

A obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções epidêmicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública moderna. A obesidade mórbida é definida como a presença de um IMC acima de 40. O tratamento cirúrgico para a obesidade mórbida está indicado para pacientes com IMC superior a 40 ou acima de 35 na presença de comorbidades.

Dentre da vasta gama de procedimentos bariátricos aceitos eticamente, o mais realizado atualmente é a gastroplastia laparoscópica tipo *Bypass*-Gástrico (Fobi-Capella ou Wittgrove e Clark) correspondendo a cerca de 65% a 70% dos procedimentos realizados. Esta técnica promove até 75% de perda do excesso de peso inicial no período de 18 a 24 meses (1) mas com um índice de falha a longo prazo variando de 10% a 35% (2). Em superobesos (IMC > 50), a impossibilidade em atingir um IMC inferior a 35 pode chegar até 60% dos casos (3).

Não existe consenso com relação aos critérios de sucesso ou falha da cirurgia. Poderiam ser utilizados critérios como perda de mais de 50% do excesso de peso e/ou IMC inferior a 35. Talvez os melhores indicativos de sucesso seriam a melhoria das comorbidades existentes antes da cirurgia ou até mesmo a melhoria na qualidade de vida relatada por cada paciente. Apesar dos excelentes resultados na perda de peso e resolução das comorbidades, cerca de 10% a 20% dos pacientes submetidos ao *bypass* gástrico apresentarão reganho de peso 5 a 10 após o procedimento (4).

Importante para o reganho de peso é o balanço entre as calorias ingeridas e as consumidas. Fatores como fome, capacidade do *pouch*, intolerância a certos alimentos e hábitos alimentares são os principais responsáveis pela ingesta calórica. Por outro lado, a atividade física, a taxa metabólica basal e massa corporal magra são responsáveis pelo gastos de calorias.

Após os procedimentos cirúrgicos bariátricos os pacientes apresentam redução de seu gasto energético basal, isto porque os pacientes perdem massa gorda, mas também muscular, levando à redução de sua taxa metabólica basal.

Nos casos de reganho de peso fica a dúvida se a falência na manutenção do peso foi devido ao paciente ou a cirurgia, sendo os principais fatores envolvidos:

1. Cirurgião:

- Escolha errada da técnica cirúrgica;
- Preparo pré-operatório inadequado;
- Procedimento cirúrgico com técnica inadequada.

2. Paciente ou cirurgião:

- Anatomia cirúrgica “desfeita”: dilatação do *pouch* e/ou da anastomose gastrojejunal, fístulas gastro-gástricas, perda da função do anel restritivo.

3. Paciente:

- Má adesão pós-operatória;
- Problemas hormonais, neurológicos;

- Maus hábitos alimentares;
- Transtornos de humor;
- Sedentarismo;

Com o passar dos anos muitos dos *pouches* dilatam e alongam. O intestino delgado também se “acomoda” e através de hiperplasia e hipertrofia. A síndrome de *dumping*, que no início serve como uma espécie de freio aos hábitos de ingestão de carboidratos acaba se “resolvendo” com o passar dos anos. Além disto as intolerâncias alimentares melhoram, o apetite retorna, o volume alimentar aumenta e as pressões culturais e sociais permanecem.

A adesão do paciente no pós-operatório aos retornos com a equipe multidisciplinar é fundamental. No *bypass* gástrico, o reganho geralmente inicia após 18 meses, principalmente naqueles que não têm boa adesão ao tratamento, que não mudaram seus hábitos de vida e alimentares, que perderam o *dumping* e que tiveram a anatomia de sua cirurgia “desfeita” ou alterada com o passar dos meses e anos.

A monitorização da dieta, a realização de atividade física regular, a busca ativa dos pacientes pelo cirurgião e sua equipe, bem como a indicação cirúrgica adequada para o paciente em questão, podem reduzir a incidência da falência do procedimento (6)

O reganho de peso tem sido atribuído à combinação de fatores anatômicos, comportamentais e psicológicos. Dentre os fatores anatômicos, a dilatação do *pouch* gástrico e/ou da gastrojejunoanastomose são as mais evidentes, levando à perda da restrição, com consequente perda da saciedade devido ao rápido esvaziamento gástrico e aumento da ingesta calórica, o que causaria reganho de peso pós-operatório (7).

