

INDICAÇÕES ATUAIS E TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

AUTORES

SANTOS LOPES, Vitor
TERRA N. FILHO, Marcelo
GALBIATTI TOSTI, Lucas
FREM DI NARDO, Eduardo

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

ATIQUE GABRIEL, Sthefano

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

A obesidade é um importante agravamento à saúde, garantindo importante morbimortalidade no estado da saúde atual visto ser um fator de risco importante para doenças cardiovasculares e metabólicas. Este estudo visa uma revisão de literatura dos critérios de indicação de cirurgia bariátrica assim como das suas diferentes técnicas cirúrgicas. Foram pesquisados artigos pelas bases de dados Scielo e PubMed com os termos: “Cirurgia Bariátrica” e “Bariatric Surgery”, também revisados conceitos presentes na literatura de referência atual e nas leis brasileiras vigentes. A última resolução do CFM, reconhecendo o papel da cirurgia no tratamento das comorbidades associadas ao estado de obesidade, ampliou o leque de doenças que entram como critérios na indicação do processo cirúrgico. Concluímos que a cirurgia bariátrica possui alta taxa de sucesso no que se refere à perda de peso e tratamento de doenças associadas, estas que geralmente acompanham tal estado mórbido. Sob protocolos de investigação científica e conforme a normatização estabelecida no CFM e no Conep, cirurgias experimentais podem ser realizadas, necessitando de mais dados para estabelecer recomendações específicas sobre as mesmas.

PALAVRAS - CHAVE

Cirurgia Bariátrica; Cirurgia metabólica; Obesidade mórbida

ABSTRACT

Obesity is an important health problem, guaranteeing important morbidity and mortality in the current state of health as it is an important risk factor for cardiovascular and metabolic diseases. This study aims at a literature review of the criteria for indicating bariatric surgery as well as its different surgical techniques. Articles were searched through the Scielo and PubMed databases with the terms: "Bariatric Surgery" and "Bariatric Surgery", also revised concepts present in the current reference literature and in the current Brazilian laws. The latest CFM resolution, recognizing the role of surgery in the treatment of comorbidities associated with the state of obesity, expanded the range of diseases that come as criteria in the indication of the surgical process. We conclude that bariatric surgery has a high success rate in terms of weight loss and treatment of associated diseases, which usually accompany such a morbid state. Under scientific research protocols and in accordance with the norms established in CFM and Conep, experimental surgeries can be performed, requiring more data to establish specific recommendations about them.

Key Words: Bariatric Surgery; Metabolic Surgery; Morbid Obesity

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma importante causa de morbimortalidade mundial, sendo um fator de risco importante para doenças cardiovasculares e metabólicas. É definida como um estado de excesso de massa adiposa nos tecidos, que deve ser distinguido do aumento do peso corpóreo, este último podendo ser devido a um aumento de massa muscular apenas, que não traz os mesmos riscos e comorbidades (Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al; 2007).

O dado mais utilizado para diagnóstico e classificação é o Índice de massa corpórea (IMC), calculado pela seguinte fórmula: massa/altura^2 (kg/m^2). Um IMC na faixa de 30 já entra como critério de classificação de obesidade, tanto em homens como em mulheres (ABESO, 2016). Alguns estudos sugerem certos riscos naqueles que possuem um IMC entre 25 e 30, classificamos estes como sobrepeso.

O tratamento cirúrgico da obesidade, conhecido como cirurgia bariátrica, teve sua origem em 1950 com as cirurgias que visavam a correção de hiperlipidemias severas. Em 1960 se iniciaram as cirurgias de bypassjejunoileal visando a perda de peso, esta técnica foi substituída com o passar do tempo. Utilizando-se atualmente técnicas com baixa mortalidade cirúrgica e efetividade consistente, é comprovado uma perda de peso mantida a longo termo e queda da mortalidade total dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al; 2007).

São utilizados critérios para estabelecer qual população se beneficiará com a cirurgia. Em 2016 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a resolução CFM nº 2.131/2015 que modificou alguns aspectos das indicações de cirurgia bariátrica. Os critérios vigentes levam em consideração fatores como idade, IMC e comorbidades associadas (Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.131/2015).

