

Clinica Cirúrgica

ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: SUTURA OU GASTRECTOMIA?

A perfuração tem sido a complicação da úlcera péptica mais operada nos últimos anos. Devido à grande eficiência dos novos medicamentos para o tratamento clínico das úlceras gastroduodenais, a cirurgia para o tratamento dessa doença tem ficado apenas para o caso de algumas complicações, principalmente a estenose e a perfuração. Também devido ao pequeno número de gastrectomias para o tratamento das úlceras pépticas, o treinamento dos jovens cirurgiões ficou prejudicado, sendo que esses têm pouca familiaridade com o procedimento. Devido a todos esses fatores, o tratamento cirúrgico da úlcera perfurada traz grandes dilemas ao cirurgião. A úlcera aguda perfurada, isto é, aquela que não apresenta o calo fibroso ao redor da perfuração, deve ser tratada com a simples sutura da lesão. Já a úlcera crônica perfurada deve ser tratada sempre que possível pela gastrectomia. Uma revisão da literatura mostrou que, em algumas situações, é prudente se evitar a ressecção gástrica e optar pela sutura. Essas situações podem ser resumidas em: inexperiência do cirurgião na realização de gastrectomia apropriada, cavidade abdominal muito contaminada, paciente em mau estado geral em que o prolongamento do ato operatório irá piorar o quadro clínico, pacientes com mais de 60 anos, mais de 24 horas de perfuração e perfuração gástrica ou duodenal maior que 5 milímetros.

A sutura tem elevadas taxas de recidiva ulcerosa (+ de 50%) e baixas taxas de mortalidade, a vagotomia associada a alguma técnica de drenagem apresenta baixa mortalidade porém a taxa de recidiva ainda é alta (10%) e, finalmente, a gastrectomia parcial tem taxa de mortalidade pouco maior que a vagotomia porém a recidiva ulcerosa é extremamente baixa (< 1%). A gastrectomia parcial é o procedimento por nós preferido quando a ressecção gástrica está indicada devido à sua segurança e às baixas taxas de recidiva.

Podemos concluir, portanto, que o melhor tratamento para a úlcera péptica perfurada é aquele que leva em conta o tipo de perfuração, as condições clínicas do doente, as condições locais da cavidade abdominal e a experiência do cirurgião na realização da gastrectomia.

ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB

Referências

1. Satsukevich VN. Surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcers. *Khirurgiia (Mosk)* 2001; 5: 24-7.
2. Rajesh V, Chandra SS, Smile SR. Risk factors predicting operative mortality in perforated peptic ulcer disease. *Trop Gastroenterol.* 2003; 24: 148-50.

Medicina Baseada em Evidências

PLEURODESE NO DERRAME NEOPLÁSICO: TORACOSCOPIA OU TORACOSTOMIA À BEIRA DO LEITO?

O derrame pleural neoplásico é uma complicação comum em neoplasias avançadas, sendo, na maioria das

