

GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

Resumo das Recomendações

Notas sobre as recomendações PROSPECT

O PROSPECT fornece aos clínicos argumentos de apoio a favor e contra a utilização de várias intervenções na dor pós-operatória com base em evidência publicada e na opinião de especialistas. Os médicos devem tomar decisões com base nas circunstâncias clínicas e nas regulamentações locais. Em todas as situações, as informações locais sobre prescrição dos fármacos mencionados devem ser sempre consultadas.

Dor após gastrectomia vertical laparoscópica

Após gastrectomia vertical laparoscópica, a cirurgia mais frequentemente realizada para perda de peso, a dor pós-operatória pode atrasar a recuperação e aumentar o risco de complicações ([Lazzati 2023](#); [Iamaroon 2019](#); [Barajas-Gamboa 2024](#)). São necessários protocolos padronizados de controlo da dor para melhorar a recuperação e a mobilidade dos doentes, especialmente porque o procedimento é cada vez mais realizado em regime de ambulatório ou de internamento de curta duração ([Inaba 2018](#); [Fortin 2020](#); [Kaye 2019](#)).

Objetivos e métodos da revisão PROSPECT

Esta revisão ([Niels, Snijkers 2025](#)) teve como objetivo atualizar as recomendações para o controlo da dor após gastrectomia vertical laparoscópica, com base nas *guidelines* de 2019 ([Macfater 2019](#)), que se fundamentaram em dados provenientes de 18 ensaios clínicos randomizados (ECRs).

A revisão sistemática e a formulação das recomendações foram realizadas utilizando a metodologia exclusiva do PROSPECT, disponível em <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>. Esta metodologia foi publicada pela primeira vez em [Joshi 2019](#) e atualizada em [Joshi 2023](#).

A pesquisa bibliográfica atualizada identificou ECRs, revisões sistemáticas e meta-análises sobre intervenções analgésicas, anestésicas e cirúrgicas, com foco no controlo da dor em doentes submetidos a gastrectomia vertical laparoscópica. As bases de dados EMBASE, MEDLINE, PubMed e Cochrane foram pesquisadas de 1 de setembro de 2018 a 4 de fevereiro de 2024. Todos os estudos incluídos foram avaliados criticamente quanto às pontuações de dor (resultado primário), relevância clínica, eficácia, uso de analgésicos básicos (paracetamol e AINEs/inibidores específicos da COX-2), efeitos adversos e grau de invasividade da técnica.

39 ECRs e duas meta-análises cumpriram os critérios de inclusão.

Esta revisão está registada em PROSPERO: CRD42023487108.

Resumo das recomendações e evidência chave

Resumo das recomendações e evidência chave para gestão da dor em pacientes submetidos a gastrectomia vertical laparoscópica

Analgesia sistémica

Paracetamol e AINES ou inibidores específicos da COX-2, administrados de forma contínua, no período pré ou intraoperatório, e mantidos no pós-operatório.

- De acordo com a metodologia PROSPECT ([Joshi 2023](#)), os estudos que se focaram exclusivamente nestes analgésicos básicos foram excluídos da revisão; os analgésicos básicos devem ser administrados perioperatoriamente a todos os doentes submetidos a cirurgia.

Dose única de dexametasona intravenosa

- A dexametasona foi previamente recomendada para gastrectomia vertical laparoscópica pelo PROSPECT ([Macfater 2019](#)).
- A dexametasona perioperatória tem efeitos antieméticos e analgésicos bem estabelecidos noutras intervenções, que não são superados pelos seus efeitos adversos ([Gan 2020](#); [Laconi 2024](#); [Waldron 2013](#)).
- O PROSPECT não recomenda uma dose exata de dexametasona. No entanto, uma revisão ([Myles, Corcoran 2021](#)) concluiu que uma dose intermédia pode oferecer benefícios na analgesia pós-operatória.

Os opioides devem ser reservados para analgesia de resgate

- O uso de opioides deve ser reservado para analgesia de resgate, conforme indicado na recomendação anterior ([Macfater 2019](#)), apesar da sua potência analgésica.
- Os opioides podem causar efeitos adversos como náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO), obstipação, íleo, tonturas e depressão respiratória, podendo atrasar a recuperação e a alta hospitalar, além de apresentarem potencial de abuso ([Trescot 2008](#)).