2. OBJETIVO

Apresentar uma revisão de literatura dos critérios de indicação de cirurgia bariátrica e suas diferentes técnicas. Com isso facilitando a orientação acadêmica e profissional quanto aos atuais conceitos e às indicações vigentes que abrangem o tema de cirurgia bariátricas.

3. METODOLOGIA

O método utilizado para este estudo foi uma revisão de literatura do tipo narrativa. Foram pesquisados artigos pelas bases de dados Scielo e PubMed, utilizando os seguintes termos: “Cirurgia Bariátrica” e “Bariatric Surgery”. Foram revisados conceitos presentes na literatura de referência atual e nas leis brasileiras vigentes.

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Indicações e Critérios

A cirurgia bariátrica é comprovadamente mais eficaz no processo de perda de peso que o tratamento medicamentoso, no entanto há riscos inerentes do processo cirúrgico que torna necessário um processo de seleção criterioso de quais são os pacientes que realmente podem se beneficiar do procedimento.

Diferenças foram estabelecidas da última resolução do CFM postada em 2016 em relação às normas vigentes até tal ano. Das comorbidades associadas a um IMC maior que 35 kg/m^2 , importante critério bariátrico, foram adicionadas 21 doenças à lista. O processo cirúrgico quando realizado em menores de 18 anos agora requer novas exigências. Cirurgias de caráter experimental são permitidas quando dentro das normas dos protocolos específicos e devem ser aprovadas na comissão de novos procedimentos do CFM.

1. Quanto ao IMC:

-IMC maior ou igual a 40 kg/m^2 .

-IMC maior que 35 kg/m^2 associado a comorbidades específicas.

Entram nesta última indicação doenças que são agravadas pela obesidade ou consequências desta, assim sendo tratadas e se beneficiando da correção cirúrgica. São elas: diabetes, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto de miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumorcerebri), estigmatização social e depressão (RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/2015).

2. Quanto à idade:

São candidatos à cirurgia bariátrica os pacientes entre 18 e 65 anos. Aqueles que desviam deste número ainda sim podem ser operados, individualizando os riscos e benefícios de cada caso e respeitando as normas específicas.

Entre 16 anos completos e 18 anos, pacientes podem ser operados, contudo é necessário a autorização de pais ou responsáveis legais, um pediatra na equipe multidisciplinar, deve ser observada a consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos e outras precauções específicas. Esse tipo de cirurgia em menores de 18 anos ainda é de caráter experimental, sendo realizada apenas sob as normas do sistema CEP/CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa).

Nos pacientes com faixa etária acima de 65 anos analisamos o risco cirúrgico, expectativa de vida e comorbidades sempre individualizando cada caso sob uma avaliação multiprofissional.

3. Tratamento Prévio

O paciente que cumpre os critérios citados precisa de um tempo mínimo de 2 anos de tratamento clínico insatisfatório.

4. Precauções:

Alguns outros fatores entram na avaliação de indicação cirúrgica do paciente obeso. É avaliado o uso de drogas ilícitas ou alcoolismo; quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados; compreensão do paciente quanto aos riscos e o porte da cirurgia a ser realizada; acompanhamento multidisciplinar pós-operatório.

Diferentes técnicas cirúrgicas

Discutimos aqui os procedimentos cirúrgicos reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina dividindo os mesmos em cirurgias em “não derivativas” e “derivativas. Cirurgias derivativas são aquelas que desviam o trânsito gastrointestinal normal, possuem riscos característicos que acompanha o processo da diminuição da absorção intestinal.

Cirurgias Não derivativas

1. Banda gástrica ajustável

Pode ser feita por laparoscopia, visa a instalação de uma prótese ajustável na região da cardia, 1cm da junção esofagogástrica. O diâmetro da prótese pode ser ajustado, no pós-operatório, com uma injeção de líquido.