vezes, conseqüente a metástases de câncer de pulmão ou de mama. O prognóstico desses pacientes é geralmente reservado, a maioria dos derrames não responde a terapêutica sistêmica e a qualidade de vida está afetada pelos sintomas de tosse e dispnéia. A drenagem do derrame produz alívio dos sintomas, mas a rápida recorrência requer punções pleurais de repetição, aumentando o risco de complicações¹. A pleurodese é uma forma de tratamento, que procura produzir fibrose pleural por meios químicos (agente esclerosante) ou mecânicos (abrasão ou pleurectomia), obliterando o espaço pleural, e prevenindo as recorrências e os sintomas adversos. Este procedimento é usualmente paliativo e seu uso tem sido influenciado pelos sintomas do paciente, condições clínicas associadas, extensão da doença, *performance status* e prognóstico². Existe uma variação importante em como a pleurodese é realizada em todo o mundo, havendo preferência pelo uso do talco, apesar de referências a efeitos adversos, como febre, dor e náusea, incluindo a falência respiratória. Nos últimos anos, diferentes métodos cirúrgicos têm sido utilizados, sendo mais comumente empregada a instilação do agente esclerosante, após drenagem do derrame, por toracoscopia realizada em centro cirúrgico, ou toracostomia com o emprego de dreno à beira do leito. A pleurodese à beira do leito pode ser feita por apenas um médico, sem necessidade de sedação, sendo então mais rápida, simples e de menor custo, podendo ainda ser aplicada a pacientes com um *performance status* pobre. No entanto, comparada à pleurodese realizada por toracoscopia, esta pode ser menos eficaz para o adequado esvaziamento do derrame pleural e para uma adequada distribuição do agente esclerosante. Essa variação de agente ou técnica de pleurodese empregados é conseqüente à disponibilidade de um número limitado de ensaios clínicos consistentes, com adequado número de pacientes estudados, determinando, então, que uma série de diretrizes internacionais fossem baseadas principalmente em consenso de especialistas³. No entanto, esses mesmos estudos clínicos (n=36) selecionados em uma revisão sistemática e incluídos em uma meta-análise, totalizando um número de 1499 pacientes⁴, têm força, então, de responder a algumas questões como: É necessário o uso de agente esclerosante para a obtenção de uma pleurodese eficaz? Qual o melhor agente? A pleurodese por toracoscopia é melhor que a realizada por toracostomia com drenagem à beira do leito? A medida mais comumente utilizada nos ensaios clínicos para avaliar eficácia da pleurodese foi a presença ou ausência de derrame pleural, na radiografia de tórax, entre um e três meses, ou a necessidade de se repetir a toracocentese⁴. Em relação a desfechos como efeitos adversos, mortalidade e custos, os dados reportados são limitados, dificultando a comparação entre procedimentos e agentes. Então: 1. É necessário o uso de agente esclerosante para a obtenção de uma pleurodese eficaz? O uso de agentes esclerosantes resulta em maior sucesso da pleurodese quando comparado à drenagem pleural com instilação de placebo apenas⁴. Para que um paciente seja beneficiado com o uso de esclerosante em relação ao placebo, é necessário serem tratados oito pacientes (NNT:8; IC 95%: 4.26 a 49.83)⁴; 2. Qual o melhor agente esclerosante? Os principais agentes

utilizados na prática clínica são o talco, a tetraciclina e a bleomicina. A tetraciclina e a bleomicina têm eficácia equivalente, no entanto, são inferiores ao talco, com redução de risco relativo de 21%, favorecendo significativamente o talco⁴. A frequência de eventos adversos foi semelhante entre os três agentes e, apesar de relatos na literatura de ocorrência da Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto em pleurodese com talco², esta complicação não foi relatada em nenhum dos ensaios clínicos com talco, incluídos⁴. Finalmente, a principal questão a ser respondida é: 3. Qual o método de procedimento cirúrgico mais eficaz? A comparação entre os dois procedimentos (toracoscopia versus toracostomia) quando o agente instilado é o talco define uma redução de risco relativo significativa de 16%, favorável à toracoscopia⁴. Não há evidências de maior mortalidade nos pacientes tratados por toracoscopia⁴. No entanto, algumas questões necessitam ainda ser respondidas, como: Após a pleurodese ter sido realizada, a drenagem torácica de longa duração é melhor que a de curta duração? Os drenos de maior diâmetro proporcionam melhores resultados? Qual o melhor momento para a realização da pleurodese, na recidiva do derrame após a toracocentese ou em sua primeira manifestação?

