

Cirurgia bariátrica: Indicações de tratamento.

Leonardo Sapucaia Tosta Santos*

*Fisioterapeuta. Ambulatório de Emagrecimento e Comorbidades Relacionadas à Obesidade (AECRO) da clínica DIAGNOSE ATENDIMENTOS MÉDICOS. Salvador, BA. Endereço da Instituição: Av. Dorival Caymmi, 36. Itapuã. Salvador, BA. (71)3375-1208.

Resumo

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Na prática clínica utiliza-se o IMC (Índice de Massa Corporal) como parâmetro para classificação da obesidade. Como a obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. Deve ficar clara a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós-operatório. A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente dos múltiplos aspectos clínicos do doente.

Palavras-chave: obesidade, IMC, avaliação, tratamento.

Abstract

Obesity is a chronic disease characterized by excessive accumulation of fat in the body. In clinical practice uses the BMI (Body Mass Index) as a parameter for classification of obesity. As obesity is a chronic medical condition of multifactorial etiology, treatment involves a variety of approaches. It should be a clear need for clinical assessment, psychiatric and laboratory on a regular basis in the before and postoperative. The indication of surgical treatment should be based on a comprehensive analysis of multiple clinical aspects of the patient.

Key words: obesity, BMI, assessment, treatment.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua prevalência vem crescendo acentuadamente nos últimas décadas e os custos com suas complicações atingem cifras de bilhões de dólares. Considera-se obesidade quando, em homens, há mais do que 20% de gordura na composição corporal e, em mulheres, mais do que 30%. Na prática clínica, na maior parte dos estudos e na classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado dividindo-se o peso corporal, em quilogramas, pelo quadrado da altura, em metros quadrados. (Monteiro, 1998)

Quando o IMC encontra-se acima de 30 kg/m² fala-se em sobrepeso grau II ou obesidade. Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando o IMC está entre 35 e 39,2 kg/m² e obesidade grau III quando o IMC ultrapassa 40kg/m². Como a obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos anti-obesidade são os pilares principais do tratamento. Entretanto, o tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais. A cirurgia gastrointestinal para a obesidade é uma opção para as pessoas com obesidade mórbida e que não conseguem perder peso pelos métodos tradicionais ou para quem sofre de problemas de saúde relacionados à obesidade mórbida. (Segal, 2002)

Indicação de tratamento cirúrgico para obesidade mórbida

A presença da obesidade grau III está associada à piora da qualidade de vida, a alta frequência de comorbidade, a redução da expectativa de vida e a grande probabilidade de fracasso dos tratamentos menos invasivos. A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos clínicos do doente. A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar. São candidatos ao tratamento cirúrgico pacientes com o IMC maior que 40 kg/m² ou com IMC superior a 35 kg/m² associado à comorbidade tais como

apnéia do sono, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, dislipidemias e dificuldades de locomoção, entre outras de difícil manejo clínico.

A seleção de pacientes requer um mínimo de cinco anos de evolução da obesidade com fracasso dos métodos convencionais de tratamento realizados por profissionais qualificados. Deve ficar clara a necessidade de avaliação clínica, laboratorial e psiquiátrica de forma regular nos períodos pré e pós-operatório. O controle da obesidade através do procedimento cirúrgico é feito por um mecanismo de restrição e/ou má-absorção dos alimentos ingeridos. Segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade são reconhecidas três técnicas cirúrgicas: gastroplastia vertical com bandagem (GVB), Lap Band e gastroplastia com derivação gastro-jejunal.

Nos últimos anos vem predominando a tendência em se associar a redução do reservatório gástrico (volume variando de 20 a 50ml) e a restrição ao seu esvaziamento pelo anel de contenção (orifício menor que 1,5 cm) a um pequeno prejuízo na digestão através de uma derivação gástrica-jejunal em Y de Roux. A técnica mais utilizada foi proposta por Fobi e Capella, simultânea, porém separadamente, nos Estados Unidos. Com este procedimento a ingestão de carboidratos simples pode ocasionar a chamada síndrome de “dumping” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia). Esta síndrome desempenha importante papel na manutenção da perda de peso, porém tende a ser tempo-limitada. É uma operação segura, com baixa morbidade e que mantém perdas médias de 35% a 40% do peso inicial em longo prazo.

A cirurgia estaria contra-indicada em pessoas com doenças pulmonares graves, insuficiência renal, lesão acentuada do músculo cardíaco e cirrose hepática.

Tipos de procedimento

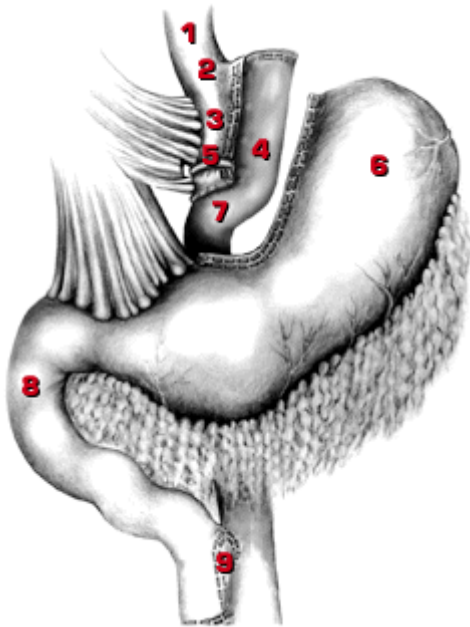
A cirurgia bariátrica é classificada em duas categorias: restritiva e disabsortiva.

Os procedimentos restritivos promovem a perda de peso pelo fechamento de partes do estômago para torná-lo menor, assim restringe a quantidade de alimento que o estômago comporta. Os procedimentos restritivos não interferem com o processo digestivo normal. Como resultado dessa cirurgia, a maioria das pessoas perde a capacidade de comer grande quantidade de comida de uma só vez. Após a operação, as

pessoas usualmente conseguem comer apenas $\frac{3}{4}$ a 1 xícara de alimento sem desconforto ou náusea. Os alimentos também devem ser bem mastigados. (Capella, 1996)

Os procedimentos disabsortivos, as cirurgias mais comuns para a perda de peso, combinam a restrição do estômago com um desvio parcial do intestino delgado. É criada uma conexão direta do estômago para um segmento inferior do intestino delgado, reduzindo as porções do trato digestivo que absorvem as calorias e os nutrientes. A técnica mais utilizada é chamada de Y de Roux, que utiliza um anel de contenção para a redução do estômago. (capella, 1996)

Gastroplastia Dr. Capella



1. **Esôfago**
2. **Junção Esôfago - estômago**
3. **Nova bolsa de estômago (25 ml de capacidade)**
4. **Intestino para separar a nova bolsa e o estômago remanescente**
5. **Anel de Estreitamento como da ampulheta**
6. **Estômago excluído**
7. **Junção entre a nova bolsa e o intestino**
8. **Duodeno**
9. **Junção do intestino**

Benefícios e riscos

Logo após a cirurgia, a maioria das pessoas perde peso rapidamente e mantém essa perda por 18 a 24 meses após o procedimento. Embora a maioria das pessoas readquira 5% a 10% do peso perdido, muitas mantêm a perda de peso a longo prazo em cerca de 45 Kg. Além disso, a cirurgia melhora a maior parte das condições relacionadas à obesidade, como por exemplo, o diabetes tipo II. (Oria, 1998)

Cardiopulmonares

- Hipertensão
- Insuficiência cardíaca
- Edema
- Insuficiência Respiratória
- Síndrome de Hipoventilação da Obesidade
- Asma

- Diabetes
- Dislipidemia
- Esofagite

Ginecológicas

- Infertilidade
- Gestação e Parto
- Incontinência Urinária

- Cirrose e fibrose hepáticas
- Risco cirúrgico
- Osteoartrite
- Pseudotumor cerebral

Índices de Qualidade de vida

- Desemprego
- Depressão
- Ansiedade
- Autoestima
- Interação Social
- Mobilidade física

- Transtornos do Sono
- Tromboembolismo

Quanto maior a extensão do desvio intestinal, maior será o risco de complicações e deficiências nutricionais. Pessoas com maior alteração no processo normal de digestão irão necessitar de maior monitoramento e uso por toda a vida de alimentos especiais, suplementos, e medicações.

Um risco comum das operações restritivas são os vômitos, que são causados quando o estômago, agora menor, é excessivamente preenchido por alimentos mal mastigados. Em menos de 1% de todos os casos, infecção ou morte devido a complicações pode ocorrer.

Além dos riscos da cirurgia restritiva, as operações disabsortivas também podem levar a um grande risco de deficiências nutricionais. Isso ocorre porque o alimento não passará mais pelo duodeno e jejuno (as primeiras partes do intestino), onde a maior parte de ferro e cálcio são absorvidos. Aproximadamente 30% das pessoas que são submetidas à cirurgia para perda de peso desenvolvem deficiências nutricionais como anemia, osteoporose, e doença metabólica óssea. Essas deficiências usualmente podem ser evitadas se as vitaminas e minerais forem ingeridos adequadamente para cada caso.

Dez a 20% das pessoas que se submeteram à cirurgia para perda de peso necessitaram de outras operações para corrigir complicações. Hérnia abdominal tem sido a complicação mais comum que requer cirurgia posterior, mas as técnicas laparoscópicas (em que se realiza pequenos orifícios no abdome e opera-se por meio de vídeo) parecem ter solucionado esse problema. As pessoas com mais de 160 kg ou que já tenham feito alguma cirurgia abdominal não são boas candidatas para a laparoscopia. Outras complicações incluem náuseas, fraqueza, sudorese, debilidade e diarreias após a alimentação, principalmente com a ingestão de açúcares, devido ao rápido trânsito dos alimentos pelo intestino delgado. (Oria, 1998)

Ocorre também um aumento no risco de desenvolver pedras na vesícula devido à perda rápida e substancial de peso. Além disso, para mulheres em idade fértil, a gravidez deve ser evitada até que a perda de peso se torne estável porque a rápida perda de peso e as deficiências nutricionais podem causar danos para o desenvolvimento do feto.

Resultados

As cirurgias disabsortivas produzem maior perda de peso do que as restritivas e são mais efetivas em reverter os problemas de saúde relacionados com a obesidade grave. As pessoas que realizam a cirurgia disabsortiva geralmente perdem dois terços do excesso de peso dentro de dois anos.

Alimentando-se apenas nos horários de costume, o volume alimentar será bastante reduzido e a perda de peso ocorrerá na média de 2,5 kg./5,0 kg.por semana no primeiro mês. A partir daí a perda é mais lenta, sendo a perda em torno de 0,5/2,5kg. por semana por vários meses. Ao longo de 1 ano a perda de peso é de aproximadamente 40%, habitualmente estabilizando-se e mantendo-se neste patamar. A perda de peso

adicional é conseguida quando há associação com exercícios físicos (natação, caminhar, hidroginástica etc.). (Karlsson, 1998)

É importante salientar outros fatores na perda de peso: idade, sexo, raça. Como a perda de peso é porcentual, o mais obeso perde mais peso. O hábito alimentar não deve ser alterado em relação ao tempo (café da manhã, almoço, janta, lanche) e a qualidade. Ou seja, há redução no volume sem alterar a qualidade da alimentação.

Outro aspecto importante é de não despertar a sensação de fome exagerada ou mesmo tremor e mal estar por ter ingerido pouco alimento. Quanto à perda de peso 98% dos operados conseguem perder peso satisfatoriamente.

Embora as cirurgias restritivas levem a uma perda de peso na maioria das pessoas, elas são menos eficazes que as cirurgias disabsortivas em alcançar uma perda de peso substancial em longo prazo. Algumas pessoas readquirem o peso novamente. Outras são incapazes de mudar seus hábitos alimentares e falham na perda do peso que desejam. (Karlsson, 1998)

É importante ter em mente que a cirurgia não é uma garantia de sucesso. Os resultados dependem da força de vontade dos pacientes para adotar um plano a longo prazo de uma alimentação saudável e atividades físicas regulares.

Muitos pacientes depois de perder de peso ficam com sobra de pele. É impossível prever a quantidade de pele pendente que se desenvolverá. Isto depende principalmente da idade e a elasticidade natural da pele. Para pacientes com bastante pele pendente a opção é a cirurgia plástica.

Em geral, estes procedimentos não são executados antes de um ano após a cirurgia. As cirurgias mais frequentemente necessárias são a abdominoplastia, reduções do braço e coxas ou mesmo lipoaspiração.

Referências

Capella JF, Capella RF. **The weight reduction operation of choice: Vertical banded gastroplasty or gastric bypass?** Am J Surg 1996;171:74-9.

Consenso Latino Americano de Obesidade. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 1999;43:21-67.

Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. **Two-year follow up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity: Swedish Obese Subjects (SOS) – an intervention study of obesity.** Int J. Obes Relat Metab Disord 1998; 22:113-26.

Monteiro C. **Epidemiologia da obesidade.** Em: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade, São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 15-31.

Oria HE, Moorehead MK. **Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)** Obes Surg 1998;8:487-99.

Segal A, Fandiño J. **Indicações e Contra indicações para realização das Operações Bariátricas.** Rev Bras Psiq 2002;24 (Supl III):68-72.