Como vantagem pode-se individualizar a restrição da banda para cada paciente, podendo ser ajustada no pós-operatório. É uma cirurgia minimamente invasiva e de total reversibilidade. Apresenta baixos índices de síndromes disabsortivas pois preserva o trânsito intestinal normal. Estudos randomizados comprovam uma maior efetividade em comparação com a terapia medicamentosa no processo de perda de peso a longo termo, sendo resolutive também no aspecto da diabetes (Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, et al; 2008) e comorbidades associadas (O'Brien PE, MacDonald L, Anderson M, et al; 2013).

Apresenta uma menor redução de peso no primeiro ano do que outras técnicas como o By-pass gástrico em Y de Roux e o Sleeve gástrico. Há o risco de dilatação esofagiana por conta de uma obstrução secundária a um escorregamento da banda. Vêm sendo cada vez menos indicada devido alto grau de insucesso e reabordagens para segundos procedimentos.

2. Gastrectomia Vertical

Esta é uma técnica simples que envolve a ressecção vertical de cerca de 80% do estômago. O estômago é grampeado cirurgicamente em sua extensão, formando um tubo gástrico com a ressecção da curvatura maior. É feita preferencialmente laparoscópica e de rápida realização. Está relacionada com um menor tempo cirúrgico e tendência a um menor número de complicações (Peterli R, Borbely Y, Kem B, et al; 2013).

As vantagens deste tipo de cirurgia bariátrica são a redução dos níveis de grelina, preservação do piloro, menor índice de síndrome disabsortiva comparada com o By-pass em Y de Roux e, além disso, poder ser convertida em segundo tempo a outro tipo de cirurgia. A redução dos níveis de grelina ocorre devido à ressecção do fundo gástrico, um dos principais locais de produção deste hormônio, sendo que sua redução está relacionada com uma consequência vantajosa no paciente obeso: a diminuição da fome. Pode ser uma indicação ideal para pacientes já com deficiências de absorção vitamínica, por maior preservação da função intestinal.

De desvantagem podemos citar a deiscência pós-cirúrgica na linha de tecido gástrico grampeada, que aparece ser ligeiramente mais comum que no By-pass em Y de Roux e de mais difícil correção. Possui índice de mortalidade semelhante ao By-pass em Y de Roux e à banda gástrica ajustável laparoscópica.

Cirurgias Derivativas

1. By-pass em Y de Roux

Nesta técnica o alimento é desviado de 95% do trajeto normal do estômago e duodeno, além de parte do jejuno. A capacidade gástrica tem seu tamanho reduzido para 50 ml ou menos, sendo então feita uma anastomose em y com a alça do jejuno. Distalmente a esta, é realizada outra anastomose contendo o trânsito gástrico e duodenal com suas secreções. Pode ainda ser utilizada um anel de silicone restritivo no processo.

O índice de perda de peso inicial oscila em torno de 80% utilizando esta técnica. Uma complicação importante e específica é a deiscência da anastomose distal ou proximal. A maioria dos pacientes mantém um controle a longo termo significativo do diabetes, com exceção daqueles que com um ganho ponderal importante (Kim S, Richards W; 2010). Citamos também complicações de tromboembolismo, eventos coronários, obstrução intestinal, deficiência vitamínica.

Uma alteração pós-operatória frequentemente relatada é a síndrome de *dumping*, apesar de ocorrer na maioria das operações gástricas. Esta consiste numa gama de sintomas relacionados com o esvaziamento gástrico acelerado. Os sintomas se iniciam dentro de 30 minutos da alimentação, onde paciente apresenta com sudorese, sensação de calor e plenitude, seguida de então importante fraqueza e outros comemorativos. O

primeiro mês de cirurgia geralmente é o mais crítico, com pequena quantidade de alimento podendo desencadear esta síndrome (Cambi MPC, Marchesini JB; 2002).

2. Derivação biliopancreática (DBP/S) com gastrectomia horizontal

Também conhecida como derivação biliopancreática tipo Scopinaro, possui seu mecanismo da perda de peso por consequência da má absorção de calorias e lipídios. Consiste numa gastrectomia horizontal, seguida de ressecção de todo jejuno e um segmento do íleo. A alça intestinal não ressecada torna-se via comum para o segmento gástrico e o bileopancreático.

Tem-se uma perda de cerca de 80% do excesso de peso. Deve ser indicada com cautela pois está associada a sérias consequências disabsortivas. Como efeitos adversos citamos diarreia crônica, flatus fétidos e deficiência de vitaminas lipossolúveis.