O primeiro e mais importante passo no tratamento do reganho de peso é a reintrodução do paciente na equipe multidisciplinar caso ele tenha perdido o seguimento. A avaliação psicológica e ou psiquiátrica é mandatória, bem como a terapia nutricional e o incentivo à atividade física.

Revisões cirúrgicas vêm sendo utilizados com resultados satisfatórios porém com elevados índices de morbidade (15%) e mortalidade duas vezes maior (1%) quando comparados ao procedimento de *bypass* gástrico inicial e aos procedimentos endoscópicos atuais.

A maioria dos estudos utiliza como critérios um diâmetro superior a 20 mm como definição de dilatação da anastomose (8). Com relação ao *pouch* gástrico, a anatomia anormal é considerada quando o seu comprimento é superior à 6 cm e o diâmetro à 5 cm (9).

Dentre os procedimentos endoscópicos, com a finalidade de reduzir o diâmetro do *pouch* gástrico e/ou da anastomose gastrojejunal, com consequente aumento do tempo de esvaziamento gástrico e posterior saciedade mais precoce, destacam-se:

- a) Injeção endoluminal de esclerosante na anastomose (Morruato de Sódio);
- b) Redução endoluminal da anastomose gastrojejunal- *Endocinch* (Bard, Billerica, Massachusetts);
- c) Procedimento *ROSE- Restorative Obesity Surgery Endoluminal* (USGI, San Clemente, CA);

d) *Stomaphyx* (Endogastric Solutions, Redmond, Washington);

e) *OTSC Clip* (Ovesco AG, Tübingen, Germany);

f) *Overstitch* (Apollo Endosurgery, Inc Austin, TX);

g) Fulguração da anastomose gastrojejunal com argônio

O argônio vem sendo utilizado em cirurgias convencionais desde a década de 80 e, no campo da endoscopia, foi introduzido em 1991 (10).

A fulguração com gás argônio consiste em um método de eletrocoagulação sem contato, no qual a energia é aplicada ao tecido por meio do gás ionizado (corrente elétrica fluindo através de um gás é definida como plasma). A profundidade da penetração é de 1 a 3 mm (até a lâmina própria), embora alguns estudos evidenciem que quanto maior a intensidade, maior será a profundidade da lesão, chegando eventualmente à muscular da mucosa (11).

[YouTube Video](#)

Baretta et al. (12) demonstraram redução de mais de 66% no diâmetro da anastomose gastrojejunal após 3 sessões endoscópicas de argônio com intensidade de 70W a 2 l/min, intervaladas entre si por 8 semanas e perda média de cerca de 15Kgs em uma série inicial de 30 pacientes. Isso demonstra a eficiência do procedimento, que além de ser seguro é facilmente realizável por endoscopista treinado e pode ser repetido sempre que necessário.

[YouTube Video](#)

BIBLIOGRAFIA:

[1- BARHOUCHE et al., 2010](#)

[2- CHRISTOU; LOOK; MACLEAN, 2006](#)

[3- PRACHAND; DAVEE; ALVERDY, 2006](#)

[4- CHRISTOU; LOOK; MACLEAN, 2006;](#)

5- *REINHOLD et al., 1982*

6 - *SARWER et al., 2010*

7- *FLANAGAN, 1996; MULLER et al., 2005*

8- *HERRON et al., 2008; THOMPSON et al., 2006*

[9- BRETHAUER et al., 2006](#)

10- *GRUND et al., 1994*

[11 - DOTTI et al., 2009](#)

[12 - Baretta et al. Obes Surg. \(25\): 72-79, 2015](#)



Postado por

Giorgio Alfredo Pedroso Baretta

Mestre e Doutor em Cirurgia pela UFPR
Chefe do Serviço de Cirurgia Bariátrica do
Hospital São Lucas de Campo Largo – PR
Cirurgião e Endoscopista do Hospital Vita
Batel, Curitiba-PR



**ENDOSCOPIA
TERAPÊUTICA**