

- A obesidade representa importante fator de risco para diversas doenças do trato gastrointestinal: Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), hérnia hiatal, esôfago de Barrett, Doença Hepática Gordurosa Não-Alcoólica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, entre outras.

- A cirurgia bariátrica em pacientes apropriadamente selecionados resulta em perda de peso significativa e duradoura, assim como na resolução ou melhora das comorbidades relacionadas;

• PORQUE REALIZAR

- Múltiplos estudos publicados têm demonstrado que endoscopia de rotina antes da cirurgia pode identificar uma variedade de condições - incluindo hérnia hiatal, esofagite, esôfago de Barrett, úlceras e tumores - que poderiam alterar o planejamento cirúrgico;

- Embora a maioria dos pacientes com anormalidades nesses estudos fosse assintomática, os achados endoscópicos resultaram em alteração da abordagem cirúrgica ou adiamento da cirurgia de 1% a 9% dos pacientes;

- Segundo a ASGE, pacientes com sintomas de DRGE, como queimação retroesternal, regurgitação, disfagia ou outros sintomas pós-prandiais que sugiram alguma patologia do trato gastrointestinal e/ou quem faz uso crônico de anti-secretores devem ser submetidos a endoscopia digestiva alta antes da cirurgia bariátrica;

- Lembrando ainda que guidelines atuais recomendam endoscopia digestiva alta para todos os pacientes com sintomas dispépticos, independente se irão se submeter a cirurgia ou não.

- O guideline da European Association for Endoscopic Surgery orienta que a endoscopia é aconselhável para todos os pacientes que serão submetidos a procedimentos bariátricos e recomendam fortemente para os que serão submetidos a Bypass Gástrico em Y de Roux;

• PORQUE NÃO REALIZAR

- Mesmo com esses estudos, o valor da endoscopia de rotina antes da cirurgia bariátrica em pacientes assintomáticos, como rastreamento, permanece controverso. Considerando a relativa fraca correlação entre a maioria das lesões descobertas nas endoscopias de rastreamento com sintomas, o custo do procedimento, o fato de ser invasivo e o incentivo a avaliações secundárias desnecessárias por achados irrelevantes, muitos autores advogam por não realizar endoscopia em pacientes assintomáticos;

- Além disso, o risco da sedação em pacientes obesos mórbidos é maior devido a maior incidência de DPOC, apneia obstrutiva do sono, hipertensão pulmonar e doenças cardíacas. Portanto é de extrema importância que procedimentos endoscópicos neste grupo de pacientes sejam realizados em locais seguros, com um time de anestesistas bem treinado nas complicações que estes pacientes apresentam;

• PESQUISA E TRATAMENTO DO H.PYLORI PRÉ-CIRURGIA

- Existem dados conflitantes sobre pesquisar e tratar o H.pylori antes da cirurgia bariátrica, com relação aos resultados cirúrgicos, e estudos adicionais são necessários;

- Um estudo com 422 pacientes submetidos a Bypass Gástrico em Y de Roux por laparoscopia demonstrou que a presença do H.pylori não estava associado ao aumento do risco de úlcera marginal ou gastrite do pouch;

- Outro estudo envolvendo 682 pacientes submetidos a gastrectomia vertical laparoscópica falhou em demonstrar associação entre status do H.pylori e eventos adversos no pós-operatório. Portanto, segundo a ASGE, pesquisa e erradicação do H.pylori antes da cirurgia bariátrica deve ser individualizada;

- Porém deve ser lembrado que a erradicação do H.pylori é considerada como tratamento de primeira linha para sintomas dispépticos, mesmo antes da investigação endoscópica. Atualmente, a intenção do tratamento é evitar o surgimento de alterações pré-neoplásicas (gastrite atrófica e/ou metaplasia intestinal). Considerando que os esquemas antibióticos atuais erradicam a bactéria em cerca de 75% dos casos, é fortemente sugerido que se deve confirmar a erradicação.

• **POR FIM:**

- A ASGE sugere que a decisão de realizar endoscopia pré-operatória deve ser individualizada em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, após discussão detalhada com a equipe da cirurgia, levando em consideração o tipo de cirurgia que será realizada (especialmente se a técnica deixará o estômago excluído).

- Não há evidências científicas que comprovem associação de *H.pylori* a complicações no pós-operatório. Porém, se for conduta do cirurgião investigar o *H.pylori* antes da cirurgia bariátrica, a erradicação deve ser confirmada, uma vez que cerca de 25% dos pacientes não conseguirão erradicar a bactéria com o primeiro tratamento.

Referências:

1. De Palma GD, Forestieri P. World J Gastroenterol. Role of endoscopy in the bariatric surgery of patients 2014 Jun 28; 20(24): 7777–7784.
2. Campos JM, Usuy Jr EN, Silva LB, Galvão-Neto M, Passos MCF. Gastroenterologia e Endoscopia Bariátrica Terapêutica 2017 . 59-62.
3. ASGE guideline: The role of endoscopy in the bariatric surgery patient. Gastrointestinal Endoscopy. 2015 Volume 81, No. 5: 1063-1072.
4. Pappas PK, Gagne DJ, Donnelly PE, et al. Prevalence of Helicobacter pylori infection and value of preoperative testing and treatment in patients undergoing laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Relat Dis 2008;4:383-8.
5. Almazeedi S, Al-Sabah S, Alshammari D, et al. The impact of Helicobacter pylori on the complications of laparoscopic sleeve gastrectomy. Obes Surg 2014;24:412-5.

