

Cirurgia Bariátrica Laparoscópica O Presente

Bariatric Laparoscopic Surgery The Present

Ricardo Vitor Cohen¹, Carlos Aurélio Schiavon¹,
José Luis Lopes Correa², José Carlos Pinheiro Filho²

Centro para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida, Hospital São Camilo, São Camilo, São Paulo, Brasil

RESUMO

Os autores discorrem sobre aspectos históricos da cirurgia bariátrica, enfatizando os recentes avanços técnicos. Criam um paralelo com uma hipotética droga, empregando o neologismo: *Bariapil Retard e Bariapil Retard Light*. A primeira, com capacidade de proporcionar perda ponderal sustentada e cura das comorbidades, ou seja, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. A segunda, mais recentemente adotada, é representada pela opção cirúrgica minimamente invasiva, visto que proporciona o mesmo resultado com menor resposta sistêmica e metabólica, menor intensidade de dor e volta mais rápida ao trabalho, dentre outras vantagens. É discutido que a adoção das técnicas bariátricas videolaparoscópicas têm proporcionado um interesse maior de pacientes e cirurgiões, aumentando exponencialmente o número de operações. Baseados em todos esses fatores, afirmam que o acesso laparoscópico para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida é, hoje, a melhor opção disponível no arsenal do cirurgião bariátrico.

Palavras-chave: OBESIDADE MÓRBIDA/história/terapia/cirurgia; VIDEOLAPAROSCOPIA; CIRURGIA LAPAROSCÓPICA.

COHEN RV, SCHIAVON CA, CORREA JLL, PINHEIRO FILHO, JC. Cirurgia Bariátrica Laparoscópica - O Presente. Rev bras videocir 2003;1(4):140-142

Imaginem, por um momento, uma molécula que produza perda de peso efetiva e geralmente duradoura em até 18 meses. Indivíduos com mais de 200 kg poderão perder muito peso com essa descoberta. Vamos chamá-la de *Bariapil Retard*.

A *Bariapil* poderá curar o diabetes do tipo 2 em até 85% dos obesos que tem essa comorbidade. Não somente a glicemia será reduzida, assim como a mortalidade dos obesos diabéticos cairá significativamente¹.

Vamos mais adiante.

Essa descoberta cura uma vasta gama de doenças, umas pouco conhecidas como “pseudotumor cerebri” e outras muito freqüentes na nossa prática diária como incontinência urinária de esforço, hipertensão arterial, apnéia do sono, refluxo gastroesofageano e até mesmo o ronco. Pode melhorar e muito as artropatias por excesso de peso e a infertilidade secundária a obesidade². Vocês não acreditam que o descobridor dessa molécula não ganharia diversos prêmios e até um Nobel?

E, ainda mais.

Nos 40 anos que sucederam essa descoberta, ela foi cada vez mais aperfeiçoada, com a mesma eficácia e muito menos efeitos colaterais...

Hoje, 4 décadas após as 2 operações propostas por EDWARD MASON³, continuamos a melhorar as operações bariátricas. Sem dúvida, o Dr. MASON merece todas as premiações, mas sequer foi lembrado.

O que existe hoje?

Segundo estatísticas da Sociedade Americana de Cirurgia Bariátrica⁴ (ASBS, Outubro de 2003) 40.000 pacientes foram operados em 2001, 86.000 em 2002 e, até setembro de 2003, 120.000!!!

Porque será esse aumento impressionante? Será coincidência? O que dá substrato para tanta popularidade?

É a *Bariatril Retard Light* ou as operações bariátricas laparoscópicas, introduzidas em 1994 por ALAN WITTGROVE⁵. É o presente para o tratamento da obesidade mórbida e suas conseqüências^{6,7,8}

Diversas são as razões que suportam o acesso minimamente invasivo para o tratamento da obesidade mórbida. As mais importantes podem ser aqui enumeradas:

- Foi comprovado que a laparoscopia intervencionista tem repercussões sistêmicas e metabólicas mais atenuadas, principalmente em obesos;
- O tempo de internação hospitalar é menor e as admissões em unidades de tratamento intensivo tende a zero;
- Após cumprir curva de aprendizado (que pode ser longa) o tempo operatório torna-se mais curto;
- A dor mensurada subjetiva é objetivamente é menor;
- Complicações da incisão, assim como as pulmonares são muito menos freqüentes;
- O retorno ao trabalho é muito mais rápido;
- Os resultados a longo prazo, com até 10 anos de seguimento, são no mínimo iguais aos das operações abertas;
- A aceitação dos pacientes ao tratamento cirúrgico é muito maior, assim como a dos clínicos que indicam a operação.

