

Cirurgia

Qual o papel da gastrectomia no tratamento da úlcera péptica na atualidade?

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Doutor em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

A cirurgia da úlcera péptica tem diminuído drasticamente nas últimas décadas. Há 20 ou 30 anos era, talvez, a cirurgia mais realizada pelo cirurgião residente em seu programa de treinamento. Com o advento dos medicamentos antiulcerosos associados ao tratamento do *H. Pylori*, a úlcera péptica atingiu índices de cura acima de 90%, restando, assim, poucos casos para serem resolvidos pelo cirurgião. Com a queda do número de gastrectomias por úlcera, o treinamento dos residentes foi prejudicado e os cirurgiões mais jovens têm pouca experiência no procedimento e, conseqüentemente, dificuldades nas indicações da gastrectomia. Citaremos a seguir as possíveis indicações de gastrectomia nos casos de úlcera péptica complicados ou que não respondem ao tratamento clínico.

Úlcera perfurada: sempre que possível, deve-se realizar a gastrectomia em vez da sutura da perfuração. A sutura resolve apenas urgência; os fatores predisponentes persistem. A sutura deve ser reservada aos casos em que o paciente esteja em más condições clínicas ou em que a cavidade estiver muito contaminada com pus e ou restos alimentares. Damos preferência à gastrectomia parcial com reconstrução a BI sempre que possível ou a BII quando o duodeno não estiver em condições ideais para ser utilizado na reconstrução. Recomendamos também a drenagem da cavidade tanto após a gastrectomia quanto após a sutura da perfuração, pois as condições da cavidade geralmente não facilitam as deiscências pós-operatórias.

Obstrução piloro-duodenal: deve-se preparar o estômago antes da cirurgia com lavagem gástrica uma vez

que é comum a presença de restos alimentares no estômago. A cirurgia recomendada é a gastrectomia parcial com as reconstruções descritas anteriormente. Não recomendamos a antrectomia com vagotomia, por levarmos em consideração as conseqüências que podem advir da secção do nervo vago.

Hemorragia: sempre deve-se tentar o tratamento endoscópico. Quando há ressangramento ou isquemia gástrica ou duodenal após a terapia endoscópica, pode indicar-se a gastrectomia. Deve-se evitar a gastrotomia ou duodenotomia com sutura da úlcera sangrante, pois geralmente esse tratamento é precário e com grande índice de insucesso. A gastrectomia indicada é a mesma descrita anteriormente.

Intratabilidade clínica: a intratabilidade é rara, mas ainda acontece e nesses casos o tratamento cirúrgico se impõe. A úlcera duodenal intratável só deve ser operada após muito tempo de tratamento, uma vez que a malignização da lesão não acontece. A úlcera gástrica, por sua vez, deve ser tratada por 4 a 8 semanas, e se não houver remissão importante ou cura, deve-se indicar a gastrectomia. Devemos lembrar que a úlcera gástrica pode, na verdade, tratar-se de neoplasia gástrica, e o retardo no tratamento cirúrgico pode trazer prejuízos ao paciente mesmo quando as biópsias da úlcera forem negativas.

Lembramos que a gastrectomia não é procedimento simples e está sujeito a complicações importantes, portanto esta cirurgia deve ser realizada por cirurgiões treinados e com experiência na área.