

ENTENDA A OBESIDADE

Por Glauco A. Morgenstern
CRM/PR 17071



GLAUCO MORGENSTERN

GASTROCIRURGIA

A obesidade

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos.

No Brasil, o problema vem tomando proporções cada vez maiores. Estima-se que pelo levantamento do Ministério da Saúde (Vigitel 2016), que 53,8% da população esteja acima do peso e 18,9% tenha obesidade.

Mas o que é obesidade?

O peso e a distribuição da gordura no corpo são regulados por uma série de mecanismos, tanto neurológicos, quanto metabólicos e hormonais. Graças a eles há um equilíbrio entre o que ingerimos e o que gastamos. No entanto, quando a pessoa come mais e não promove o gasto energético, essa sobra de energia (gordura) gera o aumento de peso. O acúmulo, se pequeno, é considerado sobrepeso. Já quando atinge grandes proporções passa a ser chamado de obesidade.

Para se saber, se está ou não com obesidade, deve-se calcular o índice de massa corpórea (IMC).

O IMC é obtido ao se dividir o peso (em quilos) pela altura (em metros) elevada ao quadrado ($IMC = P/A^2$). Veja a classificação da obesidade baseada no IMC.

IMC (P/A^2) kg/m ²	
25–30	SOBREPESO
30–35	OBESIDADE GRAU I (leve)
35–40	OBESIDADE GRAU II (moderada)
>40	OBESIDADE GRAU III (severa)

Riscos relacionados à obesidade

A obesidade está associada a várias doenças (comorbidades). Os obesos apresentam maior risco de hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias, dislipidemia (alteração do colesterol e triglicerídeos), trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), refluxo gastroesofágico, doenças articulares (artroses), apnéia do sono, doenças hepáticas (esteatose) e tantas outras.

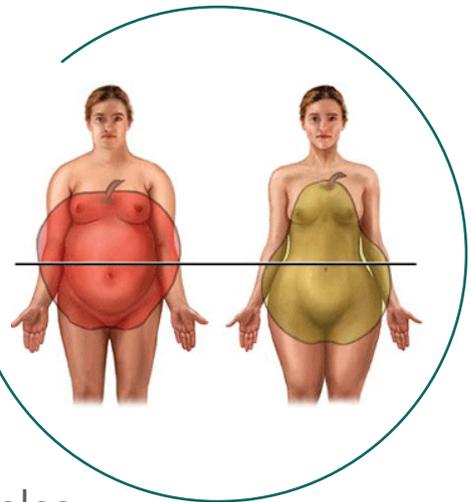
Pessoas acima do peso apresentam maior risco de câncer de intestino, esôfago, fígado, vesícula, pâncreas, mama, ovários, útero e rins. Mulheres obesas em idade fértil geralmente apresentam dificuldade para engravidar, podendo ter até infertilidade.

Outro fator importante é autoestima. A sociedade geralmente discrimina obesos e muitos acabam tendo depressão. Obesos apresentam dificuldade desde amarrar um calçado até comprar roupas.

Os obesos graves têm 12 vezes mais chances de morrer dentro de sete anos, se comparados com os indivíduos com peso normal.

Existem dois tipos de obesidade. A periférica onde o acúmulo de gordura ocorre no quadril (pera) e a central que se concentra no abdômen (maça). A obesidade central é mais grave, pois geralmente está associada a hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes.

FIGURA 1:
Tipos de Obesidade



TRATAMENTO DA OBESIDADE

Existem várias alternativas terapêuticas que podem proporcionar boas perdas de peso. Exemplos são as dietas com poucas calorias, a terapia comportamental, o exercício físico e alguns medicamentos.

Contudo, quando estas medidas são fugazes e ineficientes, surge como opção a cirurgia bariátrica (cirurgia para perder peso). Os pacientes portadores de obesidade devem ser encarados como portadores de uma doença séria, que reduz a qualidade de vida e autoestima.

Quem pode fazer a cirurgia?

São candidatos à cirurgia os pacientes com IMC maior que 40 kg/m² ou com IMC superior a 35 kg/m² associado a uma comorbidade como hipertensão arterial, aumento de colesterol e triglicérides, problemas ortopédicos decorrentes do peso como artrose e alterações na coluna, apneia do sono e diabetes.

O consenso brasileiro de cirurgia bariátrica, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), acrescenta indicação de cirurgia em pacientes com IMC entre 30 e 35 na presença de alguma doença associada considerada grave, como por exemplo diabetes.

