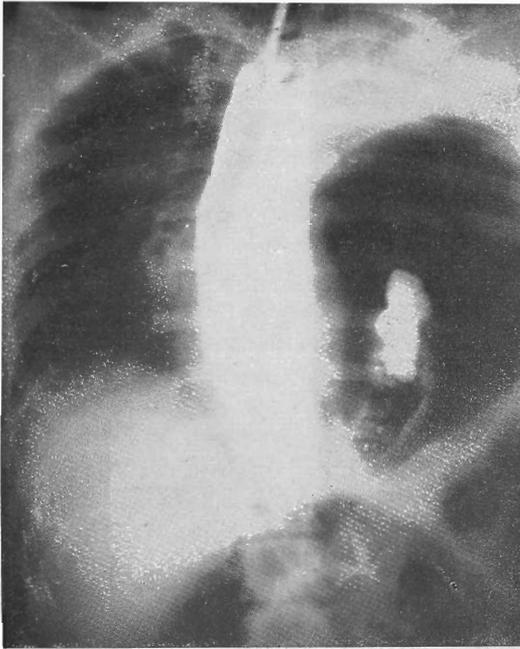


Fig. 1 — *Contusão abdominal. Hérnia diafragmática traumática com encarceramento do estômago.* A radiografia mostra grande imagem gasosa ocupando quase todo o hemitórax esquerdo, de forma ovóide, com a extremidade mais afilada voltada para junto da coluna vertebral. Seu contórno é regular, não apresentando pregas ou boceladuras. O esôfago contrastado e o mediastino estão recalcados para a direita; o contraste penetra na imagem gasosa, demonstrando ser esta o estômago. Superiormente, há uma imagem de opacificação, correspondendo ao parênquima pulmonar comprimido.

A chapa radiográfica deve abranger todo o abdome e, nos casos em que isso não fôr possível, não se deve titubear em utilizar-se mais uma, a fim de que não nos escape ao exame nenhum segmento abdominal.

De modo geral, recomendam-se sempre pelo menos duas posições: a ântero-posterior de pé ou sentado e a ântero-posterior em decúbito dorsal horizontal, sempre com a chapa paralela ao plano frontal e o raio perpendicular.

Em casos particulares, como na localização de projéteis, utilizamo-nos dos vários decúbitos horizontais ou laterais. Quando se desejar pesquisar um pneumoperitônio e as condições do paciente não permitirem que êle assuma a posição vertical, é possível, com o decúbito dorsal horizontal e a chapa colocada perpendicularmente ao plano frontal, na sua face lateral, visibilizar-se uma coleção gasosa abaixo do esterno. Mantendo-se a chapa e o raio na mesma posição e o paciente em decúbito lateral esquerdo, o ar se coletará entre a parede abdominal e a face convexa do fígado (fig. 2).

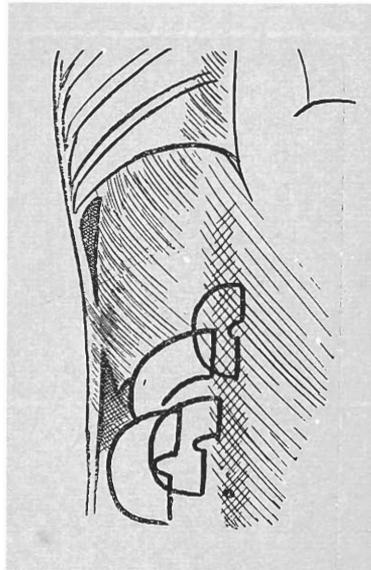


Fig. 2 — Úlcera duodenal perfurada. Pneumoperitônio. Radiografia tirada com o paciente em decúbito lateral esquerdo e o filme colocado paralelamente ao plano frontal. O ar se coleta entre o diafragma e o contorno direito do fígado; note-se também algumas alças distendidas, com numerosos níveis líquidos, com características de alças jejunais, e opacificação da porção lateral esquerda do abdome (correspondente, portanto, ao decúbito), em consequência da presença de líquido intra-peritoneal.

Outra posição a ser utilizada nos casos indicados é a de Wangensteen-Rice, isto é, aquela utilizada nas atresias do reto, nas quais a radiografia é feita com a criança de cabeça para baixo e de perfil (fig. 3).

A fim de não deixarmos escapar nenhum setor da chapa ou do écran radioscópico, em nossa pesquisa devemos seguir determinada ordem. Com a finalidade de facilitar a exposição, seguiremos a seguinte ordem: 1) cúpulas diafragmáticas; 2) espaços subfrênicos; 3) órgãos parenquimatosos; 4) tubo gastrointestinal; 5) cavidade peritoneal e parede.

1. *Cúpulas diafragmáticas* — As cúpulas diafragmáticas de um indivíduo adulto são curvilíneas, bastante móveis com a respiração e a da direita mais elevada do que a da esquerda.

Ao exame verificamos a sua forma, posição e mobilidade (esta pela radioscopia). É necessário lembrar que há deformidades de diafragma sem importância patogênica e que a mobilidade do diafragma nos velhos é menor.

Ambas as cúpulas são imóveis nos processos peritoníticos.

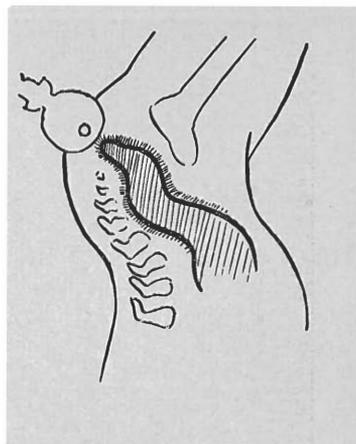
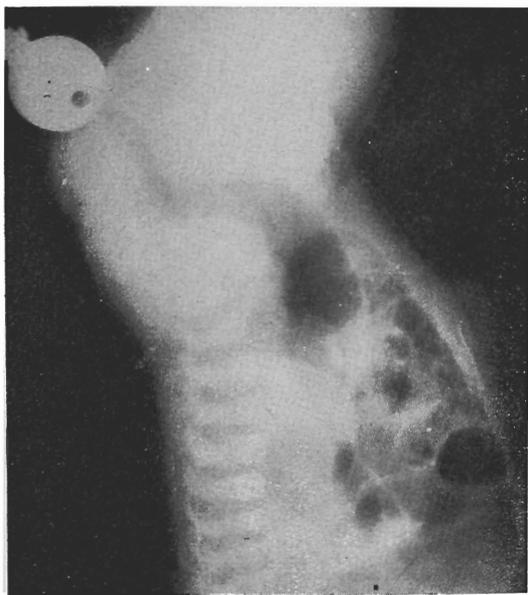


Fig. 3 — *Atresia anal. Posição de Wangensteen-Rice.* Paciente de perfil e de cabeça para baixo. Quadro radiológico sugestivo de obstrução intestinal mecânica com numerosos níveis líquidos. Graças a essa posição, o ar se coleta no reto ou no que existe de reto, contrastando-o. Observar a pequena distância que medeia entre o gas retal e o reparo metálico colocado na fossa anal. Tal precisão da distância não é possível quando em ântero-posterior, devido à curvatura do reto.

Nos abscessos subfrênicos unilaterais podemos encontrar os seguintes sinais radiológicos: 1) elevação da cúpula ipsolateral, com imobilidade da mesma; 2) irregularidade do diafragma; 3) alteração do parênquima pulmonar contíguo e mesmo atelectasia do tipo inflamatório e sinais de derrame pleural (figs. 4-6).

Nos processos em que há aumento da pressão intra-abdominal, como nos grandes derrames ou pneumos sob tensão, e no processo obstrutivo intestinal, as cúpulas se acham enormemente elevadas.

Com relação à integridade das cúpulas já nos referimos à possibilidade de uma hérnia diafragmática, em consequência do aumento brusco de pressão intra-abdominal nas contusões e nos ferimentos perfurantes do mesmo (fig. 1).

2. *Espaços subfrênicos* — O espaço subfrênico é ocupado à direita pela sombra hepática, a qual se confunde com o diafragma e apresenta em sua porção superior, na zona de superposição com o parênquima pulmonar, uma área mais clara com estrias correspondentes à trama vascular do pulmão; à esquerda visibilizamos às vèzes a bôlha gástrica e também o ângulo esplênico do cólon, os quais contrastam a cúpula diafragmática esquerda. Em seu estudo procuramos visibilizar coleções gasosas ou líquidas.

