Edição 41 • Ano 2017

SOBRA news

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

Congresso Internacional de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

SOBRACIL RJ SOBRACIL MG SOBRACIL ES

Editorial

Armando Melani

Presidente da Sobracil

Caros colegas,

O Congresso de Cirurgia Minimamente Invasiva Internacional realizado em Búzios foi extremamente proveitoso, além de reunir três capítulos da SOBRACIL (RJ, MG e ES) que há um bom tempo vem desenvolvendo suas atividades com o intuito de melhorar a condição de ensino e capacitação e a troca de informações entre os colegas praticantes da videocirurgia. Neste congresso nós tivemos também associação com os Capítulos RJ do CBCD e da SBCBM, além do apoio do CBC.

E neste momento difícil do ponto de vista financeiro pelo qual passa o país, a associação dessas entidades, que tem como um de seus pilares a educação médica, foi extremamente importante para o êxito deste congresso, para o seu grande sucesso!

Gostaria de agradecer também às empresas que acreditaram no projeto e nos ajudaram a viabilizá-lo com a sua participação.

Durante o evento tivemos palestras de profissionais internacionais renomados, salas repletas de indivíduos que ali estavam para tocar e aprender e acredito que este evento realmente reflete, aquilo que a SOBRACIL tem no seu cerne principal, que é a questão da educação.

É nessa vertente de educação e de democratização da videocirurgia que estamos trabalhando. E este congresso internacional em Búzios foi exatamente a vitrine do que nós esperamos que seja a representatividade da SOBRACIL no campo educacional.

Parabenizo os colegas Delta Madureira, Presidente do Congresso e da SOBRACIL-RJ, Fernando Augusto Santos, Presidente da SOBRACIL-MG, Edson Loureiro, Presidente da SOBRACIL-ES, João Caetano Marchesini, Presidente da SBCBM, Antonio Cláudio Jamel, Presidente da SBCBM-RJ e Ricardo Cotta, Presidente do CBCD-RJ, pelo excelente trabalho realizado, além de agradecer o apoio do Dr. Paulo Corsi, Presidente do CBC.

A importância deste evento ficou caracterizada pelo número de presidentes que se envolveram e participaram do congresso. Isso mostra que estamos no caminho certo. Essa união faz com que possamos encontrar alternativas adequadas para promover para nossos associados uma educação de valor.

Queremos parabenizar e agradecer também o trabalho dos organizadores do congresso e da comissão científica que fizeram um ótimo trabalho.

Este congresso mostra o caminho escolhido pela SOBRACIL: o caminho da educação, do acesso a videocirurgia no sistema único de saúde e na valorização do profissional que trabalha com a videocirurgia e com a cirurgia robótica.

Nossos esforços foram recompensados: **1º Congresso Internacional de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica** realizado, em Búzios, foi um grande sucesso!

Delta Madureira
Presidente da SOBRACIL-RJ e do Congresso

Mais de 700 pessoas circularam pelo evento, lotando todas as salas durante os três dias de congresso. A programação diversificada e especialmente feita para atingir os interesses dos diversos segmentos, foi muito elogiada e as cirurgias apresentadas e debatidas minuciosamente, foram o ponto alto do evento, pelo excelente nível dos palestrantes.

O trabalho conjunto na organização do evento dos Capítulos RJ, MG e ES da SOBRACIL, dos Capítulos RJ do CBCD e da SBCBM, com o apoio ainda das Sociedades de Urologia, Oncologia, Cirurgia Torácica e Ginecologia do Rio de Janeiro, mostrou ter sido a solução perfeita!

Queremos parabenizar e agradecer o trabalho de organização e coordenação da GAP Congressos, parabenizar e agradecer às comissões organizadora e científica do nosso congresso, que superaram todas as expectativas com muito trabalho e competência.

Agradecer também às empresas que acreditaram no projeto e nos ajudaram a viabilizá-lo com o seu investimento, às Sociedades parceiras que nos apoiaram e colaboraram na organização do congresso, aos convidados estrangeiros que com sua expertise ajudaram a transformar o 1º Congresso Internacional de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica num evento inesquecível e, acima de tudo, nos mostraram como é importante trabalhar em equipe. Agora é arregaçar as mangas e começar o trabalho para que, em 2019 possamos apresentar um congresso ainda melhor que o de 2017.

