

Clinica Cirúrgica

QUAL A MELHOR CONDUTA PALIATIVA NO CÂNCER INEXTIRPÁVEL DA CABEÇA DO PÂNCREAS?

Somente de 5% a 20% dos carcinomas da cabeça do pâncreas são ressecáveis na época de seu diagnóstico. O cirurgião sempre se encontra frente a um dilema nos casos inextirpáveis, e que geralmente apresentam sinais obstrutivos da via biliar ou duodenal.

A conduta mais conservadora é a colocação de próteses por via endoscópica tanto na viabilidade quanto no duodeno. A prótese auto-expansiva duodenal não tem mostrado bons resultados, pois leva a nova obstrução em 5 a 7 semanas após a sua colocação, além de ter custo elevado.

A conduta cirúrgica paliativa mais adequada parece ser a anastomose biliodigestiva com o jejuno em Y de Roux, associada a anastomose gastrojejunal para evitar a obstrução duodenal a longo prazo, que pode ocorrer devido ao aumento do tumor pancreático. Cerca de 40% dos tumores de cabeça de pâncreas não ressecados acabam levando a obstrução duodenal, daí a necessidade da derivação gastrojejunal.

A morbidade das derivações cirúrgicas giram em torno de 25% e a mortalidade em torno de 5%. A média de sobrevida desses pacientes é de cerca de nove meses. A associação de quimioterapia e ou radioterapia pós-operatória não mostrou aumento significativo na sobrevida desses pacientes (média de 10 meses de sobrevida).

A morbimortalidade das derivações cirúrgicas, quando comparadas com os procedimentos endoscópicos em vários estudos da literatura, não mostraram diferenças significativas.

Como conclusão, podemos afirmar que, mesmo nos dias atuais, a derivação biliodigestiva associada a derivação gastrojejunal é segura, apresenta baixo custo com índices aceitáveis de morbimortalidade. Além disso, a quimioterapia e ou radioterapia pós-operatória não trouxe aumento significativo na sobrevida.

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referência

1. Lesurtel M, Dehni N, Tiret E, Pare R, Paye F. Palliative surgery for unresectable pancreatic and periampullary cancer. *J Gastroint Surg.* 2006;10(2):286-91.

Medicina Baseada em Evidências

HÁ BENEFÍCIO NO USO DA RANITIDINA EM PACIENTES HOSPITALIZADOS, SOB MENOR REGIME DE ESTRESSE, NA PROFILAXIA DA ÚLCERA PÉPTICA OU DA HEMORRAGIA DIGESTIVA?

- P – Pacientes hospitalizados, sob menor regime de stress.
- I – Ranitidina
- C – Placebo e/ou protetor gástrico
- O – Úlcera péptica ou Hemorragia digestiva

A ranitidina pode ser eficaz na profilaxia de úlcera péptica ou hemorragia digestiva em pacientes hospitalizados. Porém, a falta de

critérios bem estabelecidos para seu uso tornou-o indiscriminado em todos os setores hospitalares. Sabendo que há relatos de efeitos colaterais como disfunções hepáticas, alterações reversíveis na contagem de células sanguíneas (anemia, leucopenia e trombocitopenia), agranulocitose, hipoplasia ou aplasia de medula óssea, reações de hipersensibilidade (urticária, edema angioneurótico, broncoespasmo, hipotensão), bradicardia e bloqueio atrioventricular, seu uso pode expor os pacientes hospitalizados, sob menor regime de estresse, a riscos sem evidência de benefício. Podemos procurar algumas das populações de pacientes hospitalizados que se beneficiam do uso da ranitidina na profilaxia da úlcera péptica ou de estresse, a partir da informação científica disponível que testou de forma apropriada essa questão clínica.

A base Medline, então, foi consultada através da estratégia: "Ranitidine/therapeutic use"[MeSH] AND ("Peptic Ulcer Hemorrhage/prevention and control"[MeSH] OR "Peptic Ulcer/prevention and control"[MeSH Terms] OR "Stress/complications"[MeSH]) AND Randomized Controlled Trial[ptyp], permitindo recuperar 95 estudos.

Não foram incluídos os estudos em língua estrangeira diferente do português, inglês ou espanhol, os estudos cujos pacientes tinham história prévia de úlcera péptica, ou estavam sob tratamento de úlcera péptica, ou tinham uso prévio recente de protetor gástrico, e aqueles estudos em que os pacientes não estavam hospitalizados. Dos estudos selecionados, após avaliação dos resumos, verificou-se que a população estudada é restrita aos pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva (UTI). A fim de ilustrar a quantidade de benefício estimada a esses pacientes, foi considerada amostra de três ensaios clínicos randomizados (ECR)¹⁻³ com escore JADAD maior do que três.

As populações incluídas foram de adultos internados em UTI por sepse e/ou politrauma, ou que necessitaram ventilação mecânica, e de neonatos (RN) internados em UTI que necessitaram de ventilação mecânica nas duas horas iniciais de vida. As intervenções testadas foram de ranitidina endovenosa na dose de 25 a 50 mg, de 8 em 8 horas, nos adultos, e de 5mg/kg/dia, de 8 em 8 horas, nos recém-nascidos. A comparação variou entre a administração de placebo ou Sucralfato 1g de 6 em 6 horas por SNG. Os desfechos analisados foram de presença de úlcera péptica ou de hemorragia digestiva alta.

Em adultos, o uso de ranitidina reduziu o risco absoluto (RRA) de úlcera péptica em 5,9% (IC95% -2% a + 13,8%), e de hemorragia digestiva em 2,1% (IC95% +0,3% a +39%). Nos recém-nascidos, seu uso reduziu o risco de úlcera em 32% (IC95% + 13,7% a +50,3%), sendo então necessário tratar três recém-nascidos para se evitar uma úlcera péptica.

Os pacientes hospitalizados, para os quais o uso de ranitidina foi testado de maneira consistente (através de ECR), se limitam àqueles admitidos em UTI, sobretudo sob ventilação mecânica, com benefício variável, o qual não foi foco de nossa análise. Entretanto, é nosso objetivo alertar que não há informação relevante quanto ao benefício do uso da ranitidina profilática em pacientes hospitalizados, por exemplo, na enfermaria, que estão sob menor regime de estresse. Temos a tendência de procurar responder a questões sobre tecnologias novas ou de alto custo, esquecendo, no entanto, de que