A complicação mais importante neste tipo de cirurgia derivativa é a desnutrição proteica. Ocorre geralmente dentro dos primeiros meses após a cirurgia, mas pode ser evidenciado esporadicamente. O tratamento consiste em hospitalização com nutrição parenteral. Outra complicação importante é a deficiência da absorção de vitaminas lipossolúveis, sendo as vitaminas A e D as que se encontram principalmente com os níveis séricos deficientes.

3. Derivação biliopancreática com duodenal switch (DBP/DS)

Derivada da técnica Derivação biliopancreática com gastrectomia horizontal. Consiste numa gastrectomia vertical, com anastomose do íleo com a porção duodenal. É configurado um desvio do trânsito bileopancreático, que desemboca no intestino delgado distal.

Este tipo de técnica possui uma eficácia no processo de perda de peso semelhante aos demais tipos de técnicas, no entanto está menos relacionada com efeitos adversos devido ao trânsito acelerado intestinal (Síndrome de *dumping*). Isto devido ser uma técnica que comporta um volume alimentar maior que outros tipos de cirurgia ((Anthone GJ, Lord RV, DeMeester TR, Crookes PF; 2003).

Há comprovada eficácia na resolução de comorbidades como hipertensão, diabetes, apneia do sono, dislipidemias (SABISTON, 2016). Complicações como flatulência excessiva, flatus fétido, mal absorção de vitaminas e desnutrição são riscos a ser tomados.

4. CONCLUSÃO

Notamos que a cirurgia bariátrica se destaca pela sua alta taxa de sucesso no processo de perda de peso e tratamento de doenças associadas, agravadas pelo estado mórbido. A última resolução do CFM, discutida neste estudo, reconhece a importância destas comorbidades aumentando o leque de doenças que entram em seus critérios. Destacamos a importância da equipe multidisciplinar no aconselhamento dos pacientes que vão se submeter a esta cirurgia, mudanças do hábito de vida são essenciais no pós-operatório.

As técnicas cirúrgicas possuem um contexto histórico importante, com o melhor conhecimento da fisiopatologia e o desenvolvimento de novas técnicas algumas foram deixadas em desuso, hoje há alternativas que devem ser seguidas de acordo com seus benefícios e riscos. Características importantes devem ser levadas em consideração na escolha de uma técnica cirúrgica sobre outra, como comorbidades do paciente, situação nutricional do mesmo, cirurgias prévias, se há acompanhamento multidisciplinar que possa estabelecer um melhor acompanhamento nutricional.

Cirurgias experimentais podem ser realizadas conforme a normatização estabelecida no CFM e no Conep e sob protocolos de investigação científica, necessitando de mais dados para estabelecer recomendações específicas sobre a mesma.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al: Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 357:753–761, 2007.

Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al: Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 357:741–752, 2007.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. – 4ª ed. – São Paulo, SP.

Brasil, Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.131/2015.

O'Brien PE, MacDonald L, Anderson M, et al: Long-term outcomes after bariatric surgery: Fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. *Ann Surg* 257:87–94, 2013.

Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, et al: Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *JAMA* 299:316–323, 2008.

Peterli R, Borbely Y, Kem B, et al: Early results of the Swiss Multicentre Bypass or Sleeve Study (SM-BOSS): A prospective randomized trial comparing laparoscopic sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg* 258:690-694, discussion 695, 2013.

Kim S, Richards W: Long-term follow-up of the metabolic profiles in obese patients with type 2 diabetes mellitus after Roux-en-Y gastric bypass. *Ann Surg* 251:1049-1055, 2010.

Cambi MPC, Marchesini JB. Acompanhamento clínico, dieta e medicação. In: Garrido Júnior AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szegö T, eds. *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002:255-256.

Anthone GJ, Lord RV, DeMeester TR, Crookes PF. The duodenal switch operation for the treatment of morbid obesity. *Ann Surg*. 2003;238(4):618-628. doi:10.1097/01.sla.0000090941.61296.8f

Townsend, CM et al. *Sabiston Textbook of Surgery*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2016.