O pneumoperitônio é visível nas chapas tiradas em posição ortostática, quando o ar descola o diafragma do fígado no lado direito, e a bôlha gástrica, cólon e às vêzes o baço (o qual se torna visível). Assume a forma característica em meia lua e sua amplitude varia de acôrdo com a quantidade de gas (figs. 5-23). Muitas vêzes o ar fica como que septado pelo

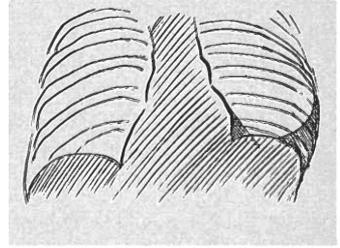
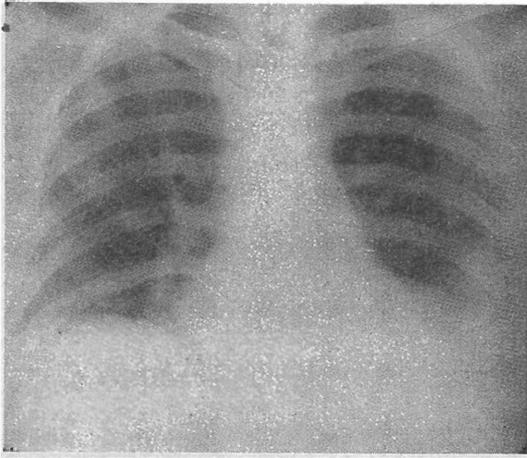


Fig. 4 — Abscesso subfrênico esquerdo em consequência de um abscesso de baço. Note-se a elevação da cúpula diafragmática esquerda, com opacificação do espaço subfrênico correspondente. Sinais de derrame pleural representado pela opacificação do seio costofrênico esquerdo. Distinguir o contorno cardiaco (arco inferior), de uma imagem de opacificação que se limita externamente à esquerda por uma linha reta, correspondente a uma "atelectasia do tipo inflamatório" do lobo inferior esquerdo.

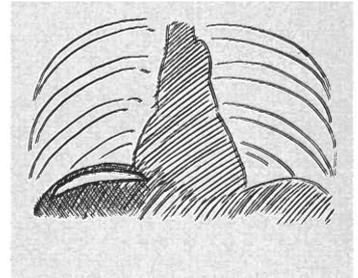
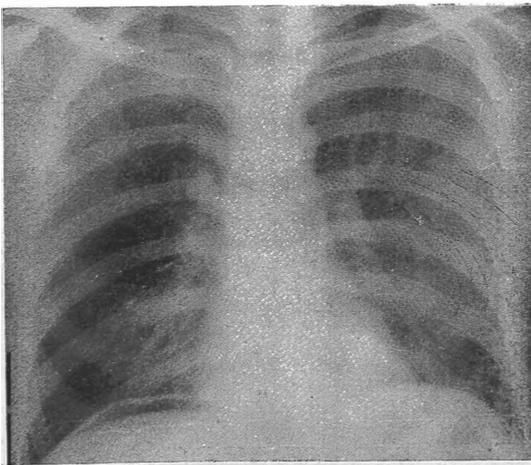


Fig. 5 — Úlcera duodenal perfurada. Pneumoperitônio. Radiografia em posição ortostática. O ar descola o fígado da cúpula diafragmática assumindo o aspecto de meia lua.

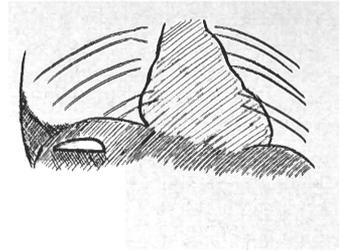
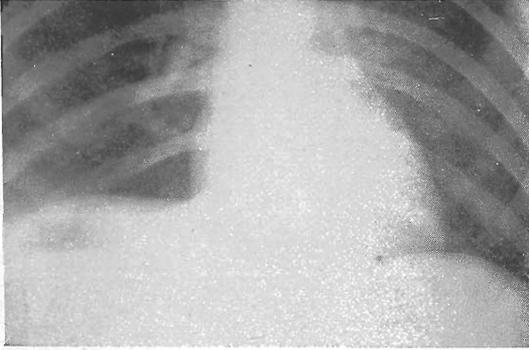


Fig. 6 — Abscesso subfrênico direito por germes anaeróbios produtores de gas. Há elevação da cúpula diafragmática direita, com opacificação discreta do seio costofrênico direito. Notar a presença de um nível líquido, encimado por uma cúpula gasosa, correspondente ao abscesso.

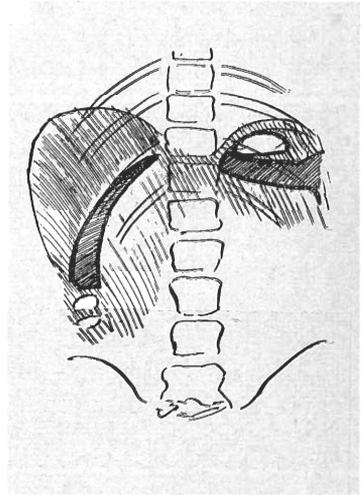
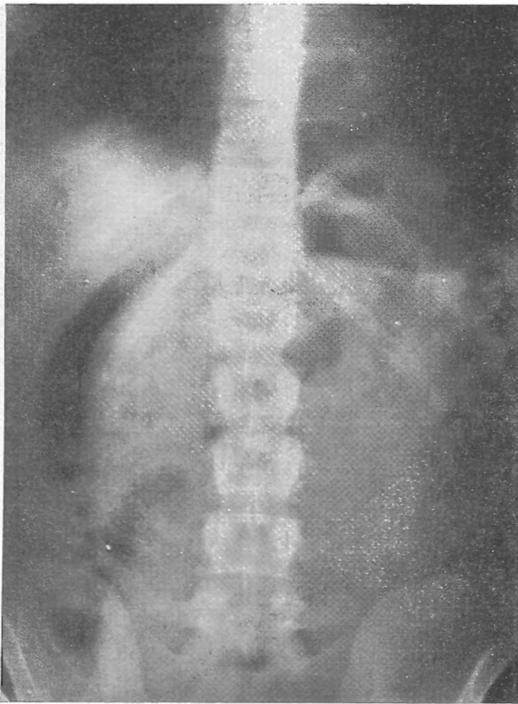


Fig. 7 — Úlcera péptica perfurada. Pneumoperitônio subepático. Notar a imagem gasosa existente sob o bordo do fígado, em forma de corno, de contornos regulares, encimando um nível líquido; essa imagem significa a existência de ar sob a face côncava do fígado.

ligamento falciforme, adquirindo o aspecto de uma alça, outras vêzes o cólon distendido se interpõe entre o fígado e o diafragma, simulando um pneumoperitônio. Pode haver confusão também com as grandes dilatações gástricas. Deve-se notar, porém, que o gas no estômago não segue a cúpula, fugindo desta e assumindo a forma da víscera.

Os pequenos pneumos dificilmente serão visibilizados, a menos que analisemos metódica e cuidadosamente tôdas as chapas.

É importante lembrar que o ar pode coletar-se em qualquer outro ponto da cavidade peritoneal, como por exemplo o bordo inferior do fígado, formando nesse ponto um halo escuro em tôda a sua extensão, entre alças, desaparecendo ou mudando de forma quando há mudança de posição do paciente (fig. 7).

Por outro lado, ao examinar um pneumoperitônio, há a possibilidade de ser o mesmo residual, após uma operação abdominal, processos terapêuticos e diagnósticos e ainda após a injeção de ar inadvertida no decurso de punções exploradoras.

As coleções líquidas, além de opacidade localizada, elevação da cúpula ipsolateral, recalçamento de vísceras ôcas, etc., podem apresentar níveis líquidos quando a infecção fôr por anaeróbio (fig. 6).