Técnicas regionais

TAP block

- Esta atualização incluiu sete estudos adicionais sobre bloqueios TAP: cinco sobre bloqueios guiados por ultrassonografia (USG) ([Saber 2019](#); [Mittal 2018](#); [Aboseif 2023](#);

Xue 2022; Abdelhamid 2020) e dois sobre bloqueios guiados por laparoscopia (LG) (Tülbüş 2019; Okut 2022).

- O PROSPECT recomenda tanto os bloqueios guiados por ultrassonografia (USG) como bloqueios guiados por laparoscopia (LG), com base nos seus efeitos analgésicos positivos:
 - O bloqueio TAP guiado por ultrassonografia (USG) é considerado o *gold standard*, existindo várias abordagens possíveis, incluindo a anterior, a médio-axilar e a subcostal. A técnica escolhida influencia a área afetada e a duração do bloqueio (Desmet 2015; Tsai 2017).
 - O bloqueio TAP guiado por laparoscopia (LG) é realizado pelo cirurgião durante a laparoscopia. Dois estudos que compararam bloqueios TAP LG realizados por cirurgiões com bloqueios TAP USG realizados por anestesiologistas em cirurgia colorretal indicaram uma segurança e eficácia comparáveis (Zaghiyan 2019; Park 2017).

Infiltração pré-incisional de anestésico local nos locais de inserção das portas cirúrgicas

- Desde a recomendação anterior do PROSPECT (Macfater 2019), foram identificados dois estudos adicionais sobre a infiltração de anestésico local nos locais de inserção das portas cirúrgicas, sendo que um deles apresentou resultados positivos (Alevizos 2020).
 - A infiltração da ferida cirúrgica, ou a infiltração nos locais de inserção das portas cirúrgicas com anestésico local, é uma técnica simples, económica e amplamente utilizada, que proporciona um bloqueio eficaz da dor somática (Scott 2010; Stamenkovic 2021). É crucial infiltrar cuidadosamente todas as camadas da ferida cirúrgica sob visualização direta antes do encerramento da incisão (Joshi, Machi 2019).
 - O PROSPECT propõe que a infiltração da ferida seja considerada um componente fundamental da analgesia básica, mesmo que exista evidência limitada específica para a gastrectomia vertical laparoscópica (Joshi, Kehlet 2019). A eficácia da infiltração da ferida está bem demonstrada em cirurgias abdominais (Bourgeois 2024).
- O bloqueio do plano abdominal transverso e a infiltração das portas cirúrgicas com anestésico local podem ser combinados. No entanto, deve ter-se atenção para evitar toxicidade sistémica provocada por anestésicos locais.

AINE, anti-inflamatório não esteróide; COX, ciclooxygenase; ECR, ensaio clínico randomizado; LG, guiado por laparoscopia; NVPO, náuseas e vômitos pós-operatórios; TAP, plano transverso abdominal; USG, guiado por ultrassonografia

Intervenções NÃO recomendadas

Intervenções analgésicas que não estão recomendadas para abordagem da dor em pacientes submetidos a gastrectomia vertical laparoscópica.

Intervenção	Motivo para não recomendação
Anestesia sem opioides	Evidência insuficiente e falta de uniformidade dos protocolos
Administração de vitamina C	Evidência insuficiente
Dexmedetomidina	Falta de consenso
Magnésio IV	Falta de consenso
Gabapentinoides	Risco de efeitos adversos
Ketamina IV	Falta de evidência e risco de efeitos adversos
Aprepitant	Evidência insuficiente
Lidocaína IV	Evidência insuficiente
Difenidramina	Evidência insuficiente
Programa de educação com animação	Evidência insuficiente
Realidade virtual	Evidência insuficiente
Estimulação por agulha eletropressora	Evidência insuficiente
Anestesia TIVA versus desflurano	Evidência insuficiente
Hiperventilação ligeira para dor no ombro	Evidência insuficiente
Recrutamento alveolar perioperatório	Falta de evidência
Bloqueio do quadrado lombar	Relação risco-benefício desfavorável
Bloqueio do eretor da espinha	Relação risco-benefício desfavorável
Anestésicos locais intraperitoneais	Falta de consenso
Dexmedetomidina intraperitoneal	Evidência insuficiente
Magnésio intraperitoneal	Falta de evidência
Bloqueio neuronal autonómico paragástrico	Evidência insuficiente
Endogrampeadores lineares laparoscópicos	Falta de evidência
Abordagem de porta única	Evidência inconsistente

