

TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA COM GASTRECTOMIA VERTICAL

Treatment of morbid obesity with vertical gastrectomy

Alcides José **BRANCO-FILHO**, Luis Sérgio **NASSIF**, Aline Moraes **MENACHO**, Ricardo Augusto Eineck **AURICHIO**, Daniel Emílio Dalledone **SIQUEIRA**, Robson Matsuda **FERNANDEZ**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e Obesidade do Hospital de Caridade Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, PR, Brasil.

DESCRIPTORIOS - Obesidade. Índice de massa corporal. Gastroplastia.

Correspondência:

Alcides José Branco Filho,
e-mail: ajbranco@terra.com.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 27/01/2011
Aceito para publicação: 15/02/2011

HEADINGS – Obesity. Body mass index. Gastroplasty.

RESUMO – Racional - A gastrectomia vertical constitui-se em uma das opções de tratamento para a obesidade mórbida. Com a remoção de parte relevante da grande curvatura gástrica, cria-se um estômago tubular com pequena capacidade volumétrica, dando a característica restritiva à operação. **Objetivos** - Avaliar os pacientes submetidos à gastrectomia vertical quanto ao gênero, idade, índice de massa corporal, co-morbidades associadas, tempo de internamento e evolução pós-operatória a curto prazo. **Métodos** - Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo em que foram analisados os prontuários de 114 pacientes obesos mórbidos submetidos à gastrectomia vertical. **Resultados** - Dos 114 pacientes, 107 (93,8%) eram do gênero masculino, sendo que a idade média foi de 38 anos (19 a 55). O índice de massa corporal médio foi de 45,9 kg/m² (35 a 65). O tempo de internamento teve um mínimo de 3 e máximo de 48 dias. A principal co-morbidade associada foi a hipertensão arterial sistêmica (63%). Como evolução pós-operatória, 24 pacientes (21%) necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva e houve um total de quatro óbitos (3,5%). **Conclusões** - A gastrectomia vertical constitui-se em método seguro e eficaz para perda de peso em obesos mórbidos, sendo uma técnica cirúrgica com baixa morbimortalidade e bons resultados cirúrgicos imediatos.

ABSTRACT – Background - Vertical gastrectomy is an option to morbid obesity treatment. Removing a relevant part of the stomach's great curvature, a gastric tube is created with low volumetric capacity, giving to the operation the restrictive characteristic. **Aim** - To evaluate the patients submitted to vertical gastrectomy regarding gender, age, body mass index, associated comorbidities, time of hospitalization and evolution on the early postoperative period. **Methods**: This was a descriptive and retrospective study that analyzed the medical records of 114 morbidly obese patients submitted to vertical gastrectomy. **Results**: A hundred and seven (93,8%) of the patients were male and the average age was 38 years old. The body mass index was 45,9 kg/m². About the time of hospitalization, there was a minimum of 3 and maximum of 48 days. The main comorbidity was systemic arterial hypertension (63%). About the evolution after the surgery, 24 patients (21%) needed intensive care and four patients died (3,5%). **Conclusions** - Vertical gastrectomy constitutes a safe and effective method to the weight loss on morbid obesities, being a surgical technique with low morbimortality and good immediate surgical results.

INTRODUÇÃO

No mundo ocidental, a prevalência da obesidade - definida como pacientes que apresentam índice de massa corporal [IMC = peso (kg)/altura (m)²] maior que 30 kg/m² - está aumentando em todas as faixas etárias. Nos Estados Unidos da América, baseado em dados das tabelas de seguro de vida metropolitano, estima-se que, na década de 80, 20% dos homens e 27% das mulheres estavam acima do peso ideal e o Estudo Nacional de Exames de Saúde e Nutrição sugere que esse aumento seria de 31% para homens e 35% para mulheres. Estimativas da década de 90 são de que 58 milhões de norte-americanos estariam obesos e 40% desta população estará obesa em 2025. Atualmente, aproximadamente dois terços encontram-se com sobrepeso ou obesidade^{1,2}.

Neste mesmo país, calcula-se que são gastos anualmente, com programas

de emagrecimento, drogas para tratamento da obesidade e programas de condicionamento físico cerca de 33 bilhões de dólares, isso sem levar em conta os cerca de um bilhão de dólares necessários para o processo que vai da pesquisa ao lançamento de cada nova droga para tratamento da obesidade. Para tratar as co-morbidades diretamente ligadas à obesidade, são gastos três vezes mais (99 bilhões de dólares ao ano)¹⁶. Baseado nestes números, deduz-se que a obesidade é um problema de saúde pública com implicações socioeconômicas representativas e que têm proporções epidêmicas.

Considerando-se o índice de massa corporal para definir obesidade, a Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica considera índice de até 25 como normal (eutrófico); entre 25 e 30 como sobrepeso; entre 30 e 35 como obesidade grau I; entre 35 e 40 como obesidade grau II e acima de 40 como obesidade grau III ou "obesidade clinicamente mórbida"⁹. Definição mais ampla de obesidade mórbida deve obrigatoriamente incluir pacientes que tenham co-morbidade grave relacionada diretamente com a obesidade³.

As co-morbidades associadas à obesidade são inúmeras, podendo ser nomeadas em uma lista, na qual incluem-se: diabetes tipo II, hipertensão arterial sistêmica, cardiomiopatia hipertrófica, hiperlipidemia, colelitíase, apnéia do sono, hipoventilação, artrite degenerativa, desajustes psicossociais, diversos tipos de neoplasias, dorsalgia crônica^{1,10}.

Os critérios para indicação de tratamento cirúrgico para a obesidade foram definidos pelo Painel da Conferência de Desenvolvimento de Consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, em 1991¹⁰, e incluem os pacientes com índice de massa corporal maior que 40, pacientes com este índice maior que 35 que apresentem co-morbidade cardiopulmonar grave ou diabetes severa e, ainda, pacientes que, avaliados por médico experiente em matéria de tratamento da obesidade, tenham pequena probabilidade de sucesso com medidas não cirúrgicas, demonstradas, por exemplo, por não conseguirem redução de peso em programas reconhecidos de controle de peso ou por relutância em participar destes programas (nestes pacientes, em especial, a indicação não é formal, mas deve ser considerada).

O tratamento cirúrgico para obesidade mórbida é uma forma eficaz de manutenção do controle ponderal por longo prazo^{7,14,15}. Consegue-se perda sustentada durante 16 anos de cerca de 67% do peso em excesso⁵. Há três formas de tratamento cirúrgico da obesidade: os procedimentos restritivos, os disabsortivos e os combinados (restrição e disabsorção), cada qual com seus resultados e seus índices de complicações⁵.

Sabe-se que os melhores resultados são obtidos com os procedimentos combinados quando comparados com os puramente restritivos, apesar de apresentarem maiores índices de complicações e mortalidade^{4,6}. É importante o acompanhamento dos pacientes no pós-operatório imediato e tardio para

melhor avaliar os resultados e complicações possíveis. A cirurgia bariátrica mista envolve intervenção sobre o estômago que pode resultar em complicações ou sequelas anatômicas e/ou funcionais correspondentes. Essas operações alteram de maneira significativa a função secretória e o esvaziamento do estômago e podem resultar em síndromes pós-operatórias: síndrome de dumping, gastrite de refluxo alcalino, de má absorção, estase em Y de Roux, alça aferente e eferente, úlcera péptica, colelitíase e alterações nutricionais (perda de peso, anemia, osteomalácia e osteoporose, desnutrição protéica e vitamínica)⁸.

O sleeve gástrico ou gastrectomia vertical é um procedimento puramente restritivo que consiste na remoção da grande curvatura do estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, deixando o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200 ml. É indicado para todos os tipos de pacientes obesos, sendo muito eficaz para pacientes super obesos, ou seja, aqueles que possuem índice de massa corporal maior que 50 kg/m² e para os que se alimentam de grande quantidade de comida a cada refeição. É um procedimento simples, sem anastomoses e com risco menor de complicações quando comparado a outros procedimentos bariátricos mais demorados e mais complexos¹³.

Como o objetivo da cirurgia bariátrica é alcançar os melhores resultados com mínimos efeitos adversos, foi realizado, neste estudo retrospectivo, um levantamento das características e dos resultados no pós-operatório de pacientes submetidos ao sleeve gástrico.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Hospital de Caridade Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, PR, Brasil no período de março de 2008 a março de 2010.

Após revisão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, foram revisados, retrospectivamente, os prontuários de 114 pacientes submetidos à gastroplastia. Foram analisados os seguintes dados: gênero, idade, peso, altura, índice de massa corporal, co-morbidades associadas, tempo de internamento e evolução pós-operatória imediata.

Como critérios de inclusão, foram selecionados os pacientes com índice de massa corporal igual ou superior a 40 kg/m² ou índice entre 35 e 39 kg/m² com co-morbidades encaminhados das unidades básicas de saúde, submetidos à gastrectomia por sleeve através do Sistema Único de Saúde. Foram considerados critérios de exclusão: ausência de prontuário, prontuários incompletamente preenchidos e dados inconsistentes ou divergentes entre o escrito no atendimento ambulatorial e hospitalar. Caso o paciente não se encaixasse em nenhum destes itens, ele era incluído no protocolo de pesquisa.

RESULTADOS

Do total de 114 pacientes analisados, 107 (93,8%) eram do gênero masculino, sendo que a idade média foi de 38 anos (19 a 55). O índice de massa corporal médio foi de 45,9 kg/m² (35 a 65). A principal co-morbidade associada foi a hipertensão arterial sistêmica (63%), seguida de diabetes mellitus tipo 2 (23%) e dislipidemia (15%). O tempo de internamento dos pacientes foi de três dias, sendo que permaneceram no hospital por mais tempo (máximo de 48 dias) os poucos pacientes que necessitaram de cuidado hospitalar por mais tempo, seja por necessidade de terapia intensiva mais prolongada e/ou intercorrências após a operação. Como evolução pós-operatória, 21% necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva por no mínimo 1 e no máximo 15 dias. Em relação aos óbitos, houve total de quatro (3,5%): dois por insuficiência respiratória aguda – no 13º e 24º dias pós-operatórios; um por pneumonia nosocomial no 16º dia; um desencadeado por síndrome de Fournier no 36º dia pós-operatório. Todos os pacientes que evoluíram com óbito possuíam índice de massa corporal maior que 60 kg/m² e apresentavam no mínimo co-morbidade associada.

DISCUSSÃO

A obesidade pode ser considerada uma das doenças crônicas mais importantes que atinge indivíduos de todas as idades. Os resultados dos tratamentos cirúrgicos demonstram-se superiores na perda de peso em pacientes com obesidade moderada ou severa quando comparados aos resultados clínicos. Mesmo que os com índice de massa corporal muito elevado sejam beneficiados com outros procedimentos cirúrgicos destinados à perda de peso, o risco elevado de complicações pós-operatórias não os torna candidatos favoráveis a tais operações. Assim, alguns procedimentos têm sido propostos para associar perda de peso efetiva com reduzido risco de complicações.

A gastrectomia vertical constitui um destes métodos seguros e eficazes, apresentando baixa morbimortalidade, bons resultados pós-operatórios e baixo índice de complicações. Além disso, pode ser utilizado como tratamento inicial isolado ou secundário - por exemplo, após falha de banda gástrica.

Mesmo representando uma pequena porcentagem no total das operações para perda de peso, há a tendência do sleeve gástrico ter seu uso cada vez mais frequente, uma vez que ele já provou ser efetivo em perda considerável de peso associada à baixa morbimortalidade². Assim, esta técnica está sendo aceita e proposta por muitos como procedimento bariátrico isolado¹¹.

Ainda assim, existe a necessidade de pesquisas mais detalhadas, principalmente ao longo prazo, para o encontro do método cirúrgico ideal para cada paciente.

CONCLUSÕES

A gastrectomia vertical constitui-se em método seguro e eficaz na perda de peso em obesos mórbidos, necessitando de estudos ao longo prazo para que possa ser comparada com as demais técnicas.

REFERÊNCIAS

1. Ali MR, Maguire MB, Wolfe BM. Assessment of obesity –related comorbidities: a novel scheme for evaluating bariatric surgical patients. *J Am Coll Surg* 2006; 202 (1); 70-7.
2. Andriani AC, Neves TT. A gastroplastia em manga (Sleeve gastrectomy) e o Diabetes Mellitus. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 2008; 21 (3): 133-5.
3. Balsiger BM, Murr MM, Poggio JL, Sarr MG. Bariatric Surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Med Clin North Am* 2000; 84(2): 477-89.
4. Balsiger BM, Poggio JL, Mai J, Kelly KA, Sarr MG. Ten and more years after vertical banded gastroplasty as primary operation for morbid obesity. *J Gastrointest Surg*, 2000;4(6):598-605.
5. Benotti P, Burchard KW, Kelly JJ, Thayer BA. Obesity. *Arch Surg*, 2004; 139 (4):406-14.
6. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*; 2004; 292 (14):1724-37.
7. Christou NV, Sampalis JS, Liberman, Look D, Auger S, McLean AP, MacLean LD. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg*, 2004;240:416-24.
8. Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; CD003641.
9. Gastrointestinal surgery for morbid obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992; 55(2): 615-19.
10. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009; 9:88.
11. Lemos SLS, Domingos TA, Vinha JM, Nadai AP, Vasconcellos CP, Ferragut CB. Nova proposta de tratamento cirúrgico da obesidade: gastrectomia vertical e bypass intestinal parcial: resultados preliminares. *Rev Bras Videocir*, 2005; 3 (3): 131-142.
12. May J, Buckman E. The role of disease management in the treatment and prevention of obesity with associated comorbidities. *Dis Manag* 2007; 10 (3): 156-63.
13. Picot J, Jones J, Colquitt JL, Gospodarevskaya E, Loveman E, Baxter L, Clegg AJ. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2009; 13 (41): 1-190, 215-357.
14. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity. American Society of Bariatric Surgery (ASBS), 2001. Disponível em: <http://www.asbs.com>.
15. Thomusch O, Keck T, Dobschütz EV, Wagner C, Rückauer KD, Hopt UT. Risk factors for the intermediate outcome of morbid obesity after laparoscopically placed adjustable gastric banding. *Am J Surg*, 2005;189 (2):214-18.
16. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res*. 1998; 6: 97-106.