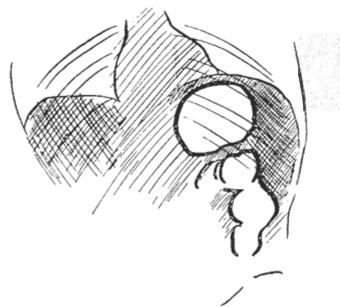
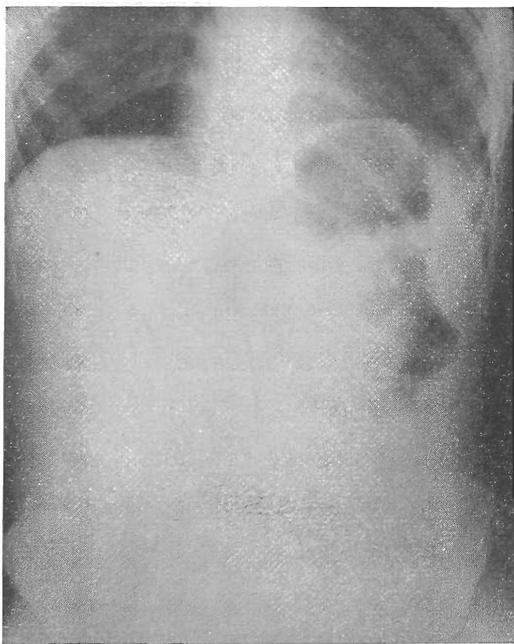


Fig. 8 — *Rotura de baço. Hematoma da loja esplênica e hemoperitônio.* Notar a opacificação, com aspecto homogêneo, de tôda a cavidade abdominal. No hipocôndrio esquerdo há uma imagem de opacificação recalçando a bóia gástrica e o ângulo esplênico do cólon.

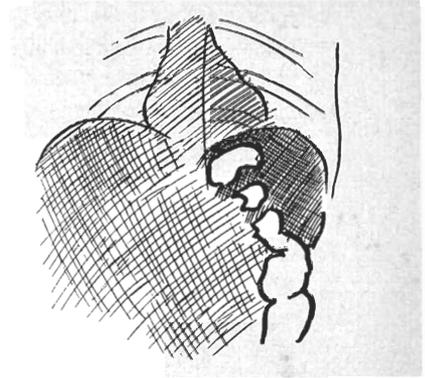


Fig. 9 — *Mesmo caso que o da figura 8.* Radiografia tirada cêrca de 3 horas após, mostrando aumento do recalçamento. O intestino parético começa a se tornar visível.

3. *Órgãos parenquimatosos* — O fígado é a maior sombra radiológica que se vê na radiografia simples, ocupando todo o hipocôndrio direito e ultrapassando a linha média. A vesícula biliar pode ser visível, em seus processos inflamatórios, quando aumenta muito de volume, muitas vêzes contrastada pelo cólon, onde imprime a sua forma ou mesmo como uma sombra radiopaca piriforme saindo do bordo inferior do fígado em direção à fossa ilíaca direita. Outras vêzes, como sucede nas colecistites por anaeróbio, pode ser contrastada devido ao ar contido em seu interior.

Nos processos obstrutivos intestinais em pessoas idosas, é fundamental o exame sistemático e pormenorizado da área hepática, a fim de se surpreender a árvore biliar intra-hepática contrastada por ar, o que vem fazer o diagnóstico de fistula biliodigestiva e de íleo biliar por obturaçãõ do delgado por cálculo.

O baço pode ser visto freqüentemente, contrastado pela bôlha gástrica, especialmente nos pneumos. Nos casos de rotura subcapsular, nos quais há uma hemorragia que distende a cápsula, aumentando o volume do baço, ou nos casos em que há um hematoma grande da loja esplênica, há opacificação e recalçamento característico do estômago e ângulo esplênico do cólon, que permite o diagnóstico (figs. 7-8).

O pâncreas, por ser um órgão retroperitoneal, profundamente situado, não é visto normalmente; pode, porém, ser visibilizado, quer nos processos inflamatórios, quer nos pseudocistos pancreáticos formados por uma necrose do tecido pancreático, pelo contraste produzido graças à opacificação parenquimatosa que adquire, e pela compressão que exerce sobre as vísceras vizinhas, de modo geral o estômago e o cólon, contrastadas por ar em virtude do íleo regional que se estabelece. São possíveis também as imagens do espasmo de antro e alargamento do arco duodenal, aqui pelo exame contrastado.

As imagens de calcificação na área pancreática de um paciente com quadro abdominal agudo sugerem como etiologia uma pancreatite aguda recidivante.

As sombras renais visíveis dos dois lados da coluna e os músculos psoas, especialmente em pacientes obesos dado o contraste oferecido pela gordura, desaparecem nos traumatismos renais, nos hematomas retroperitoneais, nos processos inflamatórios da loja renal, etc. São bem visíveis, pelo contrário, nos enfisemas retroperitoneais, determinados pelas roturas de duodeno ou ângulo hepático do cólon (fig. 10).

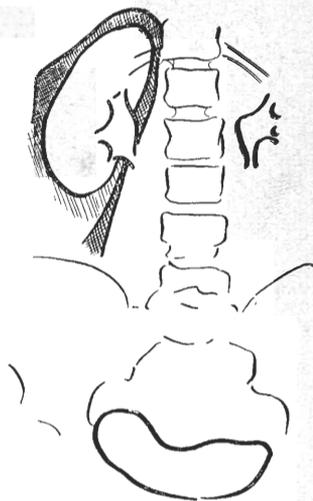


Fig. 10 — Rotura de duodeno extraperitoneal. Enfisema retroperitoneal. Radiografia em posição ortostática. Urografia excretora. Notar como o rim direito está bem contrastado, assim como o músculo psoas do mesmo lado; do lado esquerdo apenas está visível a pélvis renal. Na pequena bacia a bexiga se mostra contrastada.

É importante verificar, na presença de quadro abdominal radiológico sugestivo de íleo reflexo, se não há cálculos na sombra renal e trajeto dos ureteres.

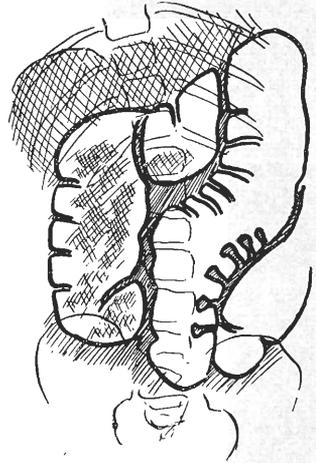
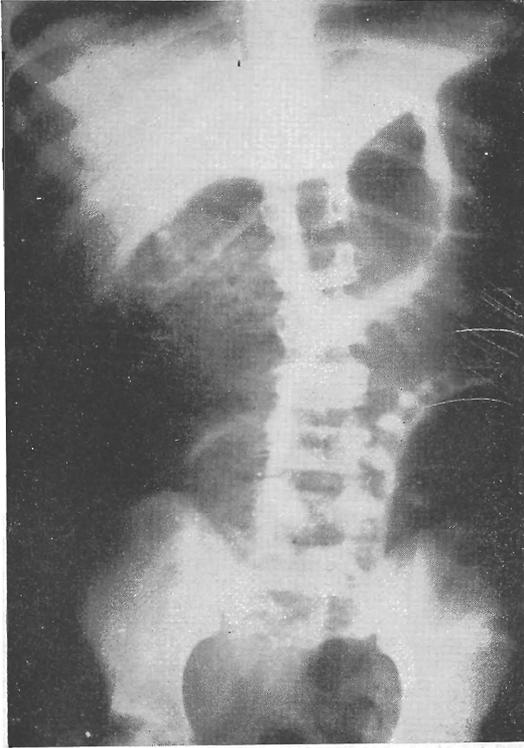


Fig. 11 — *Apendicite aguda gangrenada; íleo adinâmico.* Radiografia em decúbito dorsal horizontal. Sob a imagem opaca do fígado, visibiliza-se o cólon distendido. Sua parede é espessa e provida de duas espécies de pregas: umas mais finas e longas e outras curtas e com as extremidades arredondadas. Na luz do ceco e ascendente há uma imagem em miolo de pão, característica de fezes.