IV, intravenosa; TIVA, total intravenosa.

Tabela de recomendações gerais PROSPECT

Recomendações gerais para a abordagem da dor, específico do procedimento, em pacientes submetidos a gastrectomia vertical laparoscópica

Pré-operatório e intraoperatório

- Paracetamol e AINEs ou inibidores específicos da COX-2
 - Dose única de dexametasona IV
 - Bloqueio do plano abdominal transverso
 - Infiltração pré-incisional com anestésico local das portas cirúrgicas
- O bloqueio do plano abdominal transverso e a infiltração das portas cirúrgicas com anestésico local podem ser combinados. No entanto, deve ter-se atenção para evitar toxicidade sistémica provocada por anestésicos locais.

Pós-operatório

- Paracetamol e AINEs ou inibidores específicos da COX-2 administrados de forma contínua
- Opioides como analgesia de resgate

AINEs, anti-inflamatórios não esteróides; COX, ciclooxigenase; IV, intravenoso.

Publicação PROSPECT

Debel N, Snijkers E, Van de Velde M, Joshi GP, Sauter AR, Freys S, Pogatzki-Zahn E, Dewinter G em representação do grupo de trabalho PROSPECT da Sociedade Europeia de Anestesia Regional e Terapia da Dor (ESRA).

Gestão da dor para gastrectomia vertical laparoscópica: uma atualização da revisão sistemática e recomendações específicas do procedimento para a abordagem da dor (PROSPECT).

[Eur J Anaesthesiol 2025 Oct 13. doi: 10.1097/EJA.0000000000002296. Online ahead of print.](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000002296)

Recomendações PROSPECT para gastrectomia vertical laparoscópica – [infográfico](#)

Recomendações para gastrectomia vertical laparoscópica

Uma atualização de revisão sistemática com
recomendações para o controlo da dor pós-operatória

Desenho do estudo

432 artigos

→ 39 ECRs, 2 RS*

→ Recomendações



Critérios de inclusão (atualização):
ECRs e RS publicados entre 1 de setembro de 2018 e 4 de fevereiro de 2024, avaliando a intensidade da dor em doentes submetidos a gastrectomia vertical laparoscópica.

Cirurgiões



Processo Delphi modificado



Anestesiologistas



Controlo da dor pós-operatória após
gastrectomia vertical laparoscópica

Analgesia sistémica (básica)



Paracetamol e AINEs ou inibidores específicos da COX-2 administrados de forma contínua.



Dexametasona IV

Dose única de dexametasona intravenosa.



Analgesia regional

- Bloqueio TAP.
- Infiltração pré-incisional com anestésico local das portas cirúrgicas.
- O bloqueio TAP e a infiltração das portas cirúrgicas com anestésico local podem ser combinados. No entanto, deve ter-se atenção para evitar toxicidade sistémica provocada por anestésicos locais.



Opioides

Devem ser reservados para analgesia de resgate

Debel N, Snijkers E, et al. Pain management for laparoscopic sleeve gastrectomy: an update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. Eur J Anaesthesiol 2025 Oct 13.
doi: 10.1097/EJA.0000000000002296. Online ahead of print.

*Esta revisão sistemática baseia-se na revisão anterior, que incluiu dados de 18 ECRs.

AINE, anti-inflamatório não esteróide; COX, ciclooxygenase; ECR, ensaio clínico randomizado; IV, intravenoso; RS, revisão sistemática; TAP, plano transverso abdominal.

