

## TRATAR A ÚLCERA DUODENAL OU O ULCEROSO DUODENAL?

Kouzo Imamura\*

Muitos trabalhos de pesquisa científica foram desenvolvidos buscando solucionar o problema da úlcera duodenal. Várias medicações, desde as caseiras e até as mais recentes como os inibidores da bomba protônica, foram produzidas e investigadas. Todas com suas vantagens e desvantagens farmacológicas e ou financeiras.

Várias técnicas cirúrgicas, desde as mais econômicas como a vagotomia superseletiva ou gástrica proximal e até as gastrectomias radicais como hemigastrectomias com vagotomias tronculares e reconstituição gastro-jejunal a Billroth II, foram efetuadas, com suas vantagens e desvantagens técnicas e resoluções.

Com o advento da inclusão da bactéria *Helicobacter pylori* (Hp) como fator etiológico, foram efetuadas também, várias investigações tentando erradicá-la. Vários antibióticos foram apresentados, cada um com vantagens e desvantagens, associados ou não a inibidores da bomba protônica. Foram incriminando o HP em todos os sentidos como único agente causal da úlcera duodenal, participando em diversos aspectos: aumento da secreção ácida, da gastrina, da ação lesiva direta e inclusive associado ao aspecto genético e psicológico.<sup>1,3</sup>

O estudo da úlcera duodenal, e pior ainda como úlcera gastro-duodenal considerando como uma entidade única, sem levar em consideração o ulceroso duodenal, as investigações científicas apresentaram grandes falhas. Os ulcerosos duodenais, apesar de apresentar a lesão ulcerada no duodeno em todos, cada um tem as características psicológicas, sociais e somáticas individualmente diferentes. Estes são as variáveis que, se não forem levados em consideração nas pesquisas científicas, trarão falsas idéias sobre a úlcera duodenal.

Um ser humano nasce com certas cargas genética, e de acordo com influência intra-uterina, virá apresentar alterações congênitas. Também, com as influências vividas nos primeiros anos de vida, virá a constituir o núcleo da personalidade.<sup>4</sup> Frente

aos estímulos agradáveis e desagradáveis vivenciados, desenvolvendo reações positivas ou negativas, passa dinamicamente a se modificar para enfrentar futuras situações. Situações estas, diferentes para cada indivíduo, dependendo exclusivamente do valor dado a elas pelo mesmo. Podem os indivíduos terem nascidos geneticamente semelhantes, porém mesmo ainda, em sendo indivíduos com vida própria, terão visões da vida diferentes e individuais. Não podemos esquecer que há também constantes alterações somáticas dependentes destes fatores. Nossas células estão em constantes renovações e os órgãos estão em constantes modificações das suas funções circulatórias, secretoras e motoras, estimulados e controlados pelo sistema nervoso vegetativo ou seja autônomo. A cada estímulo agradável e desagradável, físicos, químicos, biológicos apresentarão reações correspondentes. Conforme a duração e a intensidade daqueles, teremos conseqüências somáticas e psicológicas diferentes, tudo dependendo da capacidade de adaptação ao mesmo.<sup>5</sup> Os que souberam adaptar voltam a homeostase somática e psicológica. E os que não conseguiram, persistem com as alterações funcionais, gerando tensões nos órgão e na psique. Conforme a tensão somática e psicológica, os indivíduos passam a gerar sintomas. E conforme a duração e intensidade destas tensões vem a gerar alterações estruturais, como as inflamações e as soluções de continuidade. Nestas condições, influenciados pelos agentes exógenos e endógenos, os tecidos poderão intensificar as reações inflamatórias levando a persistência ou agravamento das lesões.

Os sintomas que os ulcerosos vêm a apresentar são resultantes das reações dos órgãos e não do agressor ou nem mesmo da lesão. Considerar que a úlcera duodenal produz sintomas, independente do paciente, é um erro. A lesão pode estar presente,

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 1, p. 30-32, 2001

\* Professor Assistente do Depto. de Medicina - CCMB/PUC- SP

porém, se o órgão do paciente não reagir com o aumento da tensão, não haverá sintoma. Este aumento da tensão ocorre para fins de defesa e não para destruição. Sintoma deve ser analisado como resultante dos mecanismos de defesa do órgão e não somente do agressor ou da lesão. O quadro clínico e sintomas não são da úlcera duodenal e sim do ulceroso duodenal. É o ulceroso que apresenta sintoma e não a úlcera.

Devemos levar em consideração ainda um outro fator, inerente a cada indivíduo, a influência dos processos mentais na caracterização dos sintomas. A intensidade (leve, moderada ou intensa) e o tipo de dor (como é a dor) são caracterizadas pelos processos mentais do indivíduo e não somente do que acontece ao nível do soma. Vários ulcerosos duodenais, apesar de apresentarem mesmas alterações estruturais ao nível somático, podem vir a ter sintomas diferentes. Por outro lado, o sintoma tem muito a ver de como o órgão lesado está se comportando do que da lesão propriamente dita. Estas alterações no comportamento dos órgãos nem sempre é desencadeada pela lesão presente.

Analisar a lesão ulcerada duodenal sem a inclusão do ulceroso duodenal está sujeito a falsas conclusões. Apesar de, na literatura, apresentar que a influência do aspecto psicológico é controversa, todos os médicos e os próprios pacientes ulcerosos sabem que a exacerbação do sintoma e mesmo a eclosão da lesão ulcerada, ocorrem em momentos de maior tensão psicológica. Esta influência é reconhecida de tal forma que acostumam chamar a úlcera duodenal como úlcera nervosa. Na verdade, todos sabem que não é a úlcera que é nervosa e sim o ulceroso. Assim sendo, não é a úlcera que tem que ser acalmada e sim o ulceroso. Estudar personalidade dos ulcerosos, cada um com as características biológicas, psicológicas e sociais diferentes já é difícil, e então, imagine estudar incluindo as diferentes evoluções da úlcera duodenal! Precisar de muita ousadia e paciência.