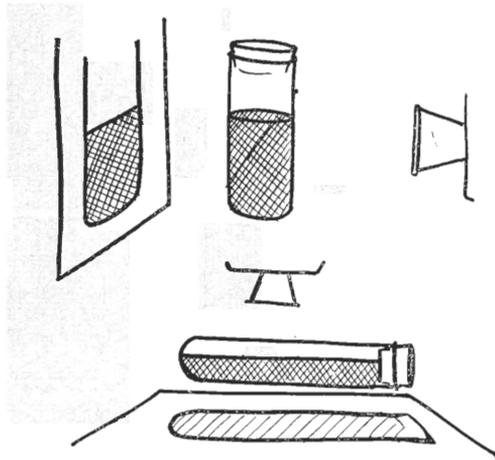
4. *Tubo gastrintestinal* — O tubo gastrintestinal, por ter uma densidade radiológica semelhante à das partes moles, habitualmente não é visível. A sua luz só se torna visível graças ao contraste fornecido pelo gas existente no seu interior, uma vez que êste gas possui densidade radiológica bastante inferior à das partes moles. Por êsse motivo, habitualmente, o estômago (pela sua bôlha gástrica) e o cólon são as únicas imagens do tubo gastrintestinal vistas ao exame radiológico de um indivíduo adulto e são. Pequenos desvios da normalidade, quais sejam fatores emocionais, o uso de purgativos, fatores reflexos de afecções de outros sistemas, traumatismos, fazem aparecer, no écran radioscópico ou no filme, imagens gasosas e muitas vêzes níveis líquidos, significando existência de líquido e gas no interior do delgado e cólon.

Na criança, após a sexta hora de vida, são comuns as imagens gasosas do delgado, sem significado patológico.

São comuns também as imagens características, em miolo de pão, indicando a presença de fezes no cólon, mais especialmente no ceco (fig. 11). Nos pacientes portadores de megacólon é comum o seu achado no cólon esquerdo e sigmóideo, onde os fecalomas podem determinar quadros obstructivos, aliviados às vezes por meio de simples clister.

Os processos obstructivos, em geral, apresentam distensão intestinal e conseqüente quadro radiológico de alças distendidas também após a sexta hora de evolução; êste tempo é suficiente para que o ar deglutido, que constitui 70% do gas intestinal, venha contrastar a alça.

A presença de líquido e ar no interior de uma alça só pode ser determinada nos clichês tirados com o paciente em pé, uma vez que só assim o líquido se contrasta com o ar, formando um nível horizontal.



Esquema 1

De modo geral, o ar contido no interior de uma víscera assume a morfologia de sua luz, enquanto o ar localizado fora da víscera (pneumoperitônio ou ar contido em abscessos) mostra formas bizarras, de limites regulares (figs. 2-12).

A mesma alça pode apresentar mais de um nível líquido, dependendo da altura da coluna líquida no interior dos dois ramos da alça (figs. 13-14).

Os níveis líquidos podem apresentar, à radioscopia, movimentos ondulatórios resultantes do esforço que o intestino realiza tentando vencer o obstáculo. Muitas vezes, à radioscopia, visibiliza-se melhor um nível líquido fazendo o paciente oscilar com movimentos pendulares, que fazem com que o nível líquido também oscile.

As câmaras gasosas acima dos níveis líquidos são mais estreitas e baixas no delgado, adquirindo dimensões maiores nos cólons (figs. 13-14).

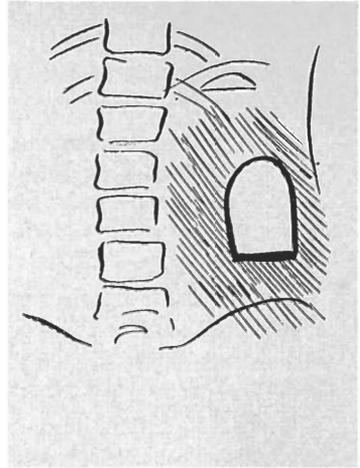
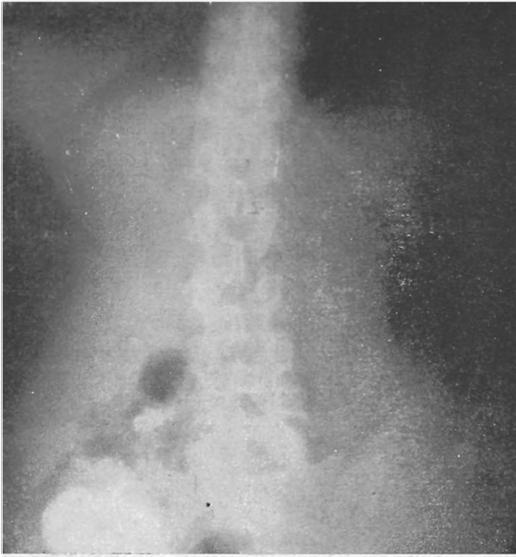


Fig. 12 — *Abscesso de loja renal*. Radiografia em posição ortostática. Imagem gasosa, de paredes lisas, sem o aspecto de alça, encimando um nível líquido. Ao seu redor, opacificação do tipo de viscera parenquimatosa. O cólon se acha contrastado em virtude de enema anterior.

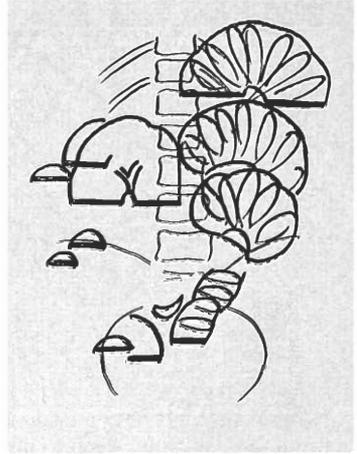
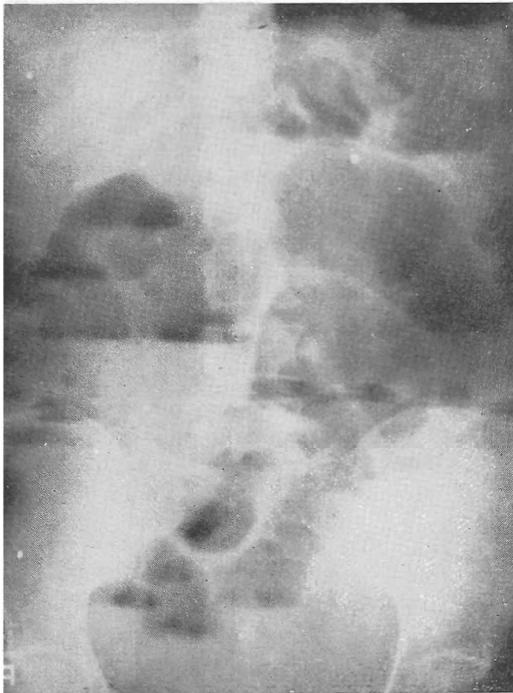


Fig. 13 — *Obstrução de delgado por brida*. Radiografia em posição ortostática. Notar o tamanho das cúpulas gasosas e dos níveis líquidos. A mesma alça pode apresentar mais de um nível líquido. As cúpulas gasosas apresentam pregas circulares. As alças se dispõem em \cap ou Ω

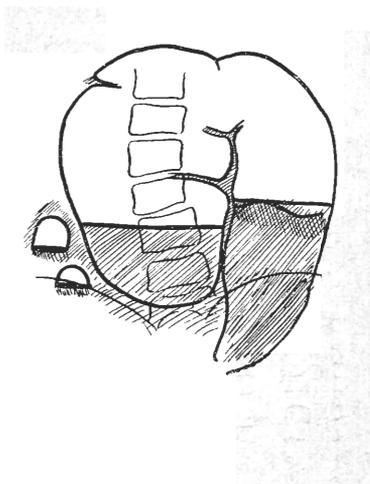


Fig. 14 — *Volvo de sigmóideo. Obstrução mecânica. Radiografia em posição ortostática. Sigmóideo enormemente dilatado, ocupando cerca de dois terços da cavidade, apresentando enorme cúpula com dois níveis líquidos.*

Além de líquido, ar e fezes, podem ser demonstrados radiologicamente na luz intestinal, bolos de ascárides, cálculos biliares e corpos estranhos dos mais variados e surpreendentes materiais e formas, introduzidos por via oral (fig. 16) ou anal (fig. 17); neste último caso, em geral, introduzidos para prática de pederastia.