Nosso muito obrigado a todos!

A ROBÓTICA VEIO PARA FICAR

EDUARDO PARRA D'AVILLA, do Florida Hospital (US) esteve no Congresso de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica em Búzios.

Parra D'Avilla, satisfeito com sua participação no evento, comentou: "foi um grande encontro, onde todos nós deixamos o congresso como melhores cirurgiões, devido ao conhecimento e as técnicas mostradas por especialistas em seus campos. A programação foi excelente, com boa diversidade de temas e cirurgias demonstradas. Todos nós aprendemos com a experiência dos cirurgiões nestas cirurgias."

"A robótica já é uma realidade no Brasil, especialmente envolvendo as áreas de cirurgia do aparelho digestivo, urologia, ginecologia, cabeça e pescoço, cirurgia torácica e cirurgia cardíaca. A tendência é que a cirurgia robótica cresça cada vez mais no Brasil, por todos os benefícios que apresenta.

O importante é o Brasil ter cirurgiões bem capacitados, pois o robô não opera sozinho. Precisamos usar estes recursos que a tecnologia nos oferece de forma segura, precisa. Um problema ainda não resolvido é o alto custo do robô e o número reduzido de cursos de capacitação, o que retarda o acesso de grande parte dos cirurgiões a esta nova tecnologia.

Por exemplo, nos estados do norte e nordeste do Brasil, os médicos ainda não tem fácil acesso a estes cursos de capacitação, que estão mais centralizados em São Paulo e Rio de Janeiro. E agora com a vinda do IRCAD para o Rio, aumentam muito as chances de treinamento de qualidade nas cirurgias robóticas".

Parra D'Avilla afirma ainda que embora o custo Brasil seja elevado, não há dúvida que um dia isso será corriqueiro e a robótica deve se tornar uma realidade tanto na rede privada quanto na pública.

Búzios 2017

Delta Madureira

Antônio Claudio Jamel

Fernando Vasconcelos

Ricardo Cotta

Edson Loureiro

CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA E ROBÓTICA CONSOLIDA NOVO MODELO DE SUCESSO

O Congresso realizado em Búzios consolidou um novo modelo de sucesso! A afirmação é de Antonio Cláudio Jamel Coelho, Presidente do capítulo Rio de Janeiro da SBCBM, que prosseguiu: "a união de 5 sociedades regionais, além de racionalizar recursos em uma época de crise econômica, proporcionou uma integração científica inédita em eventos com convidados de renome tanto nacionais, como internacionais.

Jovens cirurgiões, com interesses diversos, puderam assistir a uma mesa de cirurgia bariátrica e logo a seguir, no mesmo evento, outra mesa de cirurgia oncológica. Outro aspecto importante foi a participação inter societária dos convidados internacionais, como Haris Khwaja (UK) representando o IBC ou Horácio Asbun (US), por exemplo.

Pela primeira vez na história da SBCBM, um capítulo organizou um evento internacional. Isto foi possível graças à gestão anterior de Fabio Viegas que estruturou o capítulo, de modo que pudéssemos ter uma conta virtual na SBCBM Nacional e assim captar recursos financeiros.

O programa da SBCBM foi abrangente e contou com 3 convidados internacionais: Haris Khwaja do Reino Unido, Guillermo Alvarez do México e Diana Gabriella Maldonado, também do México. Abordamos vários temas controversos em cirurgia bariátrica, como a escolha da cirurgia primária, cirurgia metabólica, cirurgia bariátrica robótica e recidiva da obesidade.

Fabio Viegas fez uma defesa firme da gastrectomia vertical (Sleeve), como procedimento universal, enquanto Maurício Emmanuel defendeu o oposto, fazendo uma firme defesa do by-pass como cirurgia primária.

Houve também um grande debate sobre cirurgia bariátrica robótica com experientes cirurgiões bariátricos robóticos, como Carlos Domene, Alexandre Elias e Luis Alfredo D'Almeida, além do próprio Fabio Viegas.

Cirurgia Revisional na recidiva da obesidade foi abordada por João Caetano Marchesini, Presidente da SBCBM, com uma palestra sobre a cirurgia do "Switch Duodenal" como principal cirurgia revisional na recidiva da obesidade.