WANDERLEY MARQUES BERNARDO
FÁBIO BISEGGLI JATENE
MOACIR R. CUCCE NOBRE

Referências

1. Diacon AH, Wyser C, Bolliger CT, Tamm M, Pless M, Perruchoud AP, et al. Prospective randomized comparison of thoracoscopic talc poudrage under local anesthesia versus bleomycin instillation for pleurodesis in malignant pleural effusions. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162:1445-9.
2. Bernard A, de Dompure RB, Hagry O, Favre JP. Early and late mortality after pleurodesis for malignant pleural effusion. *Ann Thorac Surg* 2002; 74:213-7.
3. Lee YC, Baumann MH, Maskell NA, Waterer GW, Eaton TE, Davies RJ, et al. Pleurodesis practice for malignant pleural effusions in five English-speaking countries: survey of pulmonologists. *Chest* 2003; 124: 2229-38.
4. Shaw P, Agarwal R. Pleurodesis for malignant pleural effusions. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD002916.

Ginecologia

É NECESSÁRIA A PARTICIPAÇÃO DO PLÁSTICO NA PROGRAMAÇÃO DA CIRURGIA CONSERVADORA DO CÂNCER DE MAMA?

Apesar de na década de 70 os resultados oncológicos da cirurgia conservadora¹ do câncer de mama (preservação parcial de pele e glândula mamária) terem se mostrados favoráveis, os resultados estéticos deixaram muito a desejar^{2,3}.

Com a prática atual e freqüente das ressecções parciais de tecido mamário, particularmente das quadrantectomias, descortinou-se o início de uma nova fase no tratamento do câncer de mama, especialmente no que se refere ao resultado estético.

A grande variedade de distribuição tumoral na glândula mamária, a amplitude das ressecções e a necessidade de se obter resultados estéticos de qualidade tornaram obrigatório, no nosso entendimento, instituir um criterioso planejamento pré-operatório, incluindo a aplicação de técnicas modernas de reconstrução.

O não planejamento pode resultar em deformidades estéticas, insatisfação das mulheres e até quadros de arrependimentos da realização da plástica; de fato, Berrino et al.², ao analisarem diferentes deformidades estéticas após a cirurgia conservadora da mama, notaram que o maior percentual dos resultados inadequados decorreu da falta de um planejamento conjunto entre o mastologista e o cirurgião plástico.

É consenso, entre os cirurgiões, que a presença de excesso do tecido mamário apresenta-se como o fator isolado mais importante na reconstrução após

cirurgia conservadora^{2,3}; assim, nas portadoras de hipertrofia mamária, é aconselhável aventar a possibilidade de reconstrução, sugerindo a mamoplastia redutora. Entre os benefícios estéticos auferidos pela redução da glândula mamária incluem-se a qualidade da reconstrução e o resultado final.

Como a literatura já tem consolidado o conceito atual do enfoque multidisciplinar no tratamento do câncer de mama, cabe agora estimular a participação conjunta do cirurgião plástico e do mastologista no mesmo ato cirúrgico, visando a obtenção de um resultado estético de qualidade.

Ademais, é fundamental e obrigatório incluir uma ampla discussão do planejamento cirúrgico com a paciente, ouvindo-a atentamente quanto às suas inquietudes.

Por isso, acreditamos ser oportuna e necessária não só a individualização do tratamento, mas também a participação do plástico na programação da cirurgia

conservadora do câncer de mama, pois só assim ter-se-á criado uma estratégia, que certamente redundará na opção de uma melhor técnica e na obtenção de melhores resultados oncológico e estético.

ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ

CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

JOSÉ M. ALDRIGHI

Referências

1. Veronesi U, Saccozzi R, Delvecchio M. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of breast. *N Engl J Med* 1981;305:6.
2. Berrino P, Campora E, Santi P. Pósquadrantectomy breast deformities: classification and techniques of surgical correction. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79:567-72.
3. Petit JY, Rigaut L, Zekri A. Deboires Esthetiques après Traitement Conservateur Pour Cancer du Sein. Les Techniques de Reconstruction Mammaire Partielle. *Ann Chir Plast Esthet* 1989; 34:103-8.