Como é a cirurgia da obesidade?

O princípio da cirurgia bariátrica consiste em induzir a perda de peso por meios cirúrgicos. A grande maioria das cirurgias bariátricas é feita por videolaparoscopia, técnica cirúrgica minimamente invasiva também conhecida como "cirurgia sem corte ou cirurgia dos furinhos". As cirurgias abertas, feitas pelo método tradicional, praticamente se restringem aos pacientes do sistema único de saúde (SUS). A videolaparoscópica tem a vantagem de menor dor e menor incidência de complicações. Além disso, dá ao paciente a possibilidade de retorno precoce ao trabalho e às atividades físicas. Hoje existe a opção de realizar a cirurgia por via robótica também.

Nestes últimos anos surgiram muitas técnicas de cirurgia bariátrica, como a Banda Gástrica (anel ajustável no estômago), Cirurgia de Scopinaro (cirurgia disabsortiva) e Cirurgia de Duodenal Switch (cirurgia disabsortiva), porém estas técnicas não são mais utilizadas, somente em casos excepcionais.

As técnicas mais utilizadas no Brasil e no mundo é o Bypass Gástrico (Capella) e o Sleeve (Gastrectomia Vertical), portanto iremos nos aprofundar nestas duas técnicas. Não existe uma cirurgia absolutamente perfeita. Cada técnica tem vantagens e desvantagens. Para saber qual se encaixa com cada tipo de paciente, observa-se características pessoais, como idade, sexo, hábitos alimentares, etc.

TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Bypass Gástrico ou Cirurgia de Capella

O Bypass Gástrico, que representa 60% das cirurgias bariátricas no Brasil, é um procedimento misto com predominância restritiva, caracterizada pela diminuição da ingestão e absorção dos alimentos. No bypass é realizado o grampeamento do estômago, criando um reservatório de aproximadamente 50-70 ml, e o desvio de cerca de 1,5 a 2 metros do intestino delgado. Neste procedimento ocorre a restrição da quantidade de alimento que o paciente pode ingerir e o retardo da mistura desse alimento com os sucos digestivos, o que evita a absorção calórica completa. Essa cirurgia é o procedimento de escolha padrão. A perda de peso é em torno de 35 a 40% do peso total.

VANTAGENS

- Perda de peso adequada e duradoura na maioria dos pacientes;
- Melhora de cerca de 96% das doenças associadas à obesidade, como hipertensão arterial, diabetes tipo II (84%), apnéia do sono (ronco), dor nas costas e pernas (artropatias), dislipidemia (colesterol e triglicerídeos) e da depressão.

DESVANTAGENS

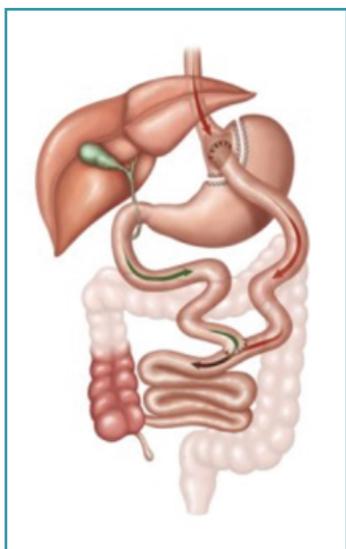


FIGURA 2:
Bypass Gástrico

- Necessita uso de vitaminas por longo período;
- Possibilidade de Síndrome de Dumping (intolerância a doces).

Sleeve ou Gastrectomia Vertical

O sleeve é um procedimento cada vez mais realizado, representando 50% das cirurgias bariátricas nos Estados Unidos. Puramente restritiva, consiste na remoção da grande curvatura do estômago, deixando o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200 ml. O paciente perde peso por ingerir menor quantidade de alimentos.

É uma técnica recomendada para pacientes com IMC não elevados (até 40), comedores de volume e com ingesta pequena de doces; pacientes que não aceitam usar suplementos vitamínicos no pós-operatório e aqueles que têm necessidade de monitorização gástrica no pós-operatório.

O sleeve tem a possibilidade de ser transformado em outra técnica, como por exemplo o Bypass gástrico, caso o paciente tenha perda insuficiente de peso ou reganho. Esta técnica permite uma segunda chance.