No meu ponto de vista, os ulcerosos duodenais são basicamente ativos (característica possivelmente inata) e eufóricos. Maioria deles, inicialmente, e muitas vezes precocemente na idade, lutam pela auto-suficiência e exigem-se muito em busca do ideal. Tendem a ter muito apetite e são taquifágicos, assim como são vorazes em busca da auto-suficiência. Passam a desenvolver sentimentos

de hostilidade (nervosismo) quando sentem-se limitados e nesta situação é costume desenvolver a lesão ulcerada com sintomas. Estes sintomas pioram com o estômago vazio e melhoram com a alimentação (ritmo da dor com a alimentação considerada como a de três tempos). O sentimento de hostilidade leva o estômago do indivíduo a secretar mais ácido clorídrico juntamente com o aumento da sua tensão.<sup>2,6</sup>

Taquifagia, conservação da apetite, piora da dor em jejum e melhora com a alimentação é mantida enquanto o ulceroso duodenal estiver lutando com a possibilidade de alcançar o seu ideal na vida. Neste momento, no tratamento deve, além das tradicionais medicações, incluir a orientação na mudança nas atitudes, solicitando diminuir as sobrecargas e teimosias, regradando a vida dando mais tempo e modificando valores dos seus ideais.

Modificação de sintomas deverá ser analisada, além das alterações estruturais como estenose e periviscerite, outras características psicossociais. Os ulcerosos duodenais passam a modificar a ritimicidade com alimentação assim como o faz com a vida. A piora da dor com alimentação, bradifagia, diminuição no apetite, freqüentemente é dependente do estado mais passivo e depressivo em que o ulceroso está se tornando do que modificação estrutural duodenal. Muitas vezes, a perda da ritimicidade da dor com alimentação, ocorre quando o indivíduo perde a esperança de alcançar o seu ideal na vida, permanecendo em estado de hostilidade por ter que suportar situações não desejadas que não conseguiu melhorar. Muitas vezes, nestas condições, estes desenvolvem sentimento de inferioridade pela sua incapacidade. O tratamento nesta situação, além das medicações tradicionais, deve passar a orientar o ulceroso duodenal a reconquistar o seu auto-estima, o seu caráter de lutador na vida (porque não, de trabalhador) e passar a dar valor ao que tem e não se lamuriar pelas coisas que não conseguiu. O cirurgião que operar um ulceroso sem conhecimento destes problemas psicossociais está correndo risco de insucesso. Operar um paciente com baixa auto-estima sempre levará o indivíduo em condições de vítima, permanecendo em estado doentio e considerando-se como um indivíduo mutilado.

Tratar a Hp como etiologia básica da úlcera duodenal, no meu ponto de vista, está incompleta.

A Hp deve ser considerada como agente exógeno agravante e possivelmente contribuindo na dificuldade de cicatrização da lesão. A cicatrização é um ato natural de qualquer tecido lesado. Deve ser erradicado a Hp em pacientes com lesão ulcerada duodenal para facilitar a sua cicatrização, assim como, deve combater infecções de uma úlcera varicosa para facilitar a cicatrização desta. Possivelmente a recidiva acontecerá, se somente visar erradicação da Hp, sem cuidarmos do paciente ulceroso duodenal nos aspectos psicossociais. Por que antigamente, sem levar em consideração a Hp como agente etiológico, tinha alguns pacientes cicatrizando a lesão ulcerada e sem recidiva? A Hp não é indutora de sintomas, apesar de poder levar ao aumento da reação inflamatória. A inflamação é uma reação de defesa do tecido e não uma forma de autodestruição.

Finalizando, sugiro que a úlcera duodenal seja observada como consequência das alterações funcionais gastroduodenais que um indivíduo desenvolveu pela sua incapacidade de se adaptar às situações da vida.<sup>5</sup> “Sendo assim, é importante orientar o ulceroso duodenal a se modificar dinamicamente, deixando de ser teimoso e

inutilmente persistente, adaptando-se a cada nova situação que o mundo lhe oferece e sem deixar de ser ativo e lutador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COELHO, L.G.V. Úlcera péptica gastroduodenal. In: Dani, R. *Gastroenterologia essencial*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1988. p.132-46.
2. ENGEL, G.L.; REICHMAN, F.; SEGAL, H.L. A study of an infant with a gastric fistula. I. Behavior and the rate of total hydrochloridic acid secretion. *Psychosom. Med.*, v.18, p.347-98, 1956.
3. MINCIS, M. Úlcera péptica gastroduodenal. In: Mincis, M. *Gastroenterologia & hepatologia: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Lemos, 1997. p.297-306.
4. PONTES, J.F. Medicina psicossomática em gastroenterologia. *Gastroenterologia clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1981. p.1267-85.
5. SELVE, H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J. Clin. Endocrinol.*, v.6, p.117-230, 1946.
6. WOLF, S.; WOLFF, H.G. *Human gastric function: an experimental study of a man and his stomach*. New York: Oxford University, 1943.

*As opiniões expressas nesta sessão representam o ponto de vista de seus Autores e não, necessariamente, da Revista.*