As ascárides são reconhecíveis dentro do delgado, como finas franjas radiopacas, contrastadas pelo ar existente em seu interior; muitas vezes, quando o contraste baritado chega ao intestino, é ele ingerido pelos vermes, os quais se tornam visíveis pela presença dessa substância em seu tubo digestivo dando na chapa radiográfica imagens de estrias filiformes (fig. 15).

Podemos visibilizar, sem que se possa dizer se dentro ou fora da luz, corpos estranhos como projéteis, ou nos casos de ferimentos perfurantes, o agente agressor que permaneceu no corpo do paciente, e mesmo instrumental cirúrgico deixado inadvertidamente, no mais das vezes na cavidade abdominal.

A parede e a disposição das alças na cavidade apresentam particularidades próprias tanto para o delgado como para o cólon. O estudo da parede do intestino distendido se faz melhor nas radiografias tiradas em decúbito dorsal horizontal (fig. 19). É possível também o seu estudo nas câmaras gasosas acima dos níveis líquidos (fig. 13). A parede do delgado é fina e seu contorno, regular. Apresenta válvulas coniventes, que são identificadas radiologicamente graças ao ar contido entre elas como pregas circulares; caracteristicamente, são mais numerosas e circulares no jejuno, aumentando o espaço entre elas à medida que se progride para o íleo, sendo praticamente ausentes em seus últimos centímetros, onde o íleo tem o aspecto de um tubo ôco (figs. 13-18-19).

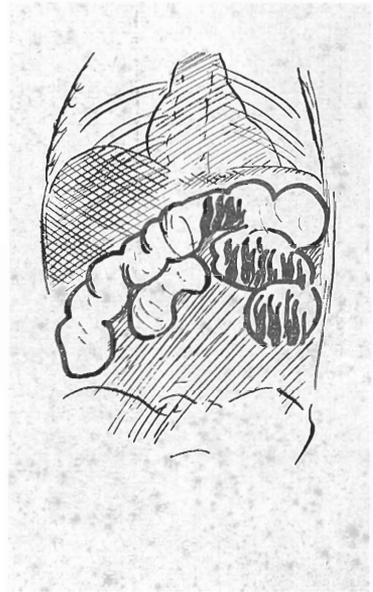
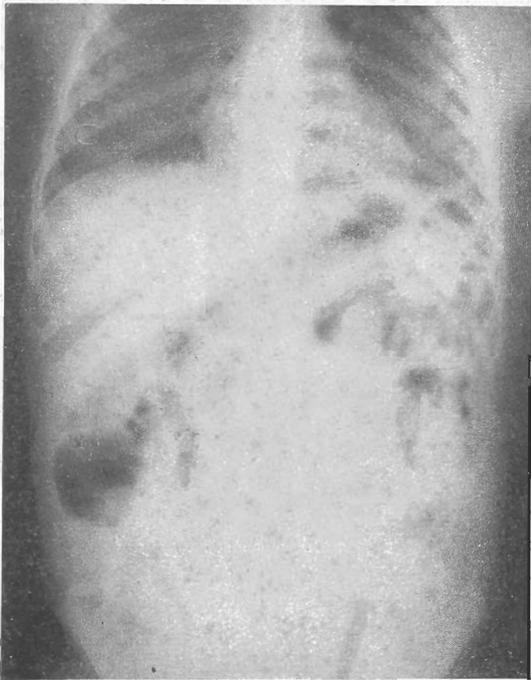


Fig. 15 — *Obstrução intestinal por bôlo de ascárides.* Radiografia em decúbito dorsal horizontal. No grupo de alças delgadas do hipocôndrio esquerdo, notar em sua luz franjas opacas, contrastadas por ar e que representam os vermes.

As pregas do íleo proximal se apresentam retilíneas, por ocuparem apenas uma das paredes e podem apresentar-se curtas, sem a parte média, em consequência da presença de líquido no seu interior. Aliás, como resultado da paresia intestinal e presença de líquido abundante, podem desaparecer em qualquer altura (fig. 19).

O cólon apresenta morfologia característica, por ser a camada muscular longitudinal reunida em tênias, mais curta do que a circular, provocando várias boceladuras no seu contôrno (fig. 11).



Fig. 16 *Ingestão de pedregulhos. Obstrução intestinal.* Radiografia tirada em decúbito dorsal horizontal. No sigmóideo e em especial no reto há inúmeras imagens arredondadas, com grande densidade radiológica (grupo cálcio), que nada mais são do que pedregulhos ingeridos.

No sigmóideo, havendo distribuição uniforme da camada muscular longitudinal, desaparece êsse aspecto, sendo a sua parede lisa. A parede é mais espessa e a sua luz é desprovida de pregas, porém, de espaço em espaço a sua mucosa se levanta, entre as boceladuras, dando origem às plicas semilunares ou haustrações, as quais podem ser longas, indo de parede a parede ou então curtas, mais espessas e terminando com as extremidades arredondadas.

A posição do delgado dentro da cavidade abdominal é variável, de forma que não podemos prever, pela localização, o ponto exato de uma obstrução.

Inicialmente, as alças se dispõem horizontalmente e, à medida que o processo obstrutivo progride, por ser o meso um ponto fixo, elas tendem a se dispor obliquamente no abdome, paralelas à raiz do meso (fig. 19).

No cólon há duas partes de topografia periférica fixa, que são o ascendente e o descendente.

O transverso é bastante móvel e muitas vezes, quando distendido, se localiza entre a parede e o fígado, trazendo confusão com pneumos, dos quais se diferencia pelas hausterações, e às vezes pelo seu conteúdo em fezes.



Fig. 17 — *Corpo estranho no reto.* Corpo estranho (garrafa), introduzido e perdido inadvertidamente no reto.

O ceco habitualmente é visível pela imagem de fezes, em miolo de pão, na fossa ilíaca direita; nos vólculos, constitui uma das maiores imagens radiotransparentes dos quadros abdominais agudos, única, reniforme, podendo ser encontrada até à esquerda da coluna vertebral. O sigmóideo habitualmente não é visível; êle se torna visível nos casos de mega com fecaloma, ou nos volvos, quando a imagem gasosa se dispõe em cano de espingarda, da pelve ao diafragma, e muitas vezes, para poder ocupar maior comprimento, obliquamente entre o fígado e a parede. No sentido transversal êle ocupa meio a dois terços da cavidade abdominal (fig. 14).

Em presença de alças distendidas, fôrça é explorar-se a parede e a luz, para se averiguar se a distensão se efetua na continuidade do intestino ou por contigüidade, atingindo cólon e delgado, de um foco extra-intestinal, segundo ocorre nos íleos regionais das pancreatites agudas, das colecistites agudas e das apendicites agudas, etc.

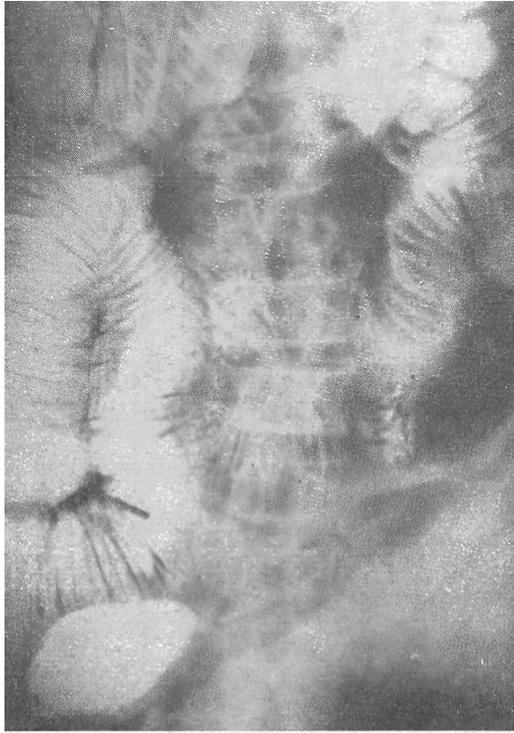


Fig. 18 — *Subocclusão intestinal*. Introdução por via oral de bário. Contraste baritado ingerido, a fim de se estudar a área de estenose. Verifica-se que o calibre das alças está aumentado, sua morfologia é peculiar ao delgado, vendo-se as válvulas convinentes, circulares e numerosas (jejuno).