Para coroar o programa foi realizado o primeiro simpósio do International Bariatric Club na América do Sul. O IBC foi a primeira rede colaborativa do Facebook (criada em 2010) e, com os seus 4.000 membros, tornou-se a maior rede deste tipo do mundo na nossa área. Este foi o 22º simpósio e o maior já realizado dentro de um evento regional, maior inclusive do que alguns realizados em congressos mundiais (!).

Foram abordados temas controversos com a presença de vários especialistas nacionais e internacionais. Dentre os temas destacamos o debate entre Marcus Dantas e Gustavo Carvalho sobre a eficácia do Balão Intragástrico.

Outro debate bem interessante foi o sobre cirurgia bariátrica robótica entre João Caetano Marchesini e Luiz Alfredo D'Almeida.

No final tivemos o "Fórum de experts" durante o qual discutimos desastres na sala de cirurgia.

Um sucesso absoluto!

Considero que esse modelo, apesar de inédito, já nasceu consolidado e já nos fez começar a preparar o próximo, afinal 2019 está logo ali!

Búzios 2017

Eduardo Parra Davila

Guillermo Valdes

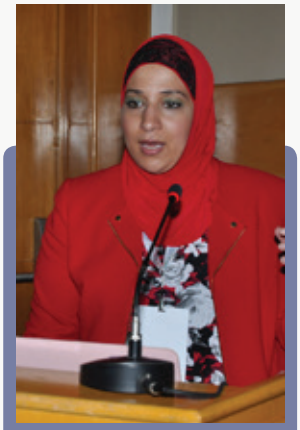
Haris Khwaja

Horacio Asbun

James Sanchez

Kris Maes

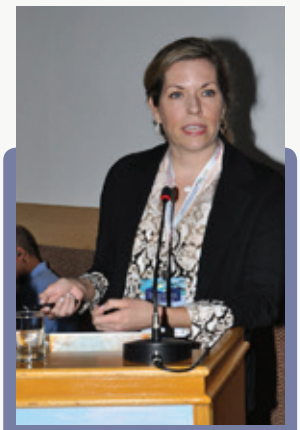
Maurice Chung


Mona Orady

Nisse Clark

Olivier Soubrane

Salvador Morales


Sarah Cohen

Búzios 2017

Durante o congresso de Búzios foi eleita a nova Diretoria Executiva da SOBRACIL-RJ, para o biênio 2018/2019, presidida por

Mauricio Rubinstein

Maurício comentou o congresso: "nossa SOBRACIL continua a mostrar sua união e isso foi muito bem demostrado nesse último evento em Búzios, onde mais de 700 colegas puderam trocar experiências e discutir a respeito das melhores técnicas minimamente invasivas no nosso mundo cirúrgico.

Esperamos em 2018, no capítulo Rio de Janeiro, manter o excelente trabalho desenvolvido pelo Dr. Delta Madureira e desenvolver novos projetos, especialmente na área de Cirurgia Robótica, onde muitos colegas tem demonstrado profundo interesse. A parceria com a SOBRACIL Nacional será de suma importância, a fim de estimular projetos com treinamento e certificação da cirurgia robótica.

Nosso Capítulo do Rio de Janeiro tem como principais atividades:

- 10 vídeos pizzas
- 2 cursos anuais de Videocirurgia
- 4 SOBRACIL Itinerantes
- 1 congresso regional, que está tomando corpo de Congresso internacional com a participação de outras Sociedades importantes e de destaque no Rio de Janeiro e outros estados. Até 2018!"

DIRETORIA EXECUTIVA 2018/2019

Presidente	**Maurício Rubinstein**	Urologia
Vice- Presidente	**Thiers Soares**	Ginecologia
1º Secretário	**Paulo César Jiquiriçá**	Coloproctologia
2º Secretário	**Dyego Benevenuto**	Cir. Ap. Digestivo
1º Tesoureiro	**Gastão Silva Santos**	Cirurgia Geral
2º Tesoureiro	**Alexandre M. Duarte**	Cirurgia Geral
Conselho Fiscal	**Antonio Bispo Jr.**	Cirurgia Geral
Conselho Fiscal	**Guilherme Jaccoud**	Cirurgia Geral
Conselho Fiscal	**José Luis Varela**	Cirurgia Geral

