

Hoje, a colocação de balão, vem ganhando espaço, destacando-se como a principal arma endoscópica para tratamento da obesidade, quando acompanhada de mudança de estilo de vida, atividades físicas e acompanhamento nutricional (destaca-se a necessidade de equipe multiprofissional, não apenas a colocação do balão pelo gastroenterologista). Porém, dentre vários aspectos relacionados a terapêutica com balão, um tem sido motivo de discussão: A colocação/retirada, deve ser feita sob anestesia, sedação, em clínicas ou hospitais ? Tal discussão se justifica por dois pontos principais, que seriam a segurança do procedimento para o paciente, e os custos envolvidos, já que em grandes centros, internação para anestesia e recuperação podem elevar os custos a valores que podem se aproximar dos cobrados por cirurgias bariátricas.

Discutindo este aspecto, Messina T. e cols; (Intragastric ballon positioning and removal : Sedation or general anesthesia ?), realizaram um estudo, onde avaliaram os resultados de diferentes protocolos de sedação e anestesia, com relação a saturação de oxigênio, estabilidade hemodinâmica, complicações anestésicas diversas, mortalidade e satisfação do cliente.

Foram incluídos entre 2000 a 2008, cerca de 3844 pacientes (2802 pacientes de sexo feminino, idade média de  $40 \pm 15$  anos, IMC médio de  $45 \pm 10$  Kg/m<sup>2</sup>), divididos em três grupos, conforme o procedimento de colocação e retirada: A- Sedação consciente (lidocaína tópica e diazepam/midazolam) com 2787 pacientes. B- Sedação profunda ( propofol apenas ou propofol com meperidina/fentanil e midazolam/diazepam) com 621 pacientes e C- Anestesia geral (Propofol com miorelaxante e intubação orotraqueal) com 416 pacientes). Não houve mortes em nenhum grupo, não houve alteração de saturação periférica de oxigênio importante em nenhum dos grupos. Houve episódios de broncoaspiração apenas no grupo de anestesia geral (definido com queda de saturação até 20%), com 20 casos (5%). Por fim, a recuperação do status mental e motor foi mais lento no grupo C.

Apesar de retrospectivo, e portanto sujeito a viés, principalmente de seleção, o estudo mostra que a conduta de colocação e retirada possa ser realizada apenas com sedação. O autor ainda destaca que esta modalidade, não causa abolição do reflexo de tosse, fundamental para evitar broncoaspiração. Também destaca, que artigos anteriores , om menor número de pacientes, já demonstravam a segurança do procedimento apenas com sedação, porém, sempre na presença de anestesista.

Atualmente, realizo os procedimentos com balão sempre com anestesista em clínica, tendo como primeira escolha a sedação profunda. Porém,todos os pacientes são avaliados pela mesma equipe de anestesia, e quando esta recomenda anestesia geral (normalmente obesos com IMC acima de 55, múltiplas comorbidades, comorbidade grave ou possibilidade de via área difícil), o procedimento é feito em hospital. A equipe fixa de anestesia é fundamental, pois conhecendo o paciente, e principalmente o procedimento, pode atuar de forma mais linear e resolutiva. Destaco que a clínica deve estar preparada para tais procedimentos, devendo contar com material de ressuscitação, IOT, oxigênio suplementar (e outras conforme necessário para realizar procedimentos com sedação conforme RDC-6 [Http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0006\\_10\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0006_10_03_2013.html)), além de materiais específicos para o procedimento , como agulha e grasper (mais de uma), overtube tipo gástrico, e pinça de corpo estranho de faringe (tipo Maguile), fundamental para retirada do balão preso no cricofaríngeo (em geral pelo anestesista, com facilidade pela laringoscopia).

Também destaco a necessidade de dieta líquida exclusiva, por pelo menos dois dias (indicamos cinco, além de uso de coca-cola) associado a jejum prolongado, medidas fundamentais pra que o estomago se

encontre vazio , ou pelo menos que os resíduos possam ser aspiráveis. Por fim, quando há excesso de resíduos não aspiráveis, optamos por suspender o procedimento, com novo período de dieta e nova tentativa, e caso ocorra de não ser possível a retirada por resíduos, indicamos o procedimento em centro cirúrgico, com intubação orotraqueal.

[Veja um vídeo de retirada de balão aqui !](#)

Artigo original :

Messina T, Genco A, Favaro R, Maselli R, Torchia F, Guidi F, Razza R, Aloï N, Piattelli M, Lorenzo M. Intragastric balloon positioning and removal: sedation or general anesthesia? Surg Endosc. 2011 Dec;25(12):3811-4. doi: 10.1007/s00464-011-1794-y. Epub 2011 Jun 9. PubMed PMID: 21656325.

Link para o artigo : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21656325>