Nos íleos adinâmicos, o jejuníleo e o cólon estão difusamente dilatados; quando de origem reflexa, suas paredes são finas e a mucosa lisa, em consequência da paresia. O delgado se mostra no centro, emoldurado pelo cólon, do qual muitas vèzes não se diferencia; no caso de sua origem ser a de um processo inflamatório, o relêvo mucoso estará acentuado e a parede, espessada; nesses casos há níveis líquidos, predominando, porém, o elemento gasoso (figs. 20-21).

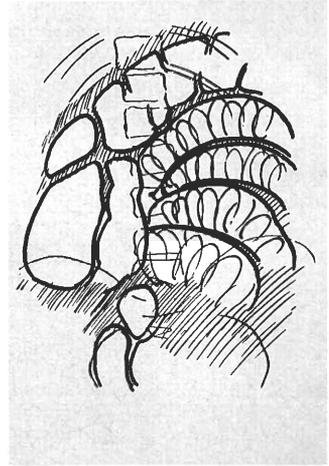


Fig. 19 — *Mesmo caso que o da figura 13.* Radiografia em decúbito dorsal horizontal. Numerosas alças delgadas dilatadas e contrastadas por ar. Suas paredes são finas, porém, entre elas há uma faixa de discreta opacificação. De modo geral se dispõem obliquamente, paralelas entre si. O cólon não se mostra contrastado. A luz de algumas delas está provida de pregas circulares, não visíveis nas demais, em decorrência, talvez, da presença de líquido no interior das alças. Elas são bem apreciadas na figura 13.

Nas obstruções mecânicas do delgado, predominam os níveis líquidos, nas chapas tiradas em posição ortostática; são eles tanto mais numerosos, quanto mais baixa e de maior duração for a obstrução. As câmaras gasosas acima dos níveis líquidos assumem a forma das alças, as quais se dispõem em \cap ou \sqcup . Nessas câmaras podemos apreciar as válvulas coniventes bem delineadas; para se estudar a parede são preferíveis os decúbitos dorsais horizontais (figs. 13-22).

Nas chapas tiradas com o paciente em posição ortostática, é comum visibilizarem-se pequenas bôlhas dispostas como contas de um colar, as quais seriam devidas a uma proporção maior de líquido na alça, nas vizinhanças do obstáculo, com pequenas bôlhas de ar presas entre as suas pregas.

Nas obstruções do cólon as imagens gasosas são maiores, assim como os níveis líquidos, as pregas e boceladuras são nítidas, trazendo raras vezes confusão com o delgado (fig. 14). Haverá dilatação concomitante do del-

gado apenas quando a válvula ileocecal fôr incontinente. Os tumores do ângulo hepático, quando obstrutivos, podem condicionar, desde que a válvula ileocecal seja continente, a síndrome da alça fechada (alça de von Wahl).

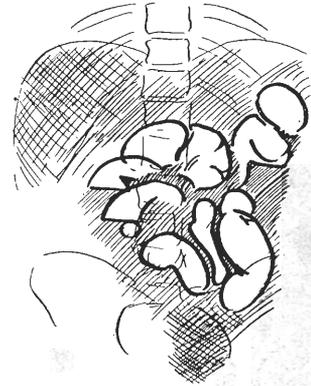


Fig. 20 — *Apendicite aguda gangrenada. Peritonite generalizada. Ileo adinâmico.* Radiografia em posição ortostática. O abdome está opacificado difusamente (inclusive a pequena bacia), com exceção da parte central, onde há numerosas alças distendidas; chama a atenção a falta de uniformidade do calibre das mesmas. Entre uma alça e outra, há grande faixa de opacificação, decorrente da presença de líquido na cavidade e do edema das alças. Há alças delgadas e cólicas contrastadas, sem que haja continuidade entre elas.

De notável significado prognóstico e terapêutico é a descoberta, ao exame radiológico, de uma alça com comprometimento vascular. Inicialmente, essas alças se apresentam com aspecto parético, com as paredes lisas, mais radiopacas que as demais. Com o progredir do comprometimento vascular, a alça já estrangulada, apresentando apenas líquido no seu interior e as paredes enfartadas, mostra-se como uma sombra radiopaca, de contornos pouco nítidos, imóvel apesar dos vários decúbitos que o paciente assuma. É relativamente comum a sua localização na fossa ilíaca direita ou sobre o promontório, cujas formações ósseas dificultam a sua identificação.

Os exames contrastados, mesmo sendo feitos com técnicas simples, talvez imperfeitas, prestam relevante auxílio no diagnóstico de determinadas afecções abdominais de urgência.

É o que ocorre nas suspeitas de invaginação retrógrada gastrojejunal nos gastrectomizados, nos processos obstrutivos de cólon, etc.

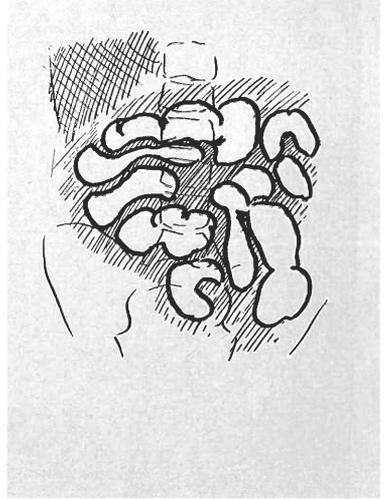


Fig. 21 — *Mesmo caso que o da figura 20.* Radiografia em decúbito dorsal e horizontal. Mantém-se a irregularidade de calibre e as faixas de opacificação entre as alças; estas, quando vistas perpendicularmente ao seu eixo longitudinal, apresentam um contórno arredondado.

O exame contrastado de que mais comumente nos utilizamos, sem o concurso do especialista, é o enema opaco. Para o seu emprêgo devemos seguir algumas normas elementares, porém fundamentais.

A progressão do enema deve ser acompanhada pela radioscopia, o que permite calcular a velocidade ou pressão com que deve ser introduzido o contraste, permitindo fazer radiografias dos aspectos mais interessantes e elucidativos, evitando que grande quantidade de contraste mascare a lesão ou que se produzam acidentes pela inobservância da quantidade e da pressão exercida (fig. 23).

Em crianças e pessoas em mau estado ou que não querem cooperar, torna-se necessário utilizar, para melhor continência, impedindo que o contraste se escoe pelo ânus, uma sonda de Foley com o cuff insuflado, comprimindo ao mesmo tempo as nádegas sôbre a sonda.

Temos observado, com certa freqüência, que os enemas opacos mal interpretados podem tornar-se prejudiciais ao paciente, pela confusão diagnóstica que trazem. Os enemas feitos sem radioscopia, nos quais a quantidade de bário injetada foi insuficiente ou em excesso, ou nas obstruções do delgado, onde o cólon pode estar em espasmo ou hipercinético ou ainda pela simples presença de gas no seu interior, o qual, funcionando como um amortecedor, impede que o êmbolo baritado progrida em sentido contrário à progressão normal do cólon, trazendo a falsa impressão de um processo obstructivo aí localizado (fig. 24).

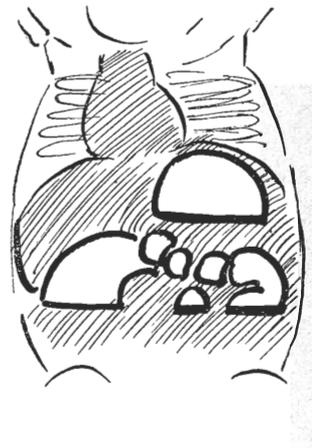


Fig. 22 — *Atresia de jejuno. Obstrução mecânica.* Radiografia em posição sentada. Grande bôlha gástrica e numerosos níveis líquidos, encimados por cúpulas gasosas pequenas e por uma maior à direita. Devido à amplitude desta última bôlha, foi feito um enema para se afastar a possibilidade do cólon estar também comprometido.