Analisando todos estes fatores e reconhecendo que a história é uma repetição de fatos (quem não se lembra da velha frase “a colecistectomia por minilaparotomia é idêntica, senão melhor que a laparoscópica”...?) podemos afirmar, baseados em experiência própria^{9,10} e dos grandes cirurgiões pelo mundo afora, que o PRESENTE da cirurgia bariátrica é o acesso videolaparoscópico, independente da técnica empregada.

O cirurgião que não indicar a *Bariatril Retard Light* não estará oferecendo o melhor para seu paciente.

O futuro?

Talvez confiemos em drogas milagrosas ou engenharia genética.

ABSTRACT

The recent advances in bariatric surgery are discussed. Hypothetical drugs – Bariatril Retard and Bariatril Retard Light are described. The first has the capacity of promoting sustained weight loss and cure of comorbidities, meaning the solution of morbid obesity. The second, the laparoscopic access lately adopted, produces the same effects, carrying the well known advantages of the minimally invasive procedures as less intense stress response, less pain intensity and swifter return to work, among others. It's stated that the spread of the laparoscopic approach increased the interest of patients and doctors, consequently increasing the number of operated cases. Based on all those factors, the laparoscopic access to surgically treat morbidly obese patients is today the best available tool to the bariatric surgeon.

Key words: MORBID OBESITY/history/therapy/surgery; VIDEO-ASSISTED SURGERY; LAPAROSCOPIC SURGERY.

Referências Bibliográficas

1. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. *Ann Surg* 1995; 222:339-352.
2. Kellum JM, DeMaria EJ, Sugerman H. The surgical treatment of morbid obesity. *Obes Surg* 1998; 35:796-851.
3. Mason EE, Tang S, Renquist KE, Barnes DT, Doherty C. A decade of change in obesity surgery. *Obes Surg* 1997; 7:189-197.
4. ASBS. Operative Registry, Spring 2003.
5. Wittgrove AC, Clark GW, Schubert KR. Laparoscopic gastric bypass, Roux-en-Y: Technique and results in 75 patients with 3-30 months follow-up. *Obes Surg* 1997; 6:500-504.
6. Cohen RV, Schiavon CA, Moreira Filho L (Eds). In *Metabolic and systemic responses following interventional laparoscopy*. RG Landes Medical Publishers, Austin, TX, 1994.
7. Schauer PR. Physiologic consequences of laparoscopic surgery. In: Eubanks WS, Soper NJ, Swanstron LL (Eds): *Mastery of Endoscopic Surgery and Laparoscopic Surgery*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000; p.22-38.
8. Sirinek K, Page C, Miller J, et al. Laparoscopic approach is procedure of choice for cholecystectomy in morbidly obese patients. *Surg Endosc* 1998;12(5):387.

9. Cohen RV, Pinheiro Filho JC, Schiavon CA, Correa JL - Derivação Gástrica em Y de Roux por Via Laparoscópica para o Tratamento da Obesidade Mórbida. Aspectos Técnicos e Resultados. Rev bras videocir 2003;1(1):15-20.
10. Cohen RV, Pinheiro Filho JC, Schiavon CA, Correa JL- Laparoscopic Bariatric Surgery: New Technologies, Trends and Perspectives. Rev Hosp Clinicas Fac Med S Paulo 58(5):I-VIII, 2003.

Recebido em 23/11/2003
Aceito para publicação em 28/11/2003

**CIRURGIA BARIÁTRICA
LAPAROSCÓPICA – O PRESENTE**

*Ricardo Vitor Cohen¹, Carlos
Aurélio Schiavon¹, José Luis Lopes Correa²,
José Carlos Pinheiro Filho²*

1. Coordenadores do Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida; Doutores em Cirurgia pela FMUSP, Hospital São Camilo, São Paulo/SP.

2. Cirurgiões Centro de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida, Hospital São Camilo, São Paulo/SP.

Endereço para Correspondência

RICARDO VITOR COHEN
Rua Padre João Manuel, 222 cj 120
CEP: 01.411-000
São Paulo, SP - Brasil
e-mail: rvcohen@attglobal.net