



Dr.
**António
Sérgio**
CLÍNICA

Este livro destina-se a prestar informações sobre as várias técnicas cirúrgicas existentes para controlar a obesidade mórbida, tentando levar as pessoas que consideram a hipótese cirúrgica a compreenderem a cirurgia, não só o porquê da cirurgia para tratar esta doença, mas também como esta os poderá ajudar a perder peso.

Este livro tem como pretensão única a descrição das cirurgias que se praticam com mais frequência na obesidade mórbida e tentar fazer entender os seus mecanismos de acção. No entanto, não pretende de maneira nenhuma substituir o cirurgião bariátrico que será sempre a melhor fonte de informação, para lhe explicar em detalhe os benefícios, as vantagens e desvantagens, riscos e complicações do processo cirúrgico

SPC
Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade

plastimede

Cirurgia da obesidade.

O que o doente deve saber.

Dr. António Sérgio

Dr.
Antonio
Sergio

CLÍNICA

■ INTRODUÇÃO

O que é a obesidade e quais são as suas implicações para a saúde

Obesidade é a forma mais comum de má-nutrição no mundo ocidental. É uma doença crónica de armazenamento excessivo de gordura, com muitos anos de evolução, sendo multifactorial na sua génese, geneticamente relacionada, ameaçadora da vida humana, com elevado significado médico, psicológico, social, físico e económico. Como tal envolve na sua génese factores hereditários, bioquímicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais.

A prevalência no nosso País para a obesidade é estimada em 13% para o sexo masculino e 15% para o sexo feminino.

O grau de obesidade é avaliado em termos de Índice de Massa Corporal (IMC). Este índice medido em Kgs/m^2 foi encontrado através de estudos de densitometria corporal, como o indicador mais preciso do grau de “gordura” para todas as alturas. Segundo a classificação do Instituto Nacional de Saúde Americano é recomendado que o IMC fosse usado para classificar a obesidade e estimar o risco relativo de doença comparado com as pessoas com peso normal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kgs)}}{\text{Altura}^2} = \text{Kgs/m}^2 \quad \text{Tem várias gradações:}$$

$\text{IMC} > 18 < 25 \text{ Kgs/m}^2$	Normal
$\text{IMC} > 25 < 30 \text{ Kgs/m}^2$	Excesso de peso
$\text{IMC} > 30 < 35 \text{ Kgs/m}^2$	Obesidade moderada (grau I)
$\text{IMC} > 35 < 40 \text{ Kgs/m}^2$	Obesidade grave (grau II)
$\text{IMC} < 40 \text{ Kgs/m}^2$	Obesidade mórbida (grau III)

A obesidade é um problema de saúde grave pois está associada a doenças debilitantes, progressivas e com um risco relativo de aumento de mortalidade em relação à população normal quando o Índice de Massa Corporal é igual ou superior a 30 Kgs/m^2 . A obesidade acarreta múltiplos problemas de saúde que se listam a seguir:

■ Aparelho Cardiovascular

- Hipertensão arterial
- Aterosclerose
- Insuficiência Cardíaca congestiva
- Angina de peito

■ Complicações Metabólicas

- Hiperlipidémia
- Alterações de tolerância à glicose e diabetes tipo II

■ Sistema Pulmonar

- Dispneia e fadiga
- Síndrome de Picwick
- Apneia de sono
- Embolismo Pulmonar

■ Aparelho Gastrointestinal

- Esteatose hepática
- Litíase vesicular
- Carcinoma do cólon

■ Aparelho Genitourinário e Reprodutor

- Infertilidade e amenorreia
- Incontinência urinária de esforço
- Hiperplasia endometrial e carcinoma do endométrio
- Carcinoma da mama
- Carcinoma da próstata
- Hipogonadismo hipotalâmico
- Hirsutismo

■ Outras Alterações Médicas

Artrite degenerativa
Insuficiência venosa crónica
Hérnias
Propensão aos acidentes

■ Alterações Socio-económicas e Psicosociais

Discriminação educativa, laboral e social
Isolamento Social
Depressão e perda de auto-estima

A obesidade em Portugal tem aumentado nas últimas duas décadas. Mais de 40% da população adulta tem excesso de peso ou é obeso. A obesidade em crianças e adolescentes também tem vindo a aumentar, com repercussões graves na sua saúde. Pensa-se que em Portugal entre 100.000 a 300.000 pessoas padeçam de obesidade mórbida, com um aumento considerável do risco de doenças graves e possibilidade de uma expectativa de vida muito mais curta.

Esta obesidade chama-se mórbida porque é uma doença progressiva, grave, debilitante, assumindo em alguns casos proporções de doença maligna (obesidade maligna). As consequências sociais, psicológicas e económicas da obesidade mórbida são devastadoras.

Desafortunadamente o tratamento conservador da obesidade mórbida não é eficaz a longo prazo. Mais de 95% dos doentes recuperam em poucos anos o peso perdido após o tratamento conservador.

■ PORQUÊ CIRURGIA?

O tratamento médico para a obesidade clinicamente severa (mórbida), inclui combinações várias de dietas de baixas calorias, modificação comportamental, exercício físico e agentes farmacológicos. O maior problema deste tipo de abordagem é a sua incapacidade em manter um peso corporal reduzido na maior parte dos doentes obesos, havendo uma alta incidência da ineficácia em sustentar no tempo uma

perda de 10% de peso com este tipo de tratamento.

Devido aos riscos graves relacionados com este grau de obesidade, o relativo baixo risco do tratamento cirúrgico e a ineficácia das intervenções médicas ou dietéticas, bem como a gravidade que podem trazer as variações de peso como resultado de tratamentos conservadores ineficientes (efeito yo-yo), a cirurgia bariátrica tem vindo a afirmar-se neste universo, devido aos bons resultados não só na diminuição do peso conseguida e mantida, mas também com a melhoria das doenças que a acompanham.

Antes de se pensar em cirurgia para a obesidade o doente deverá pesar, pelo menos, 45 kg acima do seu peso ideal (IMC superior ou igual a 40 Kg/ m^2), a partir desse momento a cirurgia deverá ser considerada como tratamento de uma doença debilitante e não estético. No entanto, a cirurgia poderá ser considerada noutras situações de menor peso se for determinado que do ponto de vista médico existem razões suficientes para a redução de peso e a cirurgia a única forma de a obter. A perda de peso com a cirurgia não é igual para todos os doentes da mesma forma, ela varia de acordo com vários factores : idade, peso inicial, capacidade para fazer exercício, ingestão de doces, tipo de cirurgia efectuada, etc. Em média os doentes perdem entre 30 % a 40% do peso inicial entre os 12 e 18 meses. No entanto nos mais pesados, a perda de peso tende a ser mais prolongada no tempo.

■ POSSO SER OPERADO?

Embora haja algumas excepções, antes de ser indicada a cirurgia o doente deverá:

- Ter realizado várias tentativas de redução de peso devidamente orientadas pelo médico, sem sucesso
- Ausência de patologias severas que condicionem o acto cirúrgico
- Possuir um Índice de Massa Corporal superior a 40 kg/m^2
- Possuir um Índice de Massa Corporal entre os 35 e 40 kg/m^2 , se já tiver patologias associadas dependentes da sua obesidade.

Algumas patologias do foro psiquiátrico podem ser uma contraindicação para a cirurgia se não estiverem devidamente controladas ou não se obtenha concordância

do médico psiquiatra que o acompanha.

Para se entender como a intervenção cirúrgica ajuda a perder peso é importante ter a noção de como funciona o aparelho digestivo.

Assim, os alimentos após mastigação são ingeridos através do esófago que não é mais do que um tubo muscular longo dando entrada no estômago. O estômago que normalmente poderá conter quantidades superiores a 1500 mls de alimentos, mistura-os com o ácido clorídrico e tritura o bolo alimentar fazendo passar para o intestino delgado (duodeno), onde se dá a mistura com os restantes sucos hepáticos e pancreáticos, onde se continua a digestão e se produz a absorção da maior parte dos nutrientes. O intestino delgado que mede normalmente entre 4.5 e 6 metros é o grande responsável pela absorção. Como se disse anteriormente, os alimentos passam para o duodeno, misturando-se com a bile e o suco pancreático, esta área do intestino é também um grande responsável pela absorção de ferro e cálcio. O segmento mais distal do intestino delgado também chamado de íleon, desempenha um papel importante na absorção de nutrientes e em particular das vitaminas solúveis em gordura (A, D, E e K). Quando o conteúdo do íleon entra no cólon, a sua consistência que até aqui era líquida passa a ser sólida, devido à absorção de água que se realiza no cólon.

O princípio fundamental da cirurgia da obesidade é alterar a relação de ingestão / absorção-consumo de energia que na obesidade é favorável ao primeiro conjunto, provocando assim uma acumulação de energia aumentando o peso. Portanto, a redução da ingestão de alimentos ou da sua absorção e o aumento de actividade física causarão a perda de peso por alteração desta dinâmica.

■ COMO PODE O PESO SER CONTROLADO PELA CIRURGIA?

A cirurgia pode controlar o peso alterando o balanço energético de duas maneiras:

1. Diminuir quantidade de alimentos que se ingere (restrição);
2. Fazer com que parte dos alimentos não sejam digeridos e completamente absorvidos (mal absorção), sendo eliminados pelas fezes;
3. Diminuir a quantidade de alimentos ingeridos e fazer com que parte destes

sejam mal digeridos e completamente absorvidos (mistos – restrição/ mal absorção). O aparecimento destes processos para tentar controlar o peso não foi obra do acaso, mas sim de observações realizadas pelos cirurgiões de operações feitas para tratamento de outros tipos de doenças, como o cancro e outras, nas quais havia necessidade de se remover parte do estômago ou intestino delgado. A quase impossibilidade de se manter o peso e/ ou mesmo aumentá-lo com este tipo de procedimentos cirúrgicos levou a pensar que com algumas modificações se poderiam aplicar estas cirurgias à perda de peso na obesidade mórbida.

É muito importante termos uma ideia de como funcionam estas cirurgias, porque muito se alterou nos últimos anos.

Durante os últimos anos aprendemos que para controlar o peso com uma cirurgia que sómente restrinja a ingestão alimentar, há necessidade de criar um reservatório na parte superior do estômago, com uma capacidade inicial pequena, que varie entre 15 e 25 mls, e que se ligue ao restante estômago através de um estoma, promovendo assim uma menor ingestão de alimentos. Este estoma que normalmente é estreito, poderá ser de tamanho variável nas bandas gástricas ajustáveis ou ser mesmo reforçado com material protésico para evitar a sua expansão nas outras cirurgias. Portanto, o pequeno reservatório e a saída estreita produzem uma rápida sensação de saciedade que, nos doentes que cooperam e são cumpridores, induz uma modificação de comportamento diminuindo por conseguinte a ingestão calórica e induzindo à perda de peso.

Neste tipo de cirurgia existe um compromisso muito grande do doente com o médico e a cirurgia, existem duas regras que são fundamentais cumprir:

- mastigar tudo muito bem;
- engolir os alimentos muito devagar

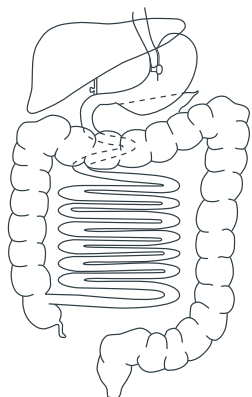
Porque se assim não for, o doente pode ter dor, refluxo alimentar ou vômitos podendo aumentar o tamanho do reservatório (dilatação), a saída ou ambos, perdendo-se o propósito da cirurgia. Devem sempre ser evitados o consumo de líquidos com um alto teor de calorias e a ingestão de alimentos fora de horas (snacks). A falta de cumprimento destes preceitos é uma das razões mais frequentemente verificadas

para o fracasso. Este tipo de cirurgias, simples e de menor risco, nem sempre produzem a perda de peso esperado pelos cirurgiões e doentes. Por isto se começaram a utilizar as técnicas de malabsorção, algumas das quais incluem o bypass de grandes segmentos do intestino delgado. A grande desvantagem é que os riscos, complicações e os efeitos secundários aumentam com o alargamento do bypass intestinal. Juntamente com o seu cirurgião, deverá avaliar completamente os riscos e os benefícios de cada operação. No entanto, tenha sempre presente que quanto mais complexa for a intervenção cirúrgica para o ajudar na perda de peso, mais sérios serão também os riscos e efeitos secundários. Pergunte ao seu médico, inteire-se completamente do que lhe poderá acontecer com qualquer um dos processos cirúrgicos, contacte com outros doentes e só depois de estar certo da cirurgia que vai realizar avance para a cirurgia. Tenha sempre presente que a cirurgia não cura a obesidade e que sómente os doentes bem informados e dispostos a alterar a sua vida fazem com que estas operações sejam um êxito.

São muitas as fontes disponíveis no mercado para o ajudar a eleger uma técnica cirúrgica, inclusive a Internet, mas nunca se esqueça de se esclarecer devidamente com o seu médico, pois só ele o poderá pôr a par de todas as alterações que vai sofrer e só ele conseguir eleger qual o melhor método cirúrgico para o ajudar a emagrecer.

CIRURGIAS QUE PROVOQUEM RESTRIÇÕES GÁSTRICAS

1. Gastroplastias Verticais



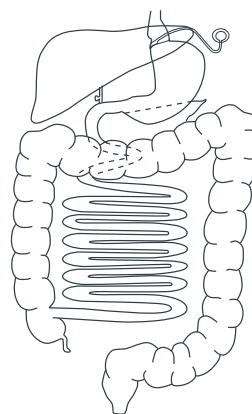
Gastroplastia Vertical com anel

Nestes processos, a cerca de 6 cms da junção do esófago com o estômago provoca-se uma abertura no estômago, realizando-se em seguida aagrafagem do estômago, criando-se assim um reservatório que terá uma capacidade de cerca de 15 mls. Em algumas situações a saída deste reservatório é reforçada com uma cinta de malha plástica ou com um anel para evitar que este estoma se alargue, perdendo assim o efeito de restrição. Além disso, o estômago pode ser separado (reservatório

para um lado e restante estômago para o outro) para diminuir a capacidade de abertura dos agrafos.

O risco destas intervenções é maior que o da colocação de uma banda gástrica devido ao agramento do estômago, que pode resultar numa falha da linha de sutura, podendo levar ao aumento de peso e também a infecções sérias.

2. Bandas Gástricas



Banda Gástrica ajustável

A utilização de banda gástrica é provavelmente a cirurgia mais simples que se realiza para perder peso. Uma banda, confeccionada com material sintético, normalmente silicone, coloca-se à volta do estômago, junto à sua extremidade superior criando uma pequena bolsa e uma passagem mais ou menos estreita para o restante estômago.

Esta técnica não altera o curso normal do aparelho digestivo para a digestão e absorção dos alimentos. O único efeito desejado aqui é a diminuição da capacidade de ingestão para a comida. O volume pequeno da bolsa

gástrica e o diâmetro correcto do estoma, são muito importantes para o êxito da operação. Uma das grandes vantagens desta cirurgia é que o estômago não é cortado, portanto diminuindo brutalmente o risco de infecção e a não existência de falhas na linha de sutura. Outra grande vantagem é que a cirurgia é fácil de visitar e completamente reversível em caso de necessidade. Algumas das bandas são ajustáveis (estão ligadas a um reservatório que se encontra no abdómen através de um tubo) quer isto dizer que o estoma pode ser regulado no seu calibre com a injeção no depósito de uma solução salina ajustando assim o estoma às necessidades do paciente a emagrecer.

Podemos concluir que para se reduzir a ingestão alimentar, as operações restritivas dependem de um reservatório e estoma pequenos e provocam uma alteração radical dos hábitos alimentares por parte do doente, isto é, grande necessidade de mastigar muito bem os alimentos, degluti-los lentamente e ingerir quantidades pequenas,

porque se assim não acontecer a cirurgia pode complicar-se, a bolsa pode dilatar-se, o estoma pode estenotar e haver necessidade de nova intervenção cirúrgica.

QUAIS OS RISCOS DA CIRURGIA COM BANDA?

O risco de mortalidade é muito pequeno (< 0,2%), mas ele existe e deverá ser tido em consideração, porque por vezes implica a estadia do doente em Unidades de Cuidados Intensivos por períodos mais ou menos prolongados e pesados para todos. As principais causas de mortalidade são:

- Embolia pulmonar que não é mais que o entupimento dos vasos que irrigam o pulmão por um coágulo, podendo levar o paciente à morte por insuficiência respiratória. Para se prevenir esta situação, torna-se o sangue mais fino utilizando preventivamente uma heparina de baixo peso molecular que o doente tomará (injecção na barriga), pelo menos por um período de 10 dias
- Infecção abdominal pode também levar à morte, mas nas cirurgias por banda esta complicação é muito rara(<0,2%) e possui um tratamento simples que implica a remoção da banda e drenagem do abscesso, tendo uma mortalidade quase nula.

COMPLICAÇÕES PRECOSES DA CIRURGIA

- Infecção do local do port, obrigando por vezes à sua substituição, podendo mesmo ter que se substituir toda a banda (0,3%)
- Rotura/ desconexão do tubo que liga o port à banda, obrigando a uma pequena cirurgia (com anestesia local), para voltar a conectar o tubo.(2%)
- Deslocação do port, obrigando a uma pequena cirurgia para recolocação deste no seu lugar (1%)

Todas estas situações são muito pouco frequentes

COMPLICAÇÕES TARDIAS DA CIRURGIA

- **Dilatação da bolsa gástrica** – é uma complicação que pode aparecer por volta do ano e meio, dois anos depois, e tem a ver com a dilatação da pequena bolsa

acima da banda, dando como sintomas pirose principalmente nocturna, regurgitação de alimentos, vómitos que se mantêm, e não cedem a qualquer tratamento, quer com medicamentos quer se alargarmos a banda completamente. Esta complicação está muito ligada à forma como os doentes comem, por exemplo é mais frequente nos doentes que tentam ultrapassar os limites da bolsa e vomitam diariamente, ao fazerem isto, submetem a bolsa a um esforço provocando dilatação e, quando a bolsa dilata obriga a nova intervenção cirúrgica para reposição da banda. Portanto evite sempre ultrapassar as quantidades aconselháveis e mastigue muito bem os alimentos. Tem uma incidência na ordem dos 2%

- **Deslizamento gástrico** - Esta complicação aparece quando o estômago se introduz por dentro da banda, provocando como uma hérnia, obrigando a uma intervenção de urgência para repor o estômago no seu lugar, evitando que ele necrose, provocando uma infecção intraabdominal grave. Quando esta complicação acontece os doentes normalmente sofrem de dor epigástrica violenta e vómitos que não param, instalando-se de uma maneira súbita. Tem uma incidência na ordem dos 1,5%.

- **Migração intragástrica** – A banda apesar de ser colocada externamente no estômago, pode aparecer no seu interior. É um processo que leva entre 1 a 2 anos. Não sabemos qual a sua causa, mas implica a remoção da banda para evitar complicações como a infecção. Actualmente quando esta complicação acontece a banda é removida por endoscopia, não é mais necessária uma intervenção cirúrgica, e aparece em cerca de 0,5%.

SÃO FREQUENTES AS COMPLICAÇÕES?

Todas juntas contabilizam entre 3 a 4% dos doentes operados e, além disso não põem em risco a vida do doente.

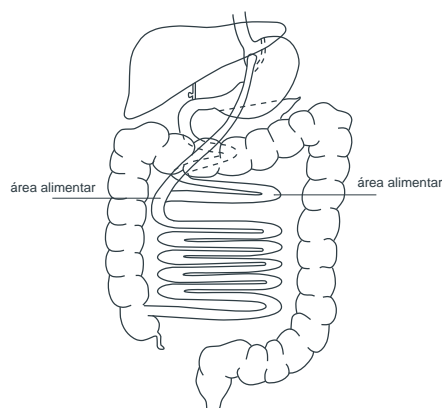
A vantagem principal dos processos restritivos é que os alimentos bem mastigados fazem o seu percurso normal pelo aparelho digestivo de tal maneira que se mantém a absorção de ferro, cálcio, vitaminas e nutrientes. No entanto, há sempre a necessidade de se fazer uma nutrição adequada supervisão médica para o resto da sua vida, pois eventualmente pode haver necessidade de suplementos vitamínicos

embora este procedimento seja muito raro com este tipo de cirurgia.

OPERAÇÃO COMBINADA DE RESTRIÇÃO E MALABSORÇÃO

Este tipo de operações mantém um reservatório gástrico pequeno e um estoma estreito para produzir a restrição à ingestão de alimentos que é a causa principal de perda de peso. Porém, ela exclui a maior parte do estômago e duodeno produzindo malabsorção, que ajuda a perda adicional de peso e provavelmente a mantê-la.

1. Bypass Gástrico em y de Roux



Bypass Gástrico em y de Roux

Esta cirurgia é o protótipo de restrição gástrica combinada com malabsorção. É uma das operações que mais se realiza na América do Sul e Norte, bem como na nossa vizinha Espanha.

O estômago é dