

ARTIGO ORIGINAIS

Doença do refluxo gastroesofágico – estudo descritivo de 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005 - casuística pessoal

Ricardo Fantazzini Russi¹, Jairo Vieira², Aldemar Lopes³, Renata Ribeiro Ramos⁴,
Armando José d'Acampora⁵

Resumo

Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) tem manifestações esofagianas e/ou extra-esofagianas. As opções terapêuticas são clínicas, modificação no estilo de vida e medicamentos e operatórias.

Objetivo: Descrever o perfil pré e pós-operatório dos pacientes com diagnóstico de DRGE/esofagite.

Métodos: Estudo descritivo, observacional e transversal com 43 pacientes operados para DRGE/esofagite, entre setembro de 1982 e dezembro de 2005. Os dados foram coletados de prontuários e contato telefônico com 27.

Resultados: Dos 43, 51,2% era feminino; a média de idade foi de 48,8 anos. Dos 27 pacientes entrevistados, pirose foi relatada por 96,3% antes da operação e 11,1% depois do tratamento cirúrgico; regurgitação, antes presente em 55,6%, passou para 3,7% e pigarro de 48,15% passou para 7,41%. Dos 27 entrevistados, os

sintomas desapareceram em 85,19%, com grau de satisfação de 96,3%. A cirurgia mais utilizada foi a de Lind modificada (60,5%), seguida pela de Nissen-Rossetti (32,6%); Belsey Mark IV foi utilizada em 7%. No pós-operatório, disfagia transitória ocorreu em 14% dos submetidos à Nissen-Rossetti, em 4,7% dos submetidos à Lind modificada. Plenitude pós-prandial ocorreu em 4,7% em ambas as técnicas; síndrome da bolha gástrica em 4,7% dos submetidos à técnica de Nissen-Rossetti e 2,3% dos submetidos à de Lind modificada. Hérnia incisional ocorreu em 13 dos 16 que retornaram ao hospital. Óbitos ocorreram em 2 dos 43 pacientes (4,7%).

Conclusão: O tratamento cirúrgico promoveu o desaparecimento dos sintomas em 85,1% e grau de satisfação em 96,3% dos pacientes entrevistados.

Descritores: 1. Refluxo gastroesofágico;
2. Esofagite;
3. Funduplicatura;
4. Pirose.

Abstract

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) has esophageal and extra-esophageal manifestations. The current management of GERD is either medical, with life style modifications and drugs, or surgical.

Objectives: The aim of this study was to describe features of the patients with GERD/esophagitis before and after the surgical treatment.

Methods: Cross-sectional and descriptive study was

¹ Professor do Sistema Digestivo e Metabólico e Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Tubarão – SC, Mestre em Ciências Médicas pela UFSC, Cirurgião Geral do Hospital Florianópolis.

² Professor do Sistema Digestivo e Metabólico e Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Tubarão – SC, Mestre em Ciências Médicas pela UFSC, Cirurgião Geral do Hospital Florianópolis.

³ Cirurgião Geral do Hospital Florianópolis.

⁴ Aluna do 6º ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Tubarão – SC.

⁵ Professor Adjunto, PhD em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), Cirurgião Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Florianópolis.

Trabalho realizado na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Tubarão – SC.

done by selection of 43 patients undertaken to a surgical treatment for esophagitis /GERD, in the period of september 1982 to december 2005. Data were collected from medical records and by means of a questionnaire by phone in 27 patients.

Results: From the 43 patients, 51,2% was female. Average age was 48,8 years old. Amongst the related symptoms by interviewed patients, heartburn was the higher prevalence before surgery - 96,3% - decreasing to 11,1% after surgical treatment; reflux, before reported in 55,6%, decreased to 3,7% and clearing of the throat, of 48,15%, decreased to 7,41%. Modified Lind procedure was carried out in 60,5% patients, followed by Nissen-Rossetti procedure (32,6%); Belsey Mark IV procedure was carried out in 7%. After surgery, transient dysphagia was related by 14% of patients undertaken to Nissen-Rossetti and by 4,7% of undertaken to modified Lind procedure. Delayed gastric emptying was related by 4,7% in Nissen-Rossetti and modified Lind procedures. Gas bloat syndrome was related in 4,7% of Nissen-Rossetti and 2,3% in modified Lind procedure. Incisional hernia occurred in 13 of 16 patients that returned to the hospital. The mortality occurred in 2 patients (4,7%).

Conclusions: Amongst the 27 interviewed patients, symptoms disappeared in 85,1% ranging 96,3% satisfaction degree.

Keywords: 1. *Gastroesophageal reflux;*
2. *Esophagitis;*
3. *Fundoplication;*
4. *Heartburn.*

Introdução

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado anormal de parte do conteúdo gastroduodenal, constituído por ácido clorídrico, pepsina, enzimas pancreáticas e sais biliares para dentro do esôfago e/ou órgãos adjacentes ao mesmo.⁽¹⁾

A primeira alusão de que o ácido estava associado com doenças do esôfago foi feita por Rokitansky o qual notou que úlcera péptica no esôfago inferior representava o resultado de suco gástrico.⁽²⁾

Os sintomas são variados, esofagianos e/ou extra-esofagianos e constituem as queixas mais comuns encontradas em um consultório médico.⁽³⁾ Destacam-se como manifestações esofagianas pirose, regurgitação⁽¹⁾ e ocasionalmente disfagia⁽⁴⁾ e extra-esofagianas a dor

torácica não cardíaca, laringite posterior crônica, asma, tosse crônica, hemoptise, sinusite crônica, desgaste do esmalte dentário, pneumonia recorrente, bronquite, halitose, otalgia, aftas, pigarro e rouquidão.⁽¹⁾ A doença é conhecida por ter complicações sérias, incluindo estenose esofágica, esofagite erosiva, úlceras e o desenvolvimento de Esôfago de Barrett (EB).⁽⁵⁾

A queixa dos sintomas certamente não representa a verdadeira prevalência da DRGE na população de países industrializados. Muitos pacientes não buscam atendimento médico quando sentem alguma manifestação da doença, não obstante vários médicos não questionam a ocorrência das mesmas durante uma consulta na revisão dos sistemas.⁽³⁾

No Brasil, estima-se que cerca de 12% da população tem DRGE. A prevalência é maior em mulheres com mais de 55 anos.⁽⁶⁾

O objetivo deste trabalho é, além de traçar o perfil clínico dos pacientes com DRGE abordando também métodos de complementação diagnóstica antes do tratamento cirúrgico e as intercorrências pós-operatórias, conhecer a resposta aos procedimentos operatórios realizados no decorrer desses 23 anos, visto que os operados nos anos do início da pesquisa tiveram técnicas operatórias diferentes dos operados nos últimos anos. Tal conduta decorreu de aplicações dos conhecimentos que foram surgindo na literatura e que permitiram algumas mudanças na técnica operatória possibilitando melhor resposta ao tratamento cirúrgico.

Objetivo

Descrever o perfil clínico pré e pós-operatório imediato e tardio dos pacientes operados, de casuística pessoal, com diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico/esofagite no Hospital Florianópolis, de setembro de 1982 a dezembro de 2005.

Métodos

Estudo descritivo, observacional, com delineamento transversal na coleta dos dados. A pesquisa foi conduzida no Hospital Florianópolis, na cidade de Florianópolis, no período de novembro de 2005 a abril de 2006. Neste estudo, foram analisados 43 pacientes operados de setembro de 1982 a dezembro de 2005, obtidos de casuística pessoal. Foram incluídos na amostra os pacientes que tiveram o diagnóstico de esofagite/DRGE com ou sem complicações que foram submetidos à cirurgia. Nenhum paciente foi excluído da pesquisa.

A coleta foi realizada em duas etapas. A primeira foi

por análise de 43 prontuários do arquivo médico do hospital e das fichas das consultas efetuadas no período pós-operatório, em regime ambulatorial. Para tanto, obedeceram-se 2 protocolos: um para a análise do perfil pré-operatório e outro para o pós-operatório. O primeiro foi criado com base no II Consenso Brasileiro de Doença do Refluxo Gastroesofágico realizado em 2003.

A segunda etapa consistiu na coleta de dados dos protocolos, por contato telefônico com os pacientes.

Este trabalho foi submetido ao parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP-UNISUL), que emitiu parecer favorável à realização do mesmo. Da mesma forma, foi solicitada autorização ao diretor clínico do Hospital Florianópolis para a consulta dos prontuários do arquivo médico. Na ocasião da coleta dos dados por contato telefônico, os pacientes consentiram em responder aos questionamentos propostos. As informações coletadas foram digitadas utilizando o programa Epidata®.

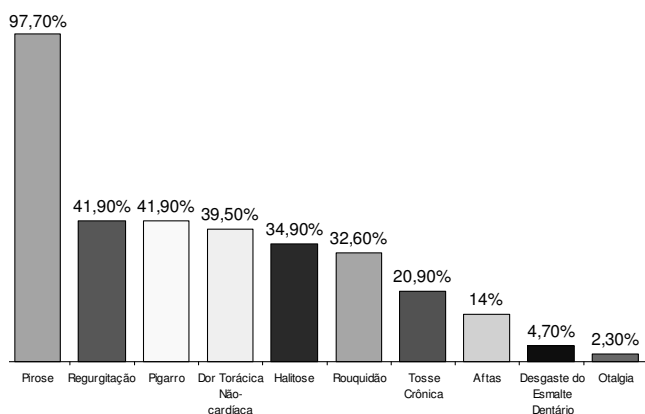
Resultados

No período deste estudo foram analisados 43 prontuários. O contato por telefone foi obtido com 27 (62,79%) dos 43 pacientes. Em todos os pacientes, o acesso à cavidade abdominal foi por laparotomia.

A idade dos pacientes variou entre 21 e 79 anos, sendo a média de 48,81 anos e desvio padrão de 12,76. Com relação ao sexo, 21 (48,8%) eram homens e 22 (51,2%) mulheres.

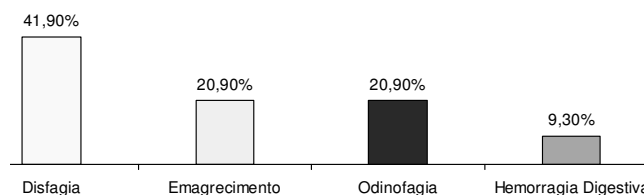
Dentre os sintomas típicos e atípicos apresentados no período pré-operatório, 42 pacientes (97,7%) tinham pirose. Outros sintomas menos comuns foram regurgitação, pigarro, dor torácica não cardíaca, halitose, rouquidão, tosse crônica, aftas, desgaste do esmalte dentário e otalgia (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição quanto aos sintomas pré-operatórios dos 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



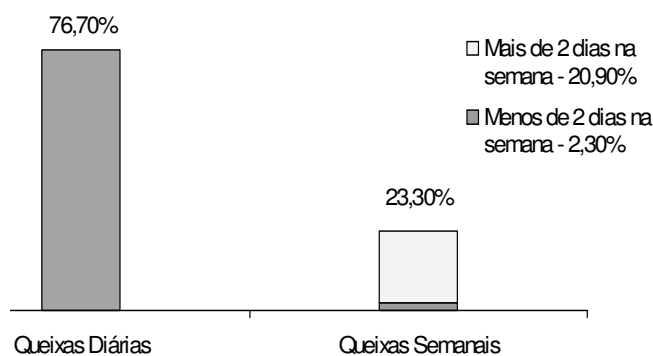
Com relação às manifestações de alarme, os dados estão apresentados na figura 2.

Figura 2 - Distribuição quanto às manifestações de alarme dos 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



As frequências de sintomas típicos, atípicos e manifestações de alarme estão na figura 3. Em relação ao tempo de evolução das manifestações, 40 (93,0%) pacientes tiveram mais de quatro semanas. Para o restante dos pacientes não se obteve informações suficientes nos prontuários sobre esse dado.

Figura 3 – Distribuição quanto à frequência de sintomas típicos, atípicos e manifestações de alarme dos 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



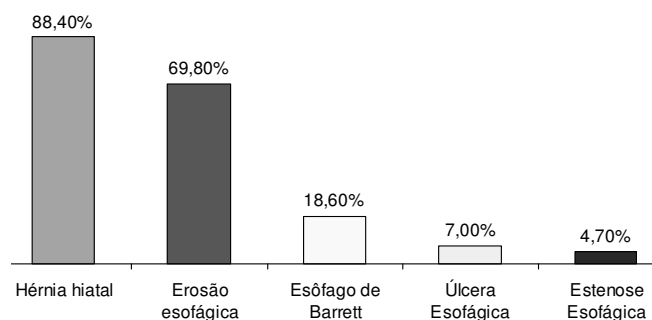
Com relação ao uso de fármacos no pré-operatório (tratamento clínico), 30 (69,8%) pacientes usaram IBP (inibidor da bomba de prótons), 13 (30,2%) inibidor do receptor H2 da histamina e 4 (9,3%) procinético. Alguns desses pacientes utilizaram mais de uma medicação simultaneamente. Quatro (9,3%) não fizeram tratamento clínico.

Em relação aos exames complementares específicos, todos os pacientes (100%) foram submetidos à endoscopia digestiva alta, 21 (48,8%) realizaram exame radiológico contrastado de esôfago, cujo resultado foi, em todos, hérnia hiatal e refluxo. Apenas 1 (2,3%) paciente foi submetido a manometria e nenhum realizou pHmetria.

Hérnia hiatal (88,4%) foi o resultado mais encontrado nos exames endoscópicos, (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição quanto aos resultados da

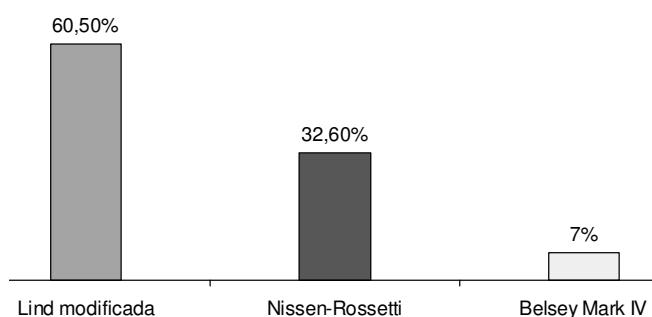
endoscopia digestiva alta dos 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



Medidas comportamentais foram adotadas por 39 pacientes (90,7%). Entre estas, pôde-se destacar diminuição da ingestão dos alimentos desencadeantes dos sintomas em 32 (74,4%), elevação da cabeceira da cama em 29 (67,4%), evitar refeições copiosas em 15 (34,9%), espera por pelo menos duas horas para deitar após as refeições em 14 (32,6%), diminuição do fumo em 4 (9,3%) e interrupção no uso de medicamentos que pioravam as manifestações clínicas em 2 (4,7%) pacientes.

Na figura 5 estão os dados referentes à técnica cirúrgica adotada nos pacientes.

Figura 5 - Distribuição quanto à técnica cirúrgica adotada nos 43 pacientes operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.

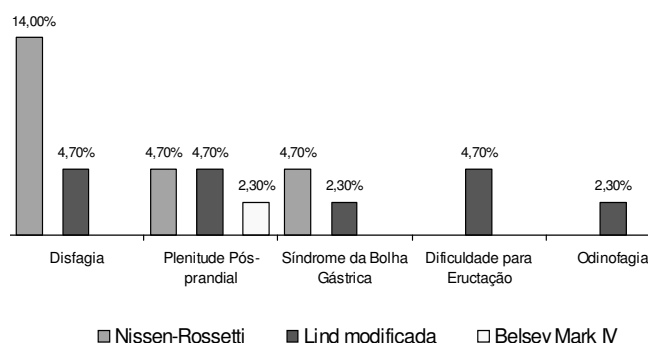


No período pós-operatório a disfagia ocorreu em 8 (18,6%) pacientes. Outros sintomas menos comuns foram plenitude pós-prandial em 5 (11,6%) pacientes, síndrome da bolha gástrica em 3 (7,0%), dificuldade para eructação em 2 (4,7%) e odinofagia em 1 (2,3%).

A figura 6 mostra a relação entre os sintomas digestivos pós-operatórios imediatos e a técnica cirúrgica adotada.

Figura 6 – Distribuição quanto aos sintomas digestivos pós-operatórios imediatos de acordo com o tipo de cirurgia dos 43 pacientes operados no Hospital

Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



Em relação à ferida operatória, 16 pacientes retornaram com complicações. A mais encontrada foi hérnia incisional em 13 pacientes. Dor crônica ocorreu em 7, abscesso em 6, seroma em 5 e celulite em 1 paciente. Dos pacientes que tiveram hérnia incisional, 6 tiveram abscesso, 4 seroma e 1 paciente apresentou celulite, previamente. Entretanto é importante lembrar que este número de 16 pacientes apresentados foram aqueles os quais voltaram para acompanhamento ambulatorial no pós-operatório, sendo assim não podemos julgar se o restante da amostra apresentou ou não complicações.

O período de permanência no hospital após o procedimento cirúrgico variou entre 1 e 30 dias; a média de internação foi de 5,90 dias e desvio padrão de 6,55. Complicações tiveram influência nesse tempo em 7 (16,3%) pacientes: 1 (2,3%) com trombose venosa profunda aguda e tromboembolismo pulmonar, 1 (2,3%) com trombose venosa profunda aguda, abscesso em 1 (2,3%), pneumonia em 1 (2,3%), disfagia em 1 (2,3%), odinofagia em 1 (2,3%) e 1 (2,3%) com dor de forte intensidade na ferida operatória.

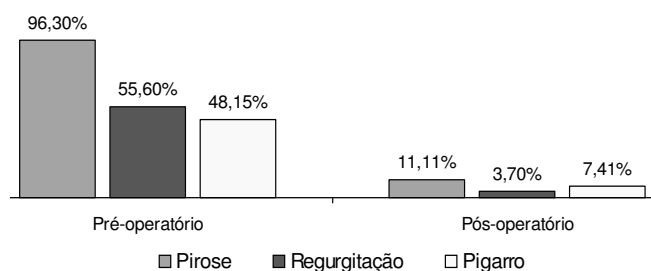
Ocorreram dois óbitos no pós-operatório, 1 por ruptura de aneurisma de aorta 1 dia após a cirurgia e outro por insuficiência respiratória após 16 dias, correspondendo a 4,7% da amostra do estudo.

Conseguiu-se entrevistar 27 pacientes por contato telefônico. Os resultados que se seguem correspondem às respostas obtidas dessa entrevista e os percentuais apresentados sobre esses 27, equivalem a 100% dos entrevistados.

Vinte e cinco (92,59%) tinham comprometimento das suas atividades diárias devidos aos sintomas, antes da operação. Quatro (14,81%) pacientes usavam medicação, ocasionalmente, após a cirurgia até o momento da entrevista. O desaparecimento total dos sintomas ocorreu em 23 (85,19%). Entre os pacientes que permaneceram com os sintomas após a operação, 1 relatava pirose,

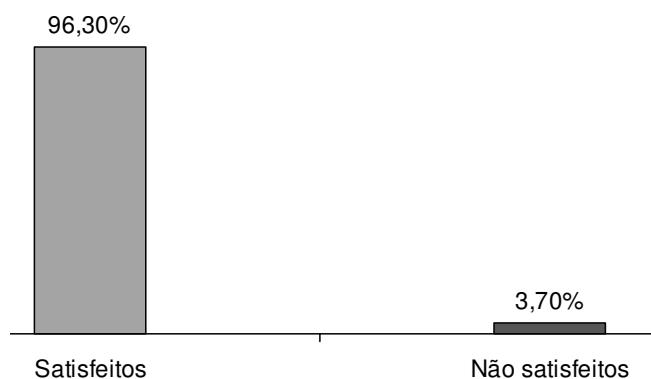
regurgitação e pigarro associados até o momento da pesquisa. A figura 7 mostra a distribuição quanto aos sintomas pré e pós-operatórios apresentados pelos pacientes que foram entrevistados pelo telefone.

Figura 7 – Distribuição quanto aos sintomas pré e pós-operatórios dos 27 pacientes, entrevistados por telefone, operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



Apesar de certos pacientes persistirem com sintomas, a maioria referiu estar satisfeita com o resultado da cirurgia até o momento da pesquisa (Figura 8).

Figura 8 – Distribuição quanto à satisfação com o resultado da cirurgia dos 27 pacientes, entrevistados por telefone, operados no Hospital Florianópolis no período de setembro de 1982 a dezembro de 2005.



Discussão

Em 1974, Skinner afirmava que o refluxo gastroesofágico e a hérnia hiatal eram condições distintas e separadas. Constatou que, aproximadamente 80% dos pacientes que manifestavam refluxo anormal também apresentavam hérnia hiatal, entretanto em muitas pessoas na América com diagnóstico de hérnia hiatal, somente uma pequena fração possuía refluxo anormal.⁽⁷⁾

Costumava-se dizer que o tratamento cirúrgico ficava restrito aos pacientes que não haviam obtido resposta ao tratamento clínico e àqueles que desenvolvessem complicações, porém essa situação se modificava⁽⁸⁾, mesmo porque já na década de 80 a cirurgia anti-refluxo

tornara-se um tratamento seguro e eficaz em pacientes selecionados.⁽⁹⁾

Para a obtenção de alívio duradouro dos sintomas em pacientes com refluxo moderado e intenso os pacientes devem receber medicação pelo resto da vida; o tratamento clínico, em curto prazo, é eficaz apenas nos pacientes com doença leve, devendo-se considerar as importantes modificações no estilo de vida que são necessárias para a complementação do tratamento clínico. Em contraposição, o tratamento cirúrgico oferece um alívio completo e duradouro decorrente da recuperação da competência da cárdia.⁽⁸⁾ Pellegrini e Horgan enfatizam que “o médico deve olhar para a terapia cirúrgica não como um método a ser utilizado como último recurso nos pacientes que representam insucesso de todas as outras tentativas, mas como alternativa razoável para os pacientes com refluxo gastroesofágico moderado ou grave”. O tratamento cirúrgico deveria ser proposto não só nos pacientes que não respondem à terapia clínica, mas que sofrem de recidivas frequentes e incômodas ou que não desejam viver com as limitações impostas pelo tratamento clínico.⁽⁸⁾

No estudo em tela, os pacientes operados antes de 2000 tiveram como indicação para a operação a não resposta clínica e/ou a presença de complicações e chegaram encaminhados por gastroenterologistas. Com o conhecimento mais aprimorado da fisiopatologia da doença e partir do I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico, os pacientes passaram a ter indicação mais ampla para o tratamento cirúrgico.

Todos os pacientes foram operados no Hospital Florianópolis, localizado no bairro de Estreito nesta cidade, gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O Hospital atende especificamente pacientes do Sistema Único de Saúde de baixo poder aquisitivo e, portanto, a maioria não dispõe de qualquer plano de saúde. Por isso e pela indisponibilidade de se realizar pHmetria e manometria esofágicas pelo Sistema Único de Saúde em nosso meio, quase a totalidade dos pacientes não puderam ser submetidos a tais exames, ficando a escolha da técnica cirúrgica a ser utilizada baseada em dados da história de distúrbios da motilidade do esôfago e na idade do paciente. Apenas um paciente fez manometria porque dispunha de recursos financeiros.

Nos pacientes do início da nossa casuística, a técnica utilizada preferencialmente foi a proposta por Lind, Burns e MacDougall⁽¹⁰⁾ que propunham funduplicatura parcial. O hiato esofágico era reaproximado quando necessário, de acordo com o proposto por Justo e Silva et al.⁽¹¹⁾

Em 1965, uma variação da técnica original de Nissen de 1956 foi sugerida por este autor e por Rossetti, quando passaram a utilizar somente a parede anterior do fundo do estômago para envolver o esôfago abdominal em pacientes obesos.⁽¹²⁾ Em 1977, Donahue et al propuseram outra modificação na técnica de Nissen. Além da ligadura dos vasos curtos propunham a confecção de uma funduplicatura frouxa que minimizava os efeitos adversos da técnica original de Nissen.⁽¹³⁾ Essa modificação e a melhor compreensão dos mecanismos de competência cardioesofágica permitiram a confecção de uma funduplicatura menor e frouxa o que proporcionou ao paciente uma melhor deglutição e eructação, sem interferir na contenção do refluxo.

Assim, na presente casuística, nos pacientes abaixo de 60 anos, sem história de distúrbios da motilidade do esôfago e com biotipo favorável, passou-se a realizar uma funduplicatura curta e frouxa com reaproximação dos braços do hiato diafragmático. Nos pacientes idosos (acima de 60 anos) e pela impossibilidade de se realizar a manometria do esôfago, passou-se a aplicar a técnica de Lind, Burns e MacDougall com reaproximação sistemática do hiato.

As variáveis referentes à persistência dos sintomas, comprometimento das atividades diárias no pré-operatório e satisfação com o resultado do tratamento cirúrgico ficaram restritas a 27 pacientes (62,79%), pois somente com estes se conseguiu contato telefônico que permitisse as respostas dos questionários elaborados.

Moraes Filho et al, em estudo realizado com a população brasileira urbana, citaram que a média de idade das pessoas com pirose, uma ou mais de uma vez na semana, foi de 38,2 anos.⁽⁶⁾ Oliveira et al relataram que a média da mesma variável foi de cerca de 43 anos.⁽¹⁴⁾ Justo e Silva et al referiram a média de 42 anos.⁽¹¹⁾ Na presente casuística, foi de 48,81 anos.

Gevaerd Jr et al, em estudo para avaliação dos pacientes submetidos à técnica de Lind, no Hospital Governador Celso Ramos, observaram pirose e dor torácica não-cardíaca como os sintomas mais comuns no período pré-operatório.⁽¹⁵⁾ No presente estudo, os sintomas mais comuns foram pirose seguida de regurgitação e pigarro.

Nasi et al concluíram que pacientes portadores de DRGE com ou sem esofagite apresentam incidência semelhante de pirose, portanto não se pode inferir sobre a presença ou não de esofagite erosiva pela simples existência de pirose. Também não houve diferença entre a manifestação de alarme, disfagia. Na cidade de São

Paulo em 2001, os mesmos autores encontraram 95,9% dos pacientes com pirose, 15,6% com disfagia e 7,4% com dor torácica não-cardíaca.⁽¹⁶⁾ Nader et al, na cidade de Pelotas-RS em 2003, relataram prevalência de pirose na população adulta acima de 20 anos de 48,2% no último ano.⁽¹⁷⁾ Fornari et al, na cidade de Porto Alegre em 2004, encontraram pirose em 86,3% dos pacientes, regurgitação em 63,7%, pigarro e rouquidão em 25%, tosse crônica em 21,8%, disfagia em 16,9% e dor torácica em 10,5%.⁽¹⁸⁾ Na presente casuística, pirose correspondeu a 97,7% dos pacientes, regurgitação 41,9%, disfagia 41,9%, pigarro 41,9%, dor torácica não-cardíaca 39,5%, rouquidão 32,6% e tosse crônica 20,9%.