CONSELHO SUPERIOR

Antonio Bispo Jr.	Cirurgia Geral
Claudio Crispi	Ginecologia
Delta Madureira Filho	Cirurgia Geral
Flavio Malcher	Cirurgia Geral
José Júlio Monteiro F.	Cirurgia Geral
Marcus Dantas	Cirurgia Geral
Osmar Creuz	Cirurgia Geral
Renam Catharina Tinoco	Cirurgia Geral

CONGRESSO EM BÚZIOS SURPREENDEU GINECOLOGISTAS

O Congresso foi sensacional!! Esta foi a exclamação entusiasmada de Claudio Crispi, um dos idealizadores do primeiro congresso da SOBRACIL em Búzios. E ele chama a atenção para o setor de negócios: "a despeito do momento difícil que o país atravessa as empresas mais importantes estavam no Congresso. Foi muito interessante. Conseguimos conciliar uma oportunidade forte de business com a chance de rever os amigos.

"Quero chamar a atenção também para um dos principais temas do congresso, a endometriose, que hoje é um dos temas que mais atrai público, por conta do seu desafio." Claudio Crispi

O congresso de Búzios é sempre muito charmoso e acolhedor. E posso dizer com satisfação, que foi ideia minha, muitos anos atrás, fazermos o congresso em Búzios. Minha sugestão foi muito debatida, eu insisti bastante e vejo hoje que de fato acertei. Hoje é um Congresso que é aguardado por todos

E Claudio Crispi continua: "a sala de Ginecologia, da qual eu participo, esteve cheia todos os dias. E fiquei feliz em ver que mais de 70% das pessoas que estavam lá, eram oriundos dos nossos ensinamentos, dos nossos cursos, mostrando que realmente a ginecologia vem crescendo como área de interesse da cirurgia minimamente invasiva. O programa científico elaborado pelo Thiers Soares foi de alto nível, muito bom e repleto de informações atuais. As discussões conseguiram alcançar um ótimo nível de satisfação para o público, com aulas muito bem preparadas, com todos empenhados em fazer um bom trabalho, especialmente os professores e convidados estrangeiros.

Foi um Congresso que conseguiu contemplar as ansiedades técnicas, científicas, de business e social. Acho que todos saíram de lá felizes e espero que seja novamente em Búzios o próximo Congresso daqui a 2 anos.

"Quero chamar a atenção também para um dos principais temas do congresso, a endometriose, que hoje é um dos temas que mais atrai público, por conta do seu desafio. As aulas relacionadas ao tema foram muito procuradas.

Tivemos boas discussões também relacionadas à infertilidade, uma das consequências da endometriose. As discussões relacionadas às patologias benignas tiveram como destaque o tratamento da adenomiose, que é hoje um desafio e também está ligada a endometriose e aos miomas recorrentes com técnicas de oclusão da artéria uterina, com técnicas de uso de substâncias que são miotônicas. Para mim, esses foram os maiores destaques do Congresso.

De fato todos os temas escolhidos foram bem contemplados e o mais importante, as discussões foram muito boas.

