

# Novas Propostas para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade

## *Alternatives for Surgical Treatment of Obesity*

**Sérgio Santoro**

*“Nichts ist dauernd als der Wechsel”*

*Nada é duradouro como a mudança.*

*L. Borne (escritor alemão; 1786-1837)*

SANTORO S. Novas Propostas para o Tratamento Cirúrgico da Obesidade. Rev bras videocir 2005; 3 (3):115-118.



O tratamento cirúrgico da obesidade tem sido alvo de muitas propostas novas e de variações técnicas. Alguns imaginam que tal fato seja inoportuno, por ser perigoso. Entretanto, o espírito humano se inquieta diante de problemas e os problemas são a mola propulsora da criatividade humana, desenvolvida para encontrar soluções. Essa inquietude brota da percepção que as técnicas atuais, embora muito melhores do que outras do passado, ainda são um tanto problemáticas. Isto fica evidente diante da coexistência de várias técnicas desde as puramente restritivas até as basicamente malabsortivas, com um extenso leque de opções entre elas.

Entre as técnicas em uso pleno há a Banda Gástrica, que configura estenose proximal gástrica, que pode determinar disfagia a sólidos, assim como a dilatação do esôfago. Conseqüentemente ocorre piora do padrão alimentar dos pacientes, que ao migrarem para dietas mais macias, as empobrecem de talos, verduras e frutas fibrosas, e às vezes, as enriquecem em purês, cremes e líquidos hipercalóricos.

Há também as derivações biliopancreáticas (à Scopinaro ou com “Duodenal Switch”). Estas, com o intuito de excluir parte do intestino do trânsito, viram-se obrigadas a excluir também o duodeno, para não provocarem uma exclusão completa (de nutrientes e de secreções biliopancreáticas), como as derivações jejunoileais faziam e que resultaram em atrofia de mucosa, proliferação e translocação bacteriana para o sangue portal, seguida de descompensação hepática e artralguas. Ao excluïrem duodeno e jejuno integralmente, as derivações biliopancreáticas

causam perda de importantes funções absorptivas, gerando malabsorção inespecífica que inclui nutrientes não calóricos e proteínas, além de diarreia, superpopulação bacteriana pela exposição a nutrientes não absorvidos, flatulência e odor fecal marcante. Ainda assim, a descompensação hepática não foi extinta, posto que ainda há exclusão de nutrientes, atrofia de mucosa e superpopulação bacteriana. Há até pacientes aguardando transplante de fígado por isso.

Há também as técnicas ditas híbridas (restritivas e malabsorptivas) entre as quais o “bypass” gástrico em Y de Roux (BGYR), com ou sem anel, é o representante maior. Esta técnica tem sido a mais aceita como a capaz de obter os melhores resultados. Entretanto, esta técnica deve ser alvo de muita reflexão, tanto em suas virtudes como em seus defeitos.

Primeiro, por ter sido concebida como híbrida, entende-se que cause malabsorção. Causa de fato. Porém, não de nutrientes geradores da obesidade, uma vez que não há malabsorção de açúcares e de gordura. A malabsorção é apenas de nutrientes não-calóricos (cálcio, ferro, folatos, etc). Portanto esse componente não é apenas inútil, mas indesejado.

Assim, torna-se lícito supor, portanto que a técnica funcionaria por seu componente restritivo. Se tal fosse, não deveria ter resultados muito diferentes dos obtidos com uma banda e os dados mostram superioridade inequívoca do BGYR. Então o que o faz melhor? Seria a possibilidade de “*dumping*” criada pela gastroenteroanastomose que exclui o piloro? Parece que não. Trabalhos mostram que a inibição da ingestão de alimentos hipercalóricos por “*dumping*” não é freqüente o suficiente para justificar a superioridade observada, que por sinal se dá também naqueles que jamais tiveram “*dumping*”.

Estudos muito posteriores ao desenvolvimento do BGYR mostraram que este procedimento provoca a inibição da produção de grelina, entero-hormônio orexígeno. Desta forma, a análise desses conhecimentos do ponto de vista histórico nos faz acreditar que a melhor virtude do BGYR tenha ocorrido de modo não planejado, literalmente por acaso. O mesmo ocorreu com a rápida cura do diabetes mellitus (antes mesmo de perda significativa de peso) pela Cirurgia de Scopinaro. Posteriormente se descobriu que esta benesse inesperada advinha da chegada precoce de nutrientes ao íleo, com conseqüente produção intensificada e célere de GLP-1 (*glucagon-like peptide 1*), polipeptídio YY e possivelmente, Oxintomodulina.

Vê-se que as coisas funcionaram de modo diverso do planejamento inicial dos idealizadores das referidas técnicas. Portanto, cabe rever a real importância da restrição e da malabsorção do BGRY, uma vez que ambos se atrelam aos efeitos adversos da técnica (vômitos, carências de cálcio, ferro, etc.). É possível que regular entero-hormônios seja mais importante que restringir ou gerar malabsorção, mesmo porque os naturalmente magros não apresentam quaisquer destes mecanismos.

A última década foi profícua em gerar conhecimentos sobre o controle neuroendócrino do ciclo fome-saciedade, do entendimento do controle hipotalâmico dos estoques e do gasto energético e das relações entre a obesidade e as suas doenças associadas, em especial o diabetes, a hipertensão arterial e os fenômenos aterotrombóticos. Os procedimentos clássicos foram descritos há mais de uma década. Inserir tais conhecimentos no planejamento de novos procedimentos é inevitável, o que certamente trará benefício.

Diante do fato que o BGYR, considerado o melhor procedimento para a obesidade, ainda causa vômitos em freqüência expressiva, provoca a exclusão gástrica, pilórica e duodenal, sacrificando suas funções que não guardam relação com a gênese da obesidade, mas que provocam carências nutricionais, “*dumping*” eventual e perda do acesso endoscópico a estas porções, é natural reconhecer que sim, há problemas. Portanto, é razoável que se busquem soluções. Felizmente, faz parte da natureza humana criar, modificar e inventar quando nos deparamos com uma situação não ideal. Movido por problemas, o homem criou a Medicina e cotidianamente a reinventa e a renova em prodigioso progresso.

Claro é que a máxima nobreza do substrato da Medicina exige cuidado. As modificações devem ser fruto de profunda revisão e entendimento dos eventos passados. Os fóruns de discussão de novas propostas devem ser os estritamente científicos, os anfiteatros, os congressos, os jornais médicos e não a mídia leiga. Só assim as propostas podem ser corretamente debatidas e avaliadas, podendo então servir para lapidar o que temos e não para a autopromoção. Comitês de Ética em pesquisa devem ser consultados antes de qualquer movimento, informação aos pacientes, termos de consentimento livre e esclarecido, publicação de notas prévias e resultados precoces, intermediários e tardios, estudos comparativos, estudos fisiológicos são indispensáveis. O embate entre conservadores e inovadores gera reflexão e argumento, lapida as novas idéias e seleciona as que devem permanecer, entre as que perecerão. *“Não há mudança sem inconvenientes, nem de pior para melhor”* (R. Hooker, teólogo anglicano, 1554-1600)

Mas, cumpridos os cuidados de natureza ético-científica, para que amanhã seja melhor que hoje, compreender melhor e inovar é preciso. No território do tratamento cirúrgico da obesidade, o Brasil tem sido pródigo em inovações, algumas solidamente construídas em argumentos de ampla base científica, outras nem tanto e algumas, produzidas sem o cuidado recomendado, ignorando o passado e condenadas, portanto, a repetir seus erros.

A Resolução 1766/05 do Conselho Federal de Medicina vem para estabelecer e normatizar os procedimentos “mais empregados” (usando o termo da resolução), mas certamente não para interromper o processo de solução de problemas e a contínua reavaliação que nos impulsiona à frente, mesmo porque, com frequência, a fé de hoje é a heresia de amanhã (vide o destino do “bypass” jejuno-ileal). Apresentar, discutir, refletir, publicar, criticar e rebater são atividades que se espera que ocorram nos jornais e congressos médicos (não nos programas de auditório).

Entre outros assuntos, o presente fascículo da Revista Brasileira de Videocirurgia traz dois artigos que versam sobre propostas de alterações técnicas no tratamento cirúrgico da obesidade.

O primeiro, um “bypass” biliopancreático com preservação gástrica, me parece (a confirmar) que constitui, pelo menos, uma melhoria na técnica clássica de Scopinaro. Preserva o estômago distal, simplificando o procedimento. Cria um “estômago retido” que diferentemente de um “antro retido”, por conter mais secreção ácida, pode amenizar uma eventual hipergastrinemia. Também por originar mais secreções, estimularia mais a secreção duodenal, o que propiciaria maior fluxo no segmento duodeno-jejunal excluído. Entretanto, não conserta o principal inconveniente das derivações biliopancreáticas: a longa exclusão duodeno-jejunal, com a perda das preciosas funções e com a formação de um “criadouro” de bactérias que “deságuam” ácido e gás no canal comum, contribuindo para a diarreia. Talvez seja um passo a frente, mas não suficientemente grande.

O segundo apresenta a somatória da gastrectomia vertical, cada vez mais reconhecida como intervenção mecânica e neuroendocrinologicamente útil e sem estenoses nem grandes perdas funcionais, a um bypass jejunoileal látero-lateral aberto o que, na intenção dos autores, evitaria uma exclusão. Entretanto, a experiência mostra que o caminho de menor resistência, na ausência de bombas motoras ou piloros, torna-se o preferencial, de modo que com o tempo teremos um bypass total e uma longa exclusão jejunoileal (repetindo antigos erros) ou bypass nenhum. Macby (Am J Surg. 1965 Jan;109:32-8) desenhou alça de recirculação intestinal para o tratamento do intestino curto e mesmo colocando todo o peristaltismo e direção a serviço do caminho mais longo, ainda assim houve estase intestinal e o tratamento fora abandonado. Entretanto, a simplicidade da idéia, o entendimento de ganhos neuroendócrinos com a “alimentação” ileal, a demora para o aparecimento de efeitos deletérios e sua fácil e plena reversibilidade cria possibilidade de uso temporário nos pacientes de risco, até que o risco diminua e procedimentos definitivos possam ser feitos. Parece imperfeito, mas pode não ser inútil.

Em ambos os casos, como as diferenças são sutis e de longo prazo, o tempo e a atenção dos fóruns científicos é quem dirá. Sociedades, Jornais, Resoluções e Congressos Médicos devem normatizar, vigiar e constantemente discutir e avaliar as mudanças, mas não brecá-las, porque há problemas. Mídia leiga, só para educar, não para propor!

Problemas requerem que se recolha a sabedoria obtida no passado, que se analise as necessidades presentes e que se vislumbre o futuro. Requerem estudo, a concentração e a criatividade humana. O cuidadoso e respeitoso confronto de idéias, nos fóruns científicos, entre aqueles que adotam técnicas clássicas e aqueles que pretendem criar inovações, que supostamente reduzam os problemas atribuídos àquelas, tende a criar opções para os primeiros e a refrear os ímpetos dos segundos. Todos ganham. Assim é a ciência. Vamos à Revista!

### SÉRGIO SANTORO

*Editor associado da Revista Brasileira de Videocirurgia*  
*Mestre em Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*  
*Membro Titular do CBCD - Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva*  
*Membro Titular da SOBRACIL - Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica*  
*Especialista em Terapia Nutricional pela SBNPE*  
*Cirurgião no Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo*  
*E-mail: sergio@santoro.med.br*