

TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

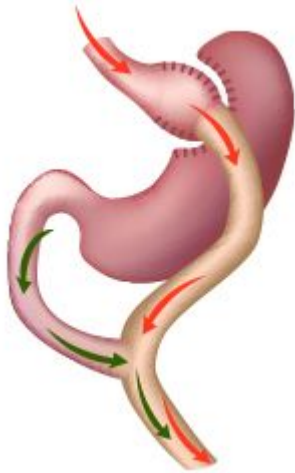
Desde a década de 70, a medicina vem procurando tratar a obesidade por meio de cirurgias, que contudo não fossem deletérias ao paciente. Muito já se tentou, e várias novas técnicas têm sido propostas, mas para serem realizadas com segurança, precisam passar por estudos clínicos e ter uma padronização regulamentada pela sociedade científica e aceita pela legislação vigente. Atualmente, duas técnicas se sobressaem como as mais realizadas em todo o mundo: a Gastrectomia Vertical (*Sleeve*) e o Desvio Gástrico em Y de Roux (*Bypass*).



O **Sleeve** consiste na retirada cirúrgica da maior parte do estômago, o fundo gástrico. Essa porção se distende para acomodar um volume maior, quando a pessoa se alimenta. Além disso suas células produzem a grelina, o chamado “hormônio da fome”. Com a inibição da produção de grelina, a sensação de saciedade é atingida mais rapidamente, reduzindo-se a sensação de fome. O novo estômago resulta num órgão bem menor, entre 100 a 200 mL de capacidade e menos suscetível à distensão. Esse mecanismo resulta numa perda de peso rápida. O trato digestivo continua como um tubo único e contínuo, sem bifurcações ou desvios, dessa forma não são criados espaços que possam formar hérnias. A secreção de ácidos e a absorção de certos nutrientes que ocorre no estômago são menos modificadas que em outras técnicas. Mas, como sempre, existem algumas desvantagens. O interior do estômago resultante, torna-se uma zona de alta pressão. Isso favorece o aparecimento de refluxo gastro-esofágico e, se feito num formato muito estreito, força as linhas de grampos o que poderia causar uma fístula ou vazamento do suco gástrico, uma condição delicada. Devido a isso, não recomendamos essa técnica em pacientes com doença do refluxo muito sintomática e procuramos padronizar o estreitamento do estômago até determinado limite.

Essa técnica foi idealmente proposta, na década de 90, para tratar grandes obesos por cirurgia em dois tempos. A primeira seria o *Sleeve*, que é uma cirurgia mais

rápida, e após a redução do risco cirúrgico pela perda de peso inicial em alguns meses, seria feita a parte final que consistiria num desvio intestinal, semelhante ao que se faz no “duodenal switch” (veja adiante). O resultado foi que cada vez mais pacientes optaram por não fazer a segunda cirurgia, pois a perda de peso obtida já tinha sido satisfatória. Desde então, tem sido a técnica mais escolhida ao redor do mundo. É importante lembrar que no caso de reganho de peso, nessa técnica, há sempre a opção de se realizar a segunda cirurgia proposta na técnica original.

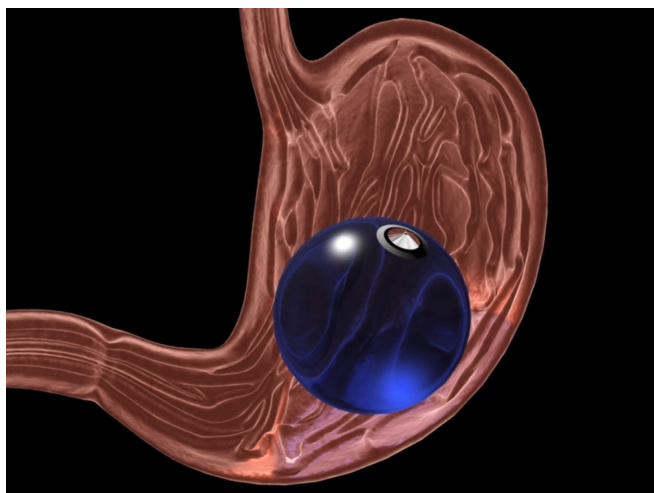


O **Bypass** é a técnica mais utilizada e mais estudada desde o início das cirurgias bariátricas. Ainda hoje, é a mais realizada no Brasil. Consiste na divisão do estômago e intestino em partes funcionante e não funcionante, que ficam interligadas formando um Y. Essa técnica mescla uma restrição da capacidade do estômago com uma redução da capacidade de absorção do intestino. Cerca de 85 a 95% do estômago e 30% do intestino delgado são “desviados” do trajeto por onde passam os alimentos, mas nada dos órgãos é de fato removido do organismo. Essa técnica promove uma importante redução na produção de ácido pelo estômago funcional, estando melhor indicada para os pacientes com doença do refluxo importante. Por outro lado, nutrientes e elementos que precisam de um meio ácido para serem absorvidos, como o ferro, podem sofrer uma deficiência relativa, necessitando de um acompanhamento mais rígido de sua reposição após a cirurgia. Essa técnica cirúrgica é um procedimento mais longo e requer maior habilidade do cirurgião, mas teoricamente fornece um mecanismo mais completo para a perda de peso em comparação ao Sleeve. A conformação geométrica em Y, em vez de um tubo único, requer alguns cuidados adicionais, para evitar hérnias internas e casos de obstrução intestinal. Os espaços formados durante a cirurgia devem idealmente ser fechados para evitar tais complicações. A reposição de vitaminas é a mesma para ambas as técnicas cirúrgicas e somente o acompanhamento pós-operatório vai mostrar a necessidade real de cada paciente, que costuma variar bastante. O acompanhamento pós-operatório também é o mesmo para ambas as técnicas.



A **Banda Gástrica Ajustável** consiste na colocação cirúrgica de uma cinta ajustável em torno da porção superior do estômago, causando um mecanismo de restrição de volume, que promove a perda de peso. Tem caído em desuso atualmente devido a alta taxa de recorrência da obesidade após sua retirada e à grande incidência de complicações por erosão dos órgãos pelo material da banda.

O **Duodenal Switch** é uma técnica cirúrgica mais complexa, idealizada para pacientes com obesidade extrema, em dois tempos cirúrgicos, como descrito anteriormente. A deficiência da absorção ocasionada por essa técnica aumenta muito a incidência de complicações e transtornos nutricionais, reservando seu uso a caso muito específicos.



O **Balão Gástrico** tem ganhado espaço mais recentemente como opção terapêutica pré-operatória, para reduzir o risco da cirurgia em pacientes grandes obesos e naqueles pacientes que não contemplam os requisitos para o tratamento cirúrgico. É colocado no interior do estômago por endoscopia e inflado com líquido. Tem boa eficácia durante sua permanência (até 6-10 meses), mas a taxa de ganho de peso após sua retirada é elevada.