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

REDE D'OR SÃO LUIZ

Medtronic

REACH SURGICAL

Búzios 2017

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

STRATTNER
Representante Exclusivo no Brasil
INTUITIVE
SURGICAL®

Taimin®

ircad
América Latina

bmr
MEDICAL

bhio
supply
KitTAIAP
bhiosupply

astus medical

TC
TÉCNICA CIRURGICA

MEDICAL HEALTH

prosurgery

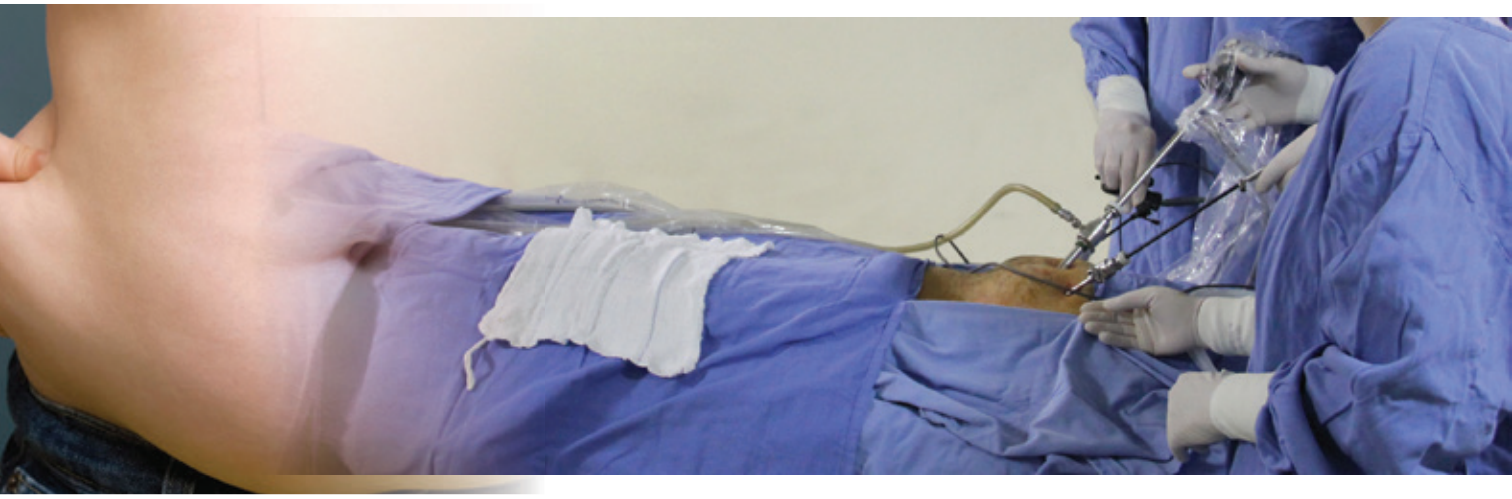
RECIDIVA DA OBESIDADE

APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA

Uma das palestras mais concorridas e que gerou grande número de perguntas e debate foi sobre "Recidiva da Obesidade Após a Cirurgia Bariátrica" realizada por ***Caetano Marchesini****, que nos mandou este artigo sobre o tema.*

Atualmente considerada por muitos autores como a complicação tardia mais comum da cirurgia bariátrica , a recidiva da obesidade deve ser vista por uma ótica diferente da apresentada na literatura.

Nos últimos anos a fisiopatologia da obesidade tem se revelada cada vez mais complexa e os efeitos da cirurgia bariátrica sobre esta doença têm trazido à luz da ciência inúmeras e importantes frentes no papel do seu tratamento. Há duas décadas, cirurgiões acreditaram que haviam descoberto a cura da obesidade e como uma colecistectomia ou apendi-



cectomia, tudo havia se resolvido cirurgicamente, com as então modernas técnicas propostas. De lá para cá muito mudou.

Atualmente há uma compreensão nítida que a obesidade é uma doença crônica e incurável e que deve ser controlada através de acompanhamento por toda a vida do paciente. É este novo conceito que vem sendo postulado por cirurgiões bariátricos e especialidades associadas à este tratamento. Além disso, a informatização e a globalização da informação, também com melhor acesso aos pacientes através do contato direto por e-mail ou indireto e pelas mídias sociais, tem mudado o conceito que a cirurgia resolve tudo, devolvendo ao paciente uma responsabilidade compartilhada no seu tratamento.

A preocupação da comunidade cirúrgica atualmente, gira em torno de achar soluções também cirúrgicas para este grupo de pacientes que podem representar diferentes números, dependendo da técnica primária utilizada. Seguimentos com mais de 5 anos de pacientes submetidos ao bypass gástrico revelam 15 a 20% de recidiva da obesidade podendo chegar a 35% em pacientes superobesos operados. Recentes estudos têm demonstrado que no caso da gastrectomia vertical estes números podem ultrapassar um número perto da metade dos operados. As técnicas com menor recidiva são as derivações biliopancreátricas, com ou sem desvio duodenal, que não ultrapassam 5%. Infelizmente elas têm se mostrado proibitivas por vários motivos.

Há um consenso de que quando se encontra falhas técnicas evidentes como reservatório gástrico demasiadamente dilatado ou fístula gastro-gástrica, a intervenção cirúrgica pode ter efeito esperado com resultados satisfatórios.

Por outro lado, outras causas têm sido atribuídas a este fenômeno. No caso do bypass gástrico o reservatório dilatado, a anastomose gastrojejunal dilatada e alça biliopancreática muito curta. Publicações concomitantes de Nguyen recortando o reservatório gástrico ou de Léon plicando o reservatório demonstraram resultados muito tímidos. Baseando-se no dois últimos , propostas cirúrgicas de alongamento da alça biliopancreática ou intervenção endoscópica sobre a anastomose vem sendo propostas.

Em 1999, o Professor João Batista Marchesini, propôs uma técnica que chamou de Scopinarização. Esta técnica associava a retirada do anel de restrição do bypass a uma transformação do segmento intestinal original aos comprimentos propostos pelo Professor Nicola Scopinaro. Apesar do resultado inicial ser satisfatório, a longo prazo houve uma incidência de 4,5 % de desnutrição e outro grupo de pacientes necessitou de acompanhamento nutricional mais intensivo, o que tornou a técnica praticamente inviável. Outros autores, como Mathias Fobi em 2001,

e Bent Neergard em 2014, propuseram mexer nos comprimentos da alça biliopancreática. A proposta de Fobi teve efeitos nutricionais graves, já a proposta por Neegard, mostrou efeitos positivos na perda de peso e efeitos metabólicos, porém as alterações nutricionais foram mais evidentes necessitando ajuste nutricional mais frequente.

No caso da recidiva da obesidade após a gastrectomia vertical, tem se proposto a sua conversão para o bypass gástrico, o que muitos autores advogam que os resultados não são tão positivos como o bypass ter sido realizado primariamente. Antônio Torres, a partir de 2014, indicou a conversão da gastrectomia vertical para o SADIS, que se trata de uma anastomose duodeno-ileal a 250 cm da válvula ileocecal. Por se tratar de uma derivação biliopancreátrica com desvio duodenal modificada suas alterações nutricionais são muito semelhantes às DBP clássicas, o que colocam a técnica em xeque.

Do outro lado a endoscopia tem tentado encontrar seu caminho neste assunto complexo que é a recidiva da obesidade. Minha experiência pessoal com o balão intragástrico há quase 20 anos forneceu importante informação sobre o tratamento clínico da obesidade. Entendemos que o tratamento endoscópico atualmente tem um papel importante nesta população de pacientes, mas há um viés muito importante que deve ser levado em consideração. Os bons resultados encontrados no tratamento endoscópico estão invariavelmente associados aos pacientes que fazem o acompanhamento psicológico e nutricional frequente, ingresso e continuidade de atividade física levando a mudanças drásticas em seus estilos de vida . Alguns poderiam afirmar então que o tratamento endoscópico não funciona e eu discordo. No Bypass Gástrico, fisicamente consegue-se criar uma barreira de contenção na anastomose gastrojejunal, através da aplicação do plasma de argônio ou sutura endoscópica, levando a uma perda ponderal aguda inicial, resgatando o paciente e criando um elo de ligação com seu tratamento. É nítido que indivíduos com compulsão alimentar e maus hábitos de vida tendem a ter uma resposta ruim, demonstrando que a recidiva da obesidade é multifatorial e seu controle representa muito mais do que apenas cortar e costurar.

As intervenções endoscópicas têm um importante papel de funcionar como um catalisador do processo, acelerando a perda de peso para aqueles pacientes que se dispõem a voltar a fazer o seguimento e tratamento da obesidade. Sempre é bom relembrar que estamos falando de 15 a 20% da população de pacientes operados e um grande número de pacientes se beneficiam com a cirurgia.

Outro conceito importante é o que se pode considerar falha do tratamento. Muitas vezes nós cirurgiões estamos preocupados porque um paciente baixou seu IMC de 60 para 35 e ele teve aparente perda insuficiente de peso ou insucesso cirúrgico. Será? Este paciente não está mais diabético, hipertenso, sua mobilidade melhorou e ele não tem mais apnéia do sono. Seria correto considerarmos apenas seu IMC como parâmetro de sucesso ou insucesso cirúrgico? Não há consenso na literatura do que seria falha do tratamento cirúrgico sendo que os conceitos atuais não têm embasamento científico nenhum.

No intuito de criar uma normatização sobre sucesso em cirurgia bariátrica, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM - promoveu um fórum de discussão envolvendo cirurgiões, endocrinologistas, cardiologistas, nutrólogos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e profissionais de atividade física. Após análise crítica da literatura disponível, somada à experiência dos presentes, foram definidos critérios objetivos para a classificação deste tema segundo o editorial publicado nos Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva de 2015;28 (supl.1) 2-2:

> *"As intervenções endoscópicas têm um importante papel de funcionar como um catalisador do processo, acelerando a perda de peso para aqueles pacientes que se dispõem a voltar a fazer o seguimento e tratamento da obesidade."*

1 Um paciente que não atingiu controle adequado da obesidade é diferente daquele que apresentou recidiva da doença após vários anos com adequado controle;

2 Um pequeno aumento do peso em longo prazo é normal e esperado nas operações bariátricas e metabólicas.

3 O controle das doenças metabólicas, e consequentemente, uma melhor qualidade de vida, são os desfechos a serem alcançados.

4 Em relação aos critérios de sucesso ou insucesso, é adequada a utilização dos seguintes termos:

a. Obesidade controlada: pacientes que atingiram uma Perda do Peso Total > 20% em 6 meses;

b. Obesidade parcialmente controlada: Perda do Peso Total entre 10 e 20% em 6 meses;

c. Obesidade não controlada: Perda do Peso Total < 10% em 6 meses.

5 Em conjunto com a definição de Controle da Obesidade, devem ser analisados:

a. Satisfação do paciente com o resultado obtido;

b. Melhora das doenças associadas independentemente da perda ponderal;

c. Eventual perda ponderal no pré-operatório.

6 Para aqueles pacientes que após um longo período de controle recuperaram peso ou nos quais houve um reaparecimento de doença associada, é correta a utilização do termo recidiva da obesidade, assim classificada:

a. Recidiva: Recuperação de 50% do peso perdido atingido em longo prazo ou recuperação de 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades.

b. Recidiva Controlada: Recuperação entre 20 e 50% do peso perdido em longo prazo.

Obs.: Ganho de peso esperado: Recuperação < 20% do peso perdido em longo prazo.

7 As causas de recidiva pós operatória estão relacionadas a fatores ligados ao paciente (comportamentais e biológicas) e às técnicas cirúrgicas.

8 As causas relacionadas à recidiva, especialmente as comportamentais, devem inicialmente passar por avaliação clínica multidisciplinar, e posteriormente as causas técnicas devem ter solução cirúrgica.

9 Consideramos que a equipe multidisciplinar ideal é composta por: Endocrinologista, Cirurgião, Nutrólogo, Psiquiatra, Nutricionista, Psicólogo, Preparador Físico, Fisioterapeuta e outros profissionais que forem necessários.

A cirurgia bariátrica cresceu muito nos últimos anos envolvendo cada vez mais cirurgiões gerais na sua prática diária. Como consequência procedimentos revisionais para perda insuficiente de peso e recidiva da obesidade também deverão crescer. A morbimortalidade das cirurgias revisionais são maiores do que qualquer cirurgia bariátrica primária e o peso não deve ser o único parâmetro de sucesso e insucesso.

Pacientes que não tem entendimento das razões da recidiva do seu peso, tendem a criar expectativas distorcidas em relação aos tratamentos propostos, esperando que somente o cirurgião irá resolver o problema sem a sua participação, principalmente com acompanhamento da equipe multidisciplinar para vida toda. Distúrbios psiquiátricos graves e drogadição são contra-indicações absolutas para iniciar qualquer tratamento sem a liberação de um psiquiatra. A endoscopia deve ser considerada como uma solução com menor morbimortalidade, resultados aceitáveis e uma forma de resgatar estes pacientes para o tratamento adequado.

SOBRA news

- Presidente: **Armando Melani**
- 1º Vice Presidente: **Flavio Malcher**
- 2º Vice-Presidente: **William Kondo**
- Secretário Geral: **Marcelo Furtado**
- Secretário Adjunto: **Leandro Totti Cavazolla**
- Tesoureiro: **Antonio Bispo Jr.**
- Tesoureiro Adjunto: **Pedro Romanell**

- Jornalista Responsável: **Elizabeth Camarão**
- Fotografias: **Arquivo SOBRACIL**
- Design: **F.Tavares**

www.sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801 sala 308 - Centro Médico Richet - Barra da Tijuca Rio de Janeiro - RJ
CEP 22631-004 - Tel: 21 2430-1608 - Tel/Fax: 21 3325-7724 - E-mail: sobracil@sobracil.org.br

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

SOCIEDADES PARCEIRAS

SLS

SRS Society of Robotic Surgeons

ALACE 25 ANOS

SBH Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal