

RESUMO

Relata-se o caso de paciente de 63 anos de idade com quadro de úlcera péptica recorrente, secundária à síndrome do antro retido. A causa principal de recorrência ulcerosa é a hipersecreção cloridropéptica secundária à estimulação vagal persistente ou à hipergastrinemia, como ocorre nessa síndrome. O diagnóstico diferencial da hipergastrinemia é algumas vezes difícil, mas importante para a conduta terapêutica. Os diagnósticos clínico, laboratorial e imagiológico pré-operatórios foram de gastrinoma, o que motivou a indicação cirúrgica e a totalização da gastrectomia. O diagnóstico do antro retido foi feito no peroperatório, no momento da reconstrução do trânsito digestivo.

Palavras-chave: Antro Retido; Úlcera Péptica Recorrente; Cirurgia Gástrica

A úlcera péptica recorrente ou pós-operatória refere-se à recidiva da úlcera após tratamento cirúrgico. Uma causa pouco freqüente de recorrência é a síndrome do antro retido. Ela predispõe à recidiva ulcerosa em decorrência da hipergastrinemia. O diagnóstico diferencial com outras causas de hipergastrinemia, particularmente com a síndrome de Zollinger-Ellison, se impõe, necessitando, eventualmente, de exames pouco utilizados na prática clínica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 63 anos, leucodérmico, casado, tabagista, encaminhado ao Serviço de Gastroenterologia, Nutrição, Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da UFMG, atual Instituto Alfa de Gastroenterologia, para tratamento de úlcera péptica recorrente. Estava em uso de omeprazol (40mg/dia) e tinha história pregressa de cinco laparotomias (quatro para tratamento de úlcera péptica perfurada e uma em decorrência de obstrução intestinal secundária a aderências).

A endoscopia revelava gastrectomia parcial com reconstrução à Billroth II e úlcera de boca anastomótica em atividade (anastomose gastrojejunal). A dosagem de gastrina mostrava valor de 366 picog/ml (valor normal < 150 picog/ml). Tomografia computadorizada do abdome evidenciava espessamento em topografia de cabeça do pâncreas. A arteriografia seletiva do tronco celíaco, solicitada na tentativa de se diagnosticar possível gastrinoma, revelou blush vascular nutrido por ramos da artéria gástrica esquerda e porção média da artéria esplênica.

Devido à forte suspeita de gastrinoma, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora, que revelou remanescente de gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II, ausência de nódulos sugestivos de gastrinoma e ausência

de alterações pancreáticas. Durante a dissecação do coto duodenal para a reconstrução digestiva, foi observada presença de antro retido (segmento de antro de cerca de quatro centímetros de comprimento junto ao coto duodenal). Realizou-se, então, totalização da gastrectomia com interposição de alça jejunal e ressecção do antro retido, confirmado posteriormente pelo exame anatomopatológico.

DISCUSSÃO

A úlcera péptica recorrente ou pós-operatória surge após operações gástricas realizadas no tratamento definitivo da doença. O mecanismo principal de recorrência ulcerosa é a hipersecreção cloridropéptica, secundária à estimulação vagal persistente e à hipergastrinemia. Muitas vezes, a condição responsável por esses fatores é um procedimento cirúrgico realizado de forma inadequada, como vagotomia incompleta ou permanência do segmento antral junto ao duodeno isolado do trânsito, ao se efetuar ressecção gástrica e reconstrução à Billroth II (antro residual).

O diagnóstico da recidiva da úlcera baseia-se na recidiva dos sintomas da doença, principalmente a dor epigástrica em queimação (95%). Outras vezes, o diagnóstico é feito na presença de complicações como hemorragia (20% a 63%), obstrução (5% a 19%) e perfuração (1% a 9%). O método complementar mais eficaz para o diagnóstico da recidiva é a endoscopia digestiva alta⁴.

A síndrome do antro retido constitui complicação pouco freqüente da gastrectomia^{2,5} com reconstrução à Billroth II, na qual o segmento antral que permanece junto ao duodeno secreta gastrina sem controle.

A gastrina é um hormônio secretado pelas células G, presentes em maior número na mucosa antral. Esse hormônio é absorvido pelo sangue e transportado até as glândulas oxínticas, localizadas no corpo gástrico, onde estimulam fortemente a secreção de ácido clorídrico pelas células parietais. Quando a acidez do suco gástrico atinge pH menor que 3,0, o mecanismo da gastrina para estimulação da secreção ácida fica bloqueado. Na sín-

* Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da UFMG

** Professor Adjunto-Doutor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Membro do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG

*** Cirurgião do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG

**** Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, Membro do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG

Endereço para correspondência:

Daniel Fontes
Rua Jaú, 55
Santa Efigênia
Belo Horizonte/MG
30.270-250
Tel: (31) 3482-3538

drome do antro retido não ocorre contato do ácido clorídrico, produzido no corpo gástrico, com as células G (antro isolado do trânsito) e, portanto, não ocorre bloqueio da secreção de gastrina.^{2,5,6,7,8}

Níveis elevados de gastrina são também observados em várias outras situações, como: síndrome de Zollinger-Ellison, acloridria, hiperplasia das células G, insuficiência renal crônica e esvaziamento gástrico retardado.^{2,5}

A diferenciação entre as várias causas de hipergastrinemia, particularmente das síndromes do antro retido e

de Zollinger-Ellison, é difícil. O primeiro exame solicitado é a dosagem sérica de gastrina. Valores abaixo de 150 picog/ml são considerados normais. Valores acima de 500picog/ml são fortemente sugestivos de gastrinoma, e os valores entre 150 a 500picog/ml são duvidosos e requerem a realização de testes provocativos da secreção de gastrina.^{9,10,11} São três os testes provocativos utilizados: o teste da secretina, o teste da infusão de cálcio e o teste da refeição balanceada. As alterações dos respectivos exames nas diferentes causas de hipergastrinemia são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Diagnóstico diferencial da hipergastrinemia e produção basal de ácido elevada⁹

Diagnóstico	Ocorrência	Sinais e Sintomas	Achados Clínicos	Comentários
Zollinger-Ellison	Incomum	Dor abdominal Diarréia Pirose	Úlcera péptica	Teste com secretina positivo* Teste da infusão de cálcio positivo* Teste da refeição balanceada negativo 50% dos pacientes apresentam tumor nos exames de imagem
Antro Retido	Rara	Dor abdominal Pirose	Úlcera péptica	Teste com secretina negativo Teste da infusão de cálcio positivo ou negativo Teste da refeição balanceada positivo* Cintilografia gástrica positiva com tecnécio História de ressecção gástrica
Infecção por <i>H. pylori</i>	Comum	Dor abdominal	Úlcera péptica	Teste com secretina negativo
Hiperplasia de células G	Desconhecida	Dor abdominal	Aumento do número de células G	Teste com secretina negativo Associação freqüente com <i>H. pylori</i>
Insuficiência renal crônica	> 50% dos pacientes com creatinina > 266 µM/l	Dor abdominal	Úlcera péptica	Teste com secretina negativo 85% dos pacientes têm secreção baixa de ácido Ligeira hipergastrinemia
Esvaziamento gástrico retardado	2% a 5% de todos os pacientes com úlcera péptica	Dor abdominal Vômitos	Secundário à neoplasia maligna ou úlcera péptica	Teste com secretina negativo

*Teste de secretina, infusão de cálcio e refeição balanceada positivos indicam elevação da gastrina sérica

Os exames de imagem geralmente solicitados são ultra-sonografia abdominal, tomografia computadorizada do abdome e cintilografia abdominal com tecnécio.^{12,13} Os dois primeiros são realizados na tentativa de se evidenciarem alterações compatíveis com gastrinoma. A endoscopia com biópsia da mucosa antral é também bom método para o diagnóstico da síndrome, porém sua eficácia depende da experiência do operador.^{13,14} A cintilografia é, atualmente, considerada exame padrão-ouro para diagnóstico da síndrome do antro retido.^{12,15,16}

O tratamento da síndrome é exclusivamente cirúrgico e consiste na ressecção da porção antral excluída do trânsito junto ao duodeno.^{2,5,6,7,8}

SUMMARY

This is a report of a 63-years-old patient with recurrent peptic ulcer caused by the retained gastric antrum. Based on clinical, laboratorial, and image evaluation and peroperative diagnosis, total gastrectomy was indicated with a diagnosis of gastrinoma

Keywords: Retained Antrum; Recurrent Peptic Ulcer; Gastric Surgery

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Castro LP, Coelho LGV, Nogueira CED. Úlcera péptica gastro-duodenal. In: Dani R, Castro LP. Gastroenterologia clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. p.498-552.
- 2- Gibril F, Lindeman RJ, Abou-Saif A et al. Retained gastric antrum syndrome – A forgotten, treatable cause of refractory peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci* 2001; 46(3):610-7.
- 3- Debas HT, Orloff SL. Tratamento cirúrgico da úlcera péptica. In: Bennet JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna: Doenças Gastrointestinais. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.740-4.
- 4- Del Valle J, Yamada T. Zollinger Ellison Syndrome. In: Yamada T. Textbook of gastroenterology. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott; 1995. p.1430-45.
- 5- Lee CH, P'eng FK, Lui WY. The clinical aspect of retained gastric antrum. *Arch Surg* 1986; 121:1181-6.
- 6- Deutsch CR, Ferreira EAB, Branco PD, Birollini D, Oliveira MR. Síndrome do antro retido – Apresentação de dois casos e revisão da literatura. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1983; 38(2):86-9.
- 7- Neto CZ, Coelho JCV, Marchesini JB et al. Síndrome do antro retido: apresentação de um caso e revisão dos métodos diagnósticos. *Rev Bras Cir* 1996; 86(5):239-41.
- 8- Guyton AC. Funções secretoras do tubo alimentar. In: Guyton AC. Tratado de Fisiologia Médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p.623-37.
- 9- Almeida SR, Sanches MD. Síndrome de Zollinger-Ellison. In: Petroianu A. Lições de cirurgia. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997. p.272-83.
- 10- Jensen RT. Síndrome de Zollinger-Ellison. In: Bennet JC, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna: Doenças Gastrointestinais. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.745-7.
- 11- Webster MW, Barnes EL, Stremple JF. Serum gastrin levels in the differential diagnosis of recurrent peptic ulceration due to retained gastric antrum. *Am J Surg* 1978; 135:248-52.
- 12- Burhenne HJ. The retained gastric antrum – preoperative roentgenologic diagnosis of an iatrogenic syndrome. *Am J Roentgenol* 1967; 101:459-67.
- 13- Obrador A, Gaya J, Canet R. Endoscopic diagnosis of the excluded gastric antrum. *Endoscopy* 1987; 19:249-51.
- 14- Sakai P, Filho UL, Cabrera PA, Oliveira LF, Ishioka S, Rodrigues JGG, Pinotti HW. Fiberoptic endoscopy in the diagnosis of retained gastric antrum. *Endoscopy* 1983; 15: 246-8.
- 15- Safaie-Shirazi S, Chaudhuri TK, Condon RE. Visualization of isolated retained antrum by using technetium-99m. *Surgery* 1973; 73(2):278-83.
- 16- Dunlap JA, McLane RC, Roper TJ. The retained gastric antrum. *Radiology* 1975; 117:371-2.