VANTAGENS

- Procedimento rápido e sem disabsorção intestinal;
- Não é necessário tomar suplementos a longo prazo;
- Inexistência da síndrome de "Dumping";
- Permite ingesta de maior quantidade de alimentos;
- Permite converter em bypass gástrico.

DESVANTAGENS

- Perda de peso menor que o bypass gástrico;
- Irreversível;
- Mesmo risco do bypass gástrico.

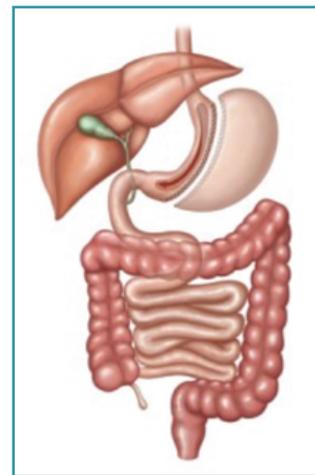


FIGURA 3:
Sleeve ou gastrectomia vertical

Balão Gástrico

O balão intragástrico é um tratamento endoscópico, não uma cirurgia. Consiste em um balão de silicone, colocado por endoscopia, que é preenchido com líquido e ocupa espaço no estômago para levar à saciedade precoce (diminuição do apetite) e à perda de peso. É um bom método temporário, indicado em pacientes com IMC muito elevado como preparo para a cirurgia, em pacientes que não possuem IMC para fazer a cirurgia ou em pacientes que não desejam a cirurgia como auxílio na perda de peso.

VANTAGENS

- Método endoscópico, rápido e sem incisões abdominais;
- Risco baixo;
- Bons resultados quando associado ao acompanhamento multidisciplinar, dieta e atividade física;
- Indicado também para preparo de superobesos para a cirurgia.

DESVANTAGENS

- Custo;
- Necessidade de retirada entre 6 meses e 1 ano conforme a marca;
- Perda média de peso em torno de 10 - 20% do peso total.

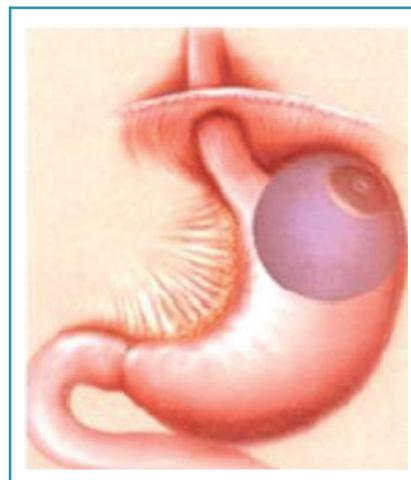


FIGURA 4:
Balão Intragástrico

PREPARO PARA A CIRURGIA

Antes da cirurgia o paciente deve passar por diversos exames médicos. Os exames laboratoriais irão mostrar se o paciente tem alguma deficiência de vitamina para ser corrigida no pré-operatório. A endoscopia, a ultrassonografia do abdome, o teste ergométrico e o raio-X de tórax darão uma noção do estado geral do candidato a cirurgia.

As avaliações do endocrinologista, cardiologista, nutricionista e psicólogo são fundamentais para o preparo adequado do paciente para a cirurgia e seu sucesso.

Essas avaliações clínicas feitas no pré-operatório fornecem dados para uma análise mais detalhada sobre o risco cirúrgico e o controle das doenças associadas à obesidade, e ajudam na escolha da técnica adequada.

Pós-operatório imediato

Raramente o paciente após a cirurgia precisa ir para UTI (unidade de terapia intensiva). Assim que possível, após a cirurgia deve-se começa a andar. Entre 24 e 48 horas após a intervenção cirúrgica, o paciente inicia a ingesta de líquidos como água de coco, chás, sopas, caldos, sucos e água em volume de 50 ml a cada 30 minutos. A dieta é líquida nos primeiros 15 dias, depois torna-se pastosa em média por mais 10 a 15 dias. Após este período, inicia-se a ingesta de sólidos, reforçando-se bastante a alimentação lenta e a adequada mastigação.

Normalmente o paciente recebe alta hospitalar entre o primeiro e o segundo dia após a cirurgia, mas isso depende muito de sua recuperação e das condições clínicas.

Seguimento Pós-Operatório

Os retornos após a cirurgia são feitos inicialmente a cada 3 meses e depois a cada 6 meses. Sempre são feitos exames de sangue para observar as vitaminas e com 6 meses é feita uma ecografia e endoscopia para checar a cirurgia.

Cirurgia Plástica

Esta é uma dúvida muito comum após a cirurgia. Quando vou poder fazer a plástica? Nem todos os pacientes vão precisar de cirurgia plástica após a bariátrica. Isso vai depender de cada caso. Geralmente pacientes com maior excesso de peso terão excesso de pele após o emagrecimento. A idade pode influir também. O ideal é fazer a cirurgia plástica após a estabilização do peso que se dá em torno de 12 a 18 meses após a cirurgia.

Expectativa de perda de peso

A perda de peso esperada no Bypass Gástrico no primeiro mês é em torno de 10%; no 3º mês cerca de 18%; no 6º, 28%; e em 1 ano de 35 a 40% do peso total. No sleeve a perda de peso pode ser menor. A atividade física e a dieta adequada contribuem para um resultado melhor.

Existe a possibilidade de voltar a ganhar peso depois da cirurgia. Isso ocorre com cerca de 10% dos pacientes submetidos a cirurgia.

Cirurgia metabólica (cirurgia para o diabetes)

A cirurgia metabólica é um termo utilizado para tratar por cirurgia os pacientes diabéticos tipo II (DMT2) com índice de massa corpórea (IMC) abaixo de 35. Este tipo de cirurgia visa principalmente a melhora das alterações metabólicas, como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia (aumento de colesterol e triglicerídeos).

Alguns anos atrás observou-se que ao se fazer uma cirurgia bariátrica (pacientes com IMC >35) em pacientes diabéticos tipo II, estes apresentavam uma melhora do diabetes logo após a cirurgia, geralmente 3 a 5 dias após. Portanto, o paciente nem havia perdido peso ainda, e já se observava uma melhora da glicemia (glicose no sangue). Os primeiros estudos foram feitos, e mostraram que na verdade existem alterações hormonais que acarretam a melhora do diabetes. Não somente a restrição calórica e perda de peso, mas o rearranjo intestinal em algumas técnicas cirúrgicas, como bypass gástrico (cirurgia em que é diminuído o tamanho do estômago e feito um desvio intestinal), estão envolvidos na rápida melhora do diabetes. Duas hipóteses surgiram para explicar estes resultados: a do “intestino distal” e a do “intestino proximal”. A primeira, sugere que a chegada de nutrientes menos digeridos mais rapidamente ao intestino distal estimularia a produção de hormônios que levam ao controle glicêmico. Os mediadores mais aceitos neste caso são os hormônios incretínicos, com ação de estimular a secreção insulínica e reduzir a ingestão alimentar. Na segunda hipótese, a própria exclusão duodenal e do jejuno proximal do trânsito alimentar previne a secreção de um suposto sinal que promoveria resistência insulínica e diabetes. A grelina (hormônio da fome) é produzido no estômago e duodeno e estimula a secreção de outros hormônios contra-reguladores da insulina,

o que é alterado pelo bypass gástrico. A diminuição da produção deste hormônio parecer contribui para diminuição do apetite e melhora do diabetes.

A principal técnica utilizada para cirurgia bariátrica no Brasil é o bypass gástrico, e esta parece ser a técnica ideal para os pacientes com alterações metabólicas e com IMC < 35. Vários estudos têm mostrado uma melhora importante do diabetes com a cirurgia, em pacientes com IMC 30-35 e > 35 quando comparados com o tratamento clínico. Um dos estudos mais importantes chama-se STAMPEDE, realizado nos Estados Unidos, mostrou ao longo de três anos, os pacientes cirúrgicos exibiram maior redução da hemoglobina glicada em comparação com pacientes clínicos. Em 2015 foi realizado em Londres um encontro de cirurgiões e endocrinologistas em que ficou claro que a cirurgia apresenta melhores resultados que o tratamento clínico em pacientes selecionados.

Baseado na literatura médica e nestes dados acima, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) propôs um escore para definir os pacientes com IMC 35 e DMT2 que são candidatos a cirurgia metabólica.

Considerações Finais

A cirurgia bariátrica e metabólica quando indicada corretamente apresenta excelentes resultados na perda de peso, e controle das doenças associadas a obesidade, como o diabetes.



GLAUCO MORGENSTERN

GASTROCIRURGIA

CRM/PR 17.071

CLIQUE E CONFIRA NOSSOS CANAIS:

