

Cirurgia da Obesidade: técnicas e abordagens

No âmbito do Dia Nacional da Luta Contra a Obesidade, António Albuquerque, Cirurgião Geral dedicado à Cirurgia da Obesidade, reflete sobre os principais tipos de Cirurgia Bariátrica, lembrando que cada doente deve ser avaliado por uma equipa multidisciplinar antes e após qualquer intervenção cirúrgica.



Mais do que uma questão estética, a Obesidade é uma doença crónica, causada por vários fatores, que afeta uma parte bastante significativa da população portuguesa (de acordo com a DGS, 3,5 milhões de portugueses têm excesso de peso e mais de dois milhões sofre de Obesidade). Elementos como a predisposição genética, os erros alimentares ou o sedentarismo são os principais fatores subjacentes a uma patologia que é responsável pelo desenvolvimento de outras doenças (comorbilidades), como a diabetes mellitus tipo 2, a hipertensão arterial, o colesterol elevado ou a apneia do sono. Mas a interferência na qualidade de vida pode exprimir-se na dificuldade de realizar “simples tarefas do dia-a-dia, como

atar os sapatos ou fazer a higiene pessoal”, lembra António Albuquerque.

Nesse contexto, e atendendo às suas características, a Obesidade corresponde a um problema de saúde para o qual não existem “curas” específicas, mas sim um conjunto de métodos de tratamento, no seio dos quais se englobam não apenas as terapêuticas farmacológicas ou as alterações no estilo de vida, mas também a Cirurgia da Obesidade ou Cirurgia Bariátrica. Reconhecida há várias décadas como a forma de tratamento mais eficaz no combate à doença, proporcionando uma perda de peso maior e mais duradoura, possibilita, de resto, uma significativa melhoria – quando não a cura – das comorbilidades acima mencionadas.

António Albuquerque:

- Cirurgião da Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Metabólicas do Centro Hospitalar de Lisboa Central
- Cirurgião do Hospital Lusíadas Lisboa
- Cirurgião e coordenador do Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do Hospital de St. Louis em Lisboa
- Membro da Direção da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

Gastroplastia com banda



De acordo com António Albuquerque, existem quatro grandes tipos de intervenção cirúrgica. O primeiro – e aquele que mais consenso gerou ao longo de décadas passadas – é a utilização de uma Banda Gástrica. Descrita como uma técnica “simples”, define-se “pela colocação de um anel de silicone na parte inicial do estômago, provocando um aperto que impede que os alimentos transitem com muita facilidade para a parte restante do estômago”, elucida o especialista. Por intermédio desta cirurgia, “existe apenas um pequeno reservatório de estômago que fica acima desse anel e, quando os alimentos enchem esse espaço, as pessoas ficam supostamente saciadas e não sentem vontade de comer” em maior quantidade.

No entanto, uma vez que esta técnica “não interfere com nenhum mecanismo hormonal associado à Obesidade e não há uma diminuição da saciedade, muitas vezes o doente sente a necessidade de comer mais” – aspeto que poderá dar azo a má disposição e vômitos. Repetido ao longo dos anos, este padrão poderá traduzir-se numa progressiva dilatação do reservatório acima da banda gástrica, comprometendo a eficácia da referida intervenção cirúrgica.

Gastrectomia vertical



Atualmente, uma das técnicas mais realizadas é a Gastrectomia vertical ou Sleeve (“manga” em inglês), mediante a qual o estômago é cortado verticalmente, reduzindo-se consideravelmente a sua dimensão e transformando-o num tubo ou manga, correspondendo a uma cirurgia irreversível na medida em que a maior parte do estômago é removido do corpo do doente. Todavia, para além de apostar na restrição (pois existe uma diminuição do volume de alimentos que entra num estômago mais pequeno), esta cirurgia tem também uma componente hormonal adjacente, na medida em que é removida uma parte do estômago que é responsável pela produção da grelina, hormona responsável por proporcionar a sensação de fome. Permitindo “que as pessoas consigam comer menos e fiquem saciadas com menores quantidades”, verifica-se uma notável perda de peso.

Uma das vantagens desta cirurgia, tal como refere António Albuquerque, prende-se com o facto de “não se alterar o circuito dos alimentos”, que continuam a transitar do estômago para o intestino delgado sem provocar má absorção, nomeadamente de algumas vitaminas e sais minerais importantes para o organismo. Importa, no entanto, reforçar que esta intervenção pode provocar ou agravar o refluxo gastroesofágico, motivo pelo qual a opção pela gastrectomia vertical deve ser evitada nos doentes que apresentem lesões no esófago. Adicionalmente, existe o risco de que o estômago possa dilatar ao longo do tempo, comprometendo uma eficaz redução de peso ou até mesmo um reganho de peso anos mais tarde.

Bypass Gástrico



Outra técnica digna de destaque é o Bypass gástrico, em que a perda de peso é alcançada não só através da redução do tamanho do estômago, mas também do desvio dos alimentos de um comprimento variável de intestino delgado. Nesta técnica, em vez de ser cortado e adquirir a forma de uma manga, o estômago é separado em duas partes, sem que se remova nenhuma do corpo do doente. A mais pequena destas partes do estômago, chamada de bolsa gástrica, permanece em continuidade com o esófago, ao passo que a outra (maior) constitui a parte do estômago do qual é desviado (em inglês “bypass”) o circuito dos alimentos. À bolsa de estômago mais pequena é feita uma ligação ao intestino delgado, desviando-se assim os alimentos da passagem por uma parte deste órgão. Existe, posto isto, “uma componente de restrição porque não cabe tanto volume de comida naquela bolsa de estômago como caberia se ele estivesse inteiro”, constata o nosso interlocutor. Por outro lado, “como desviamos o circuito dos alimentos de um grande segmento do estômago e da parte inicial do intestino delgado, eles não vão ser completamente absorvidos” – nomeadamente os alimentos ricos em gordura e hidratos de carbono.

Conciliando um mecanismo de restrição e de má absorção, o bypass demarca-se como uma “técnica mais eficaz e potente do que o sleeve na perda de peso”, elucida António Albuquerque. É, todavia, necessário salientar que na sequência deste processo cirúrgico há uma série de vitaminas e sais minerais essenciais ao organismo que deixam de ser corretamente absorvidos, desde as vitaminas D e B12 a oligoelementos com o zinco, o ferro, o cobre ou o cálcio. Assim sendo, “qualquer doente que faça um bypass gástrico tem de tomar vitaminas para o resto da vida”, sob pena de vir a sofrer “graves consequências destas carências, que poderão culminar na morte”. Será, por outras palavras, necessário o consumo de um suplemento vitamínico adaptado às necessidades do doente e devidamente escolhido com base no acompanhamento multidisciplinar que é necessário antes e após uma Cirurgia da Obesidade.

Mais recentemente, um outro tipo de bypass gástrico tem vindo a ser gradualmente reconhecido entre os cirurgiões bariátricos, sendo atualmente a 3ª técnica mais realizada a nível mundial. Este tipo de bypass, do qual António Albuquerque foi um dos pioneiros da sua realização em Portugal designa-se por Minibypass gástrico ou Bypass de anastomose única. Fazendo jus à sua designação, trata-se de uma intervenção cirúrgica assente numa só ligação (anastomose) entre o estômago e o intestino. Neste caso, embora o estômago seja igualmente dividido em duas partes, “a bolsa de estômago é mais comprida do que no Bypass clássico e a única ligação que fazemos entre o estômago e o intestino faz com que cerca de dois metros da parte inicial do intestino delgado fique excluída do trajeto dos alimentos”. Este tipo de bypass parece ser ainda mais potente na obtenção de perda de peso e no tratamento da diabetes mellitus associada à Obesidade.

Derivações Biliopancreáticas e outras considerações



Por fim, e reservadas para as classes mais graves de Obesidade e para as situações em que o risco de vida é mais sério – como sejam os doentes com um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 50 (superobesidade) ou a 60 (mega obesidade) – existem técnicas de cariz mais agressivo e complexo: as Derivações biliopancreáticas (nomeadamente o Switch Duodenal), “que também implicam cortes no estômago e no intestino, bem como ligações entre o estômago e o intestino e outras entre o intestino e o intestino”, consubstanciando-se numa má absorção ainda mais potente, na medida em que “o

desvio do circuito dos alimentos pelo intestino ainda é maior” do que no caso do bypass tradicional. Naturalmente que, pela sua maior complexidade, cirurgias como o Switch Duodenal poderão acarretar maiores riscos de complicações, para além da necessidade de um reforço ainda mais acentuado de suplementação vitamínica adaptada.

Seja como for, e não obstante a crescente complexidade das intervenções cirúrgicas efetuadas no âmbito do tratamento da Obesidade, a percentagem de complicações das técnicas tem diminuído de forma contínua, reforçando a segurança e a eficácia em torno destes métodos, que são realizadas por laparoscopia, uma abordagem minimamente invasiva. Posto isto, e no que concerne aos tipos de intervenção falados, importa referir que “não existe um que se possa considerar o melhor”. Neste contexto, António Albuquerque alerta que “os doentes devem ser intervencionados em Centros de Tratamento de Cirurgia da Obesidade credenciados pela DGS, que lhes consigam oferecer a possibilidade de acesso a todas as técnicas”, pois uma escolha adequada deverá levar em consideração, entre outros, aspetos como o perfil psicológico e alimentar do doente, devendo a opção cirúrgica ser individualizada após uma abordagem multidisciplinar.

Excesso de peso **25 – 30 de IMC**

Obesidade **30 – 40 de IMC**

Obesidade mórbida **≥40 de IMC**