Donahue et al observaram, em um estudo sobre o controle efetivo do refluxo patológico pela técnica *Floppy-Nissen*, 10,40% pacientes com disfagia transitória.⁽¹³⁾ No presente estudo, dos submetidos à técnica de Nissen-Rossetti 14,0% tiveram disfagia transitória e dos submetidos à de Lind modificada 4,7%.

DeMeester et al mostraram que a técnica de Nissen pode abolir os sintomas e complicações associadas ao refluxo gastroesofágico.⁽⁹⁾

Petter et al, em estudo para comparação de pacientes com DRGE tratados clinicamente com os levados à cirurgia, concluíram que a cirurgia é mais efetiva no controle dos sintomas.⁽¹⁹⁾

Em estudo realizado por Justo e Silva et al, no Hospital Florianópolis e no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina, para análise dos resultados obtidos com o uso da cirurgia por Lind em pacientes com hérnia hiatal e esofagite de refluxo foram descritos os seguintes dados: hérnia hiatal esteve presente em 64,7% dos casos, Esôfago de Barrett em 1,47%, disfagia pós-operatória foi observada em 10,29%.⁽¹¹⁾ Na presente casuística, hérnia hiatal foi encontrada em 88,4% dos pacientes, Esôfago de Barrett em 18,6% e disfagia esteve presente em 4,7% dos pacientes que foram levados ao mesmo tipo de técnica operatória.

Blomqvist et al, em estudo para avaliação da qualidade de vida pós-operatória, referiram que a média de dias de permanência no hospital após cirurgia aberta foi de 7. As complicações pós-operatórias foram vistas em 4 pacientes de um total de 25: 2 na ferida operatória e 2 complicações respiratórias.⁽²⁰⁾ Neste trabalho, a média de permanência hospitalar foi de 5,90 dias e dos 43 pacientes 2 tiveram complicações respiratórias. Relativo às complicações na ferida operatória, cabe esclarecer que os autores conseguiram dados concernentes a estas em 16 pacientes. Isso não significa que os pacientes

remanescentes não apresentaram alguma complicação principalmente no que tange à hérnia incisional, na medida em que todas as complicações imediatas foram acompanhadas no seguimento ambulatorial imediato. Dessa forma, o tratamento destas complicações pode ter sido efetuado em outros centros médicos. Pela importância deste achado, os autores julgaram necessário o relato de tal resultado.

Apesar da via de acesso laparoscópico ser utilizada preferencialmente nos dias de hoje, a via por laparotomia ainda é realizada em muitos hospitais. Acreditamos que a via aberta não pode ser abandonada, pois além de ser a única alternativa na impossibilidade do acesso por videolaparoscopia, deve ser ainda praticada nos centros de treinamento de médicos residentes, o que se encaixa no presente trabalho.

Os critérios adotados para conferir o grau de satisfação foram: ausência de refluxo, o fato dos pacientes deixarem de usar sistematicamente a medicação antes utilizada, o retorno ao convívio social e o abandono das medidas comportamentais que adotavam antes da operação. Neste estudo, o grau de satisfação dos pacientes com o procedimento cirúrgico foi verificado a partir do segundo mês de pós-operatório, prazo este, obedecido por Rattner et al quando analisaram este critério. ⁽²¹⁾

DeMeester et al relataram que a qualidade de vida em pacientes tratados por operação depende do alívio dos sintomas e da necessidade de medicação de supressão ácida diariamente e não do procedimento invasivo. ⁽²²⁾ Todos os pacientes da presente casuística foram submetidos ao tratamento cirúrgico por laparotomia, na medida que 96,3% dos pacientes entrevistados ficaram satisfeitos com o procedimento realizado.

Os resultados obtidos relacionados à satisfação do paciente foram comparados a séries semelhantes publicadas. Na série relatada encontrou-se 93,6% de bons resultados. DeMeester et al ⁽⁹⁾, em 1986, conseguiram 91% e Loustarinen ⁽²³⁾, em 1993, 70%. De Haro et al ⁽²⁴⁾, em 1992, de 51 pacientes avaliados, encontraram 88% com sintomas de refluxo ausentes ou mínimos. Em todas essas séries dos autores citados os procedimentos anti-refluxos foram realizados por laparotomia pela técnica de Nissen.

O tratamento cirúrgico da DRGE não somente melhora os sintomas, mas também a qualidade de vida, constituindo-se numa terapêutica eficaz. ⁽²⁵⁾

Referências Bibliográficas:

1. Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. II Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico. São Paulo: 2003; 3-34.
2. Modlin MI, Moss SF, Kidd M, Lye KD. Gastroesophageal reflux disease. Then and now. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38(5): 390-402.
3. Shaheen N, Provenzale D. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Am J Med Sci* 2003; 326(5): 264-73.
4. Campos GMR, Lord RVN, DeMeester TR. Doença do refluxo gastroesofágico e hérnias diafragmáticas. Em Coelho JCU. *Aparelho Digestivo. Clínica e Cirurgia* 3ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.360-85.
5. Shaheen N, Ransohoff DF. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus and esophageal cancer. *JAMA* 2002; 287(15): 1972-81.
6. Moraes-Filho JPP, Chinzon D, Eisig JN, Zaterka S, Hashimoto CL. Prevalence of heartburn and gastroesophageal reflux disease in the urban brazilian population. *Arq Gastroenterol* 2005; 42(2): 122-27.
7. Skinner DB. Reflux esophagitis. In: Nyhus LM, Condon RE. *Hérnia*. 2nd edition, USA:Lippincott, 1974. p.664-7.
8. Horgan S, Pellegrini CA. Tratamento cirúrgico da doença por refluxo gastroesofágico. *Cl Cir Am Norte* 1997; 5: 1051 – 69.
9. DeMeester TR, Bonavina L, Albertucci M. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease. Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1986; 204: 9-20.
10. Lind JF, Burns CM, MacDougall JT. “Physiological” repair for hiatus hérnia – manometric study. *Arch Surg* 1965; 91: 233-7.
11. Justo e Silva CA, Damerau EF, Vieira J, Lopes A, d’Acampora AJ, Cunha VJL et al. Resultados obtidos com o uso da cirurgia de Lind na prevenção ou tratamento da hérnia hiatal e esofagite de refluxo. *Arq Cat Med* 1993; 22(3):165-77.
12. Nissen R, Rossetti M. Surgery of hiatal and other diaphragmatic hernias. *J Int Coll Surg* 1965; 43: 663-74.
13. Donahue PE, Samelson N, Nyhus LM et al. The floppy Nissen fundoplication. *Arch Surg* 1985; 120: 663-8.
14. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Prevalência e fatores associados à doença do refluxo

- gastroesofágico. *Arq Gastroenterol* 2005; 42(2): 116-21.
15. Gevaerd Jr VA, Chatagnier Filho BTB, Teive MB, Chatagnier Filho R. Avaliação em pacientes submetidos à cirurgia tipo Lind utilizando o Visick. *Arq Cat Med* 1996; 25(2): 138-42.
 16. Nasi A, Moraes-Filho JPP, Zilberstein B, Cecconello I, Gama-Rodrigues J. Doença do refluxo gastroesofágico: comparação entre as formas com e sem esofagite, em relação aos dados demográficos e às manifestações sintomáticas. *Arq Gastroenterol* 2001; 38(2): 109-15.
 17. Nader F, Costa JSD, Nader GA, Motta GLCL. Prevalência de pirose em Pelotas, RS, Brasil: estudo de base populacional. *Arq Gastroenterol* 2003; 40(1): 31-4.
 18. Fornari F, Gruber AC, Lopes AB, Cecchetti D, Barros SGS. Questionário de sintomas na doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol* 2004; 41(4): 263-67.
 19. Petter O, Johannessen R, Johnsen G, Myrvold HE, Bjerkeset T, Fjøsne U, et al. Long term outcome of surgically and medically treated patients with gastroesophageal reflux disease: a matched-pair follow-up study. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40: 264-74.
 20. Blomqvist A, Lönroth H, Dalenbäck J, Ruth M, Wiklund I, Lundell L. Quality of life assessment after laparoscopic and open funduplications. Results of a prospective, clinical study. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 1052-58.
 21. Rattner DW, Brooks DC. Patient satisfaction following laparoscopic and open antireflux surgery. *Arch Surg* 1995; 130: 289-93.
 22. DeMeester SR, Streets CG, DeMeester TR, Peters JH, Hagen JA, Crookes PF et al. Excellent quality of life after Nissen fundoplication depends on successful elimination of reflux symptoms and not the invasiveness of the surgical approach. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 1019-25.
 23. Loustarinen M. Nissen fundoplication for reflux esophagitis. Long-term clinical and endoscopic results in 109 of 127 consecutive patients. *Ann Surg* 1993; 217: 329-37.
 24. De Haro ML, Ortiz A, Parrilla P, Marcilla GJ, Aguayo JL, Morales G. Long results of Nissen fundoplication in reflux esophagitis without strictures. Clinical, Endoscopic and pH-metric evaluation. *Dig Dis Sci* 1992; 37: 523-7.
 25. Velanovich V. The effect of chronic pain syndromes

and psychoemotional disorders on symptomatic and quality-of-life outcomes of antireflux surgery. *J Gastrointest Surg* 2003; 7(1): 53-8.

Endereço para Correspondência:

Armando José D'Acampora

E-mail:dacampora@gmail.com