Nas grandes dilatações do delgado, especialmente em criança, quando houver dúvida quanto ao comprometimento do cólon, o enema se torna também útil para demonstrar a integridade do cólon, mostrando-se o mesmo de calibre fino, hipercinético.

Nas obstruções do cólon, o enema opaco não só as localiza como também, na maioria dos casos, faz o seu diagnóstico etiológico.

Nos volvos do sigmóideo as imagens da interrupção do contraste são características, em chama de vela, bico de pássaro, etc. É necessário assinalar que, em cerca de 50% dos casos, há passagem do contraste para a alça eferente, e que em muitos casos o enema opaco é o responsável pela distorção do volvo (fig. 25).

Nos processos obstrutivos por câncer, a coluna baritada progride até o local do tumor, mostrando as irregularidades da mucosa, com parada de progressão do contraste a esse nível. Nos casos de suboclusões, o contraste pode progredir, ultrapassando o obstáculo, desenhando toda a extensão do processo obstrutivo; às vezes, porém, por uma redundância da alça, este contraste que passou pode sobrepor-se à zona estenosada, mascarando-a; é mais um motivo para se fazer sempre a radioscopia.

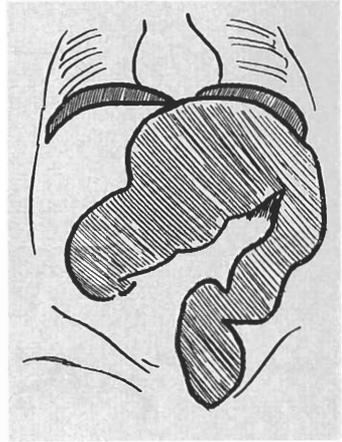


Fig. 23 — Rotura de transverso por enema opaco mal conduzido, com peritonite estercoral e pneumoperitônio. Cólores contrastados por enema baritado. Coleção gasosa subfêrnica bilateral, descolando à direita o fígado e, à esquerda, o ângulo esplênico do cólon e parte do transverso, das cúpulas diafragmáticas.

O enema opaco, nas invaginações ileocecólicas, as mais comuns em crianças, tem finalidade diagnóstica e curativa. Aliás, no decurso do enema, dependendo da pressão exercida, pode-se apreciar o deslocamento da tumoração em sentido retrógrado. A cabeça da invaginação tem contorno regular, curvilíneo, em crescente ou cupuliforme. Esse aspecto já pode ser observado em chapas não contrastadas, onde a cabeça da invaginação imprime a sua forma na coluna de ar existente além da alça invaginante.

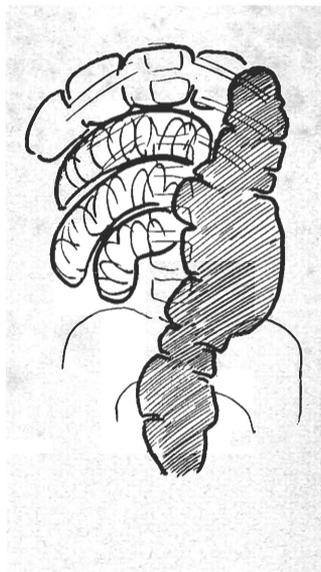


Fig. 24 — *Obstrução intestinal por divertículo de Meckel*. Enema opaco. Progressão do contraste apenas até o ângulo esplênico do cólon, sem que haja obstáculo aí localizado. Notar as alças do delgado dilatadas.

Nas invaginações ileocecólicas, após a evacuação de parte do contraste, observa-se o bário infiltrado entre a parede das duas alças (ileal e cólica), dada a diferença de calibre entre ambas, desenhando um cilindro com finas estrias opacas, que foram comparadas a uma mola helicoidal, a uma sanfona, ou mesmo à casca de cebola, etc. (fig. 26).

5. *Cavidade peritoneal e parede* — Os aspectos resultantes da presença de líquido na cavidade abdominal dependerão, até certo ponto, da quantidade e da natureza dos mesmos.

Assim, a presença de grande quantidade de líquido na cavidade, como por exemplo na ascite, determina aspecto homogêneo do abdome, mostrando opacificação de toda a cavidade e elevação de ambas as cúpulas diafragmáticas.

Quando a presença de líquido fôr circunscrita, haverá opacificação local correspondente, muitas vezes limitada pelo intestino parético, ou na pequena bacia nos casos de pelviperitonite. A existência de regular quantidade de líquido livre na cavidade pode ser demonstrada fazendo chapas

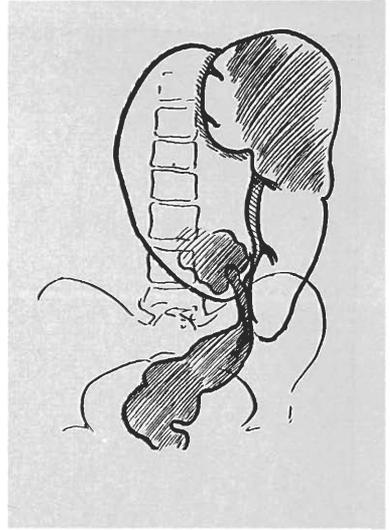
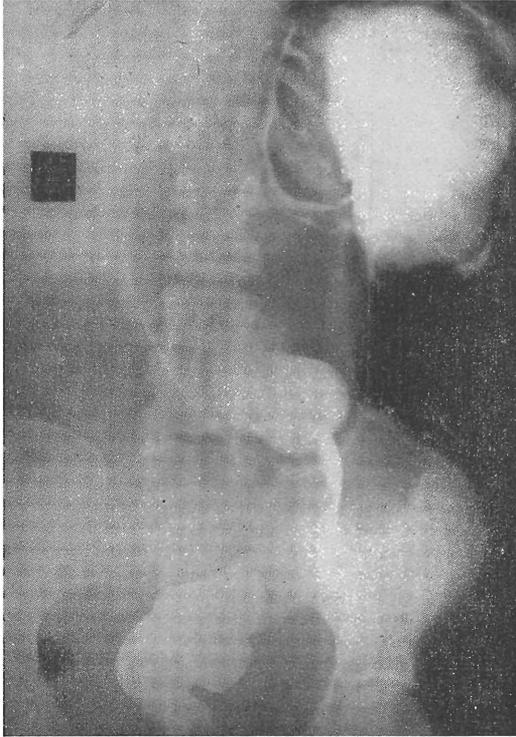


Fig. 25 — *Volvo do sigmóideo. Obstrução mecânica.* Enema opaco. Vê-se a passagem do contraste através do segmento torcionado, para dentro do sigmóideo distendido e contrastado por gas.

com o paciente em decúbitos laterais direito e esquerdo. Comparando-as, verificaremos que há opacificação sempre do lado do decúbito assumido pelo paciente. Nas radiografias tiradas com o paciente de pé o líquido se coletará na pequena pélvis, opacificando-a. Tal fato pode ocorrer também quando houver muito líquido no interior das alças, as quais por gravidade aí se localizarão (figs. 8-9-20).

Nas peritonites sépticas e assépticas, como nas perfurações de vísceras ôcas, de bexiga, nas hemorragias, coleperitônios, etc., o líquido dentro da cavidade será demonstrado por uma faixa mais ou menos ampla de opacificação entre uma alça e outra. Essa faixa de opacificação pode significar também edema da alça, porém, nesse caso, especialmente nas chapas em decúbito dorsal horizontal, as alças se mostrarão arredondadas, enquanto, nos casos em que houver apenas líquido, o contorno das alças será mais poliédrico (fig. 20).

A parede abdominal é constituída por estruturas de densidade radiológica semelhante à da água. Neste grupo, o das partes moles, podemos en-

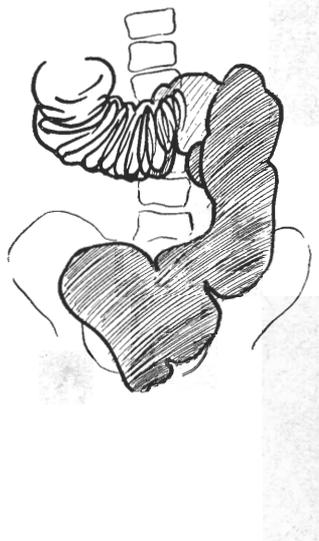
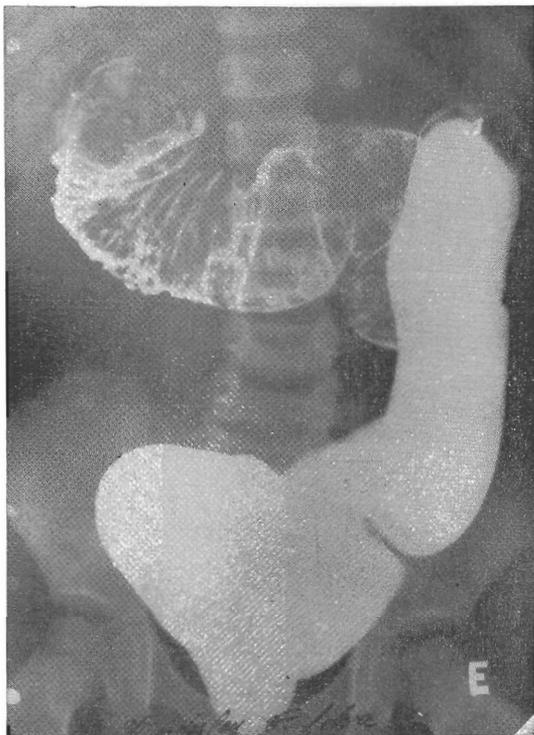


Fig. 26 — *Invaginação ileocecólica. Obstrução mecânica. Enema opaco. Após a evacuação parcial do contraste baritado, a alça invaginante ficou revestida por contraste, condicionando o aspecto característico em mola helicoidal.*

contrar uma variação da densidade radiológica dentro de certos limites, que permite a visibilização da estratificação das paredes laterais do abdome, em especial de sua musculatura, nas chapas em posição ântero-posterior, nas porções mais laterais.

Tais imagens, quando ausentes bilateralmente, não apresentam grande importância na semiologia do abdome agudo. Quando unilaterais, podem significar o comprometimento das partes moles do lado oposto, por edema (com uniformização, portanto, de sua densidade), graças a um processo flogístico do peritônio ou da própria parede, ou conseqüente a uma intervenção cirúrgica nesse local (lombotomia).

Maior importância do que a visibilização das diferentes camadas musculares apresenta a visibilização da gordura pré-peritoneal, a qual, por estar em contato com o peritônio, é comprometida mais precocemente nos processos inflamatórios deste.

A gordura pré-peritoneal se observa bem nas chapas tiradas em posição ântero-posterior, também nos dois limites laterais extremos dos flancos, contrastada de um lado, pela musculatura e fâscias, e do outro, pelo con-

teúdo abdominal. Desaparece quando há processos inflamatórios, quais sejam abscessos intraperitoniais, nas vizinhanças dos flancos, nos abscessos do psoas, loja renal, etc. A parede posterior, em especial o músculo psoas, o mais visível, já foi analisado.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTLEY, R. — Radiology of the Alimentary Tract in Infancy. Arnold, Londres, 1956.
2. MUCCHI, L.; PELLEGRINI, A. — Diagnóstico Clínico y Radiológico de los Síndromes Abdominales Agudos. Científico-Médica, Barcelona, 1952.
3. OLIVIER, C. — Radio-diagnostic des Occlusions Intestinales Aiguës. Masson, Paris, 1955.
4. REQUARTH, W. — Diagnóstico del Dolor Abdominal Agudo. Artécnica, Buenos Aires, 1955.
5. TOLEDÓ, P. A. — Radiologia Clínica do Aparelho Digestivo. Finocchiaro & Cruso, São Paulo, 1948.

ÍNDICE GERAL DO VOLUME 44

Abdome agudo: propedêutica radiológica	246	
Almeida Neto, E. — Terapêutica tópica em Dermatologia	43	
Alterio, D. E. — A observação na Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas	36	
Angiopatias periféricas: trombose venosa profunda aguda	99	
Aparelho digestivo:		
Alguns aspectos da propedêutica radiológica do abdome agudo	246	
Hemorragias de causas digestivas	231	
Úlcera péptica ileal,	199	
Úlcera péptica pós-operatória	215	
Baccalá, L. — veja Oliveira, M. R.		
Belliboni, D. — Fraturas-luxações do tornozelo	183	
Branco, P. D. — veja Oliveira M. R.		
Bueno Netto, J. — Trombose venosa profunda aguda	99	
Camargo, F. P. — Tratamento cirúrgico das fraturas recentes ..	172	
Carvalho, N. — Tratamento da tireotoxicose e do carcinoma da tireóide pelo iodo radioativo	1	
Cirurgia:		
Hemorragias de causas digestivas	231	
Tireoidectomia	9, 16	
Traumatismos crânio-encefálicos	25	
Trombose venosa profunda aguda	99	
Úlcera péptica ileal	199	
Úlcera péptica pós-operatória	215	
Cruz, O. R. — Traumatismos crânio-encefálicos. Diagnóstico e tratamento de urgência	25	
Dermatologia: terapêutica tópica		43
Doenças Tropicais e Infectuosas: a observação em		36
Fanganiello, M. — veja Oliveira, M. R.		
Faria, S. G. — veja Oliveira, M. R.		
Fraturas da diáfise femoral em crianças ..	176	
Fraturas-luxações do tornozelo ..	183	
Gallucci, F. — Fraturas-luxações do tornozelo		183
Germek, O. A. — Estudo laboratorial da urina e das provas de função renal	121	
Hemorragias de causas digestivas		231
Laboratório Clínico: estudo laboratorial da urina e das provas de função renal		121
Leão, L. E. P — Trombose venosa profunda aguda	99	
Lorenzi, G. — Complicações da tireoidectomia	18	
Moreira, R. G. — Fraturas da diáfise femoral em crianças		176
Neurocirurgia: traumatismos crânio-encefálicos		25

Oliveira, M. R. — Úlcera péptica ileal	199
& Branco, P. D.; Baccalá, L. — Úlcera péptica pós-operatória	215
& Fanganiello, M. — Hemorragias de causas digestivas	231
& Speranzini, M.; Branco, P. D.; Faria, S. G. — Alguns aspectos da prope- dêutica radiológica do abdome agudo	246
Ortopedia:	
Estudo radiológico da pronosupinação do antebraço	191
Fraturas da diáfise femoral em crianças	176
Fraturas-luxações do tornozelo	183
Tratamento cirúrgico das fraturas recentes	172
Pronosupinação do antebraço: estudo radiológico	191
Radiologia:	
Alguns aspectos da propedêutica radiológica do abdome agudo	246
Estudo radiológico da pronosupinação do antebraço	191
Rim: estudo laboratorial das provas de função renal	121
Rocha, P. — Considerações sobre a técnica de tireoidectomia subtotal	191
Rossi, J. A. — Estudo radiológico da pronosupinação do antebraço	191
Sampaio, S. A. P. — Terapêutica tópica em Dermatologia	43
Speranzini, M. — veja Oliveira, M. R.	
Terapêutica — veja também Cirurgia e Ortopedia:	
tópica em Dermatologia	43
da tireotoxicose e do carcinoma da tireóide pelo iodo radioativo	1
Tireóide:	
Complicações da tireoidectomia	18
Técnica de tireoidectomia subtotal	9
Tratamento da tireotoxicose e do carcinoma da tireóide pelo iodo radioativo	1
Tireoidectomia:	
Complicações	18
Técnica	9
Toledo, O. M. — Trombose venosa profunda aguda	99
Traumatismos crânio-encefálicos. Diagnóstico e tratamento de urgência	25
Trombose venosa profunda aguda	99
Úlcera péptica:	
ileal	199
pós-operatória	215
Urina: estudo laboratorial	121
Vasos: trombose venosa profunda aguda	99
Wolosker, M. — Trombose venosa profunda aguda	99

Faculdade de Medicina — S. Paulo
BIBLIOTECA

REVISTA de MEDICINA

TÍTULO

1960

44

ANO

VOL.

Retirada	ASSINATURA	Devolução
14.9.60	J. M. Valente	18.9.60
5.7.63	Talala	22.7.63
22.9.63	Talala	22.8.63
22.8.64	Talala	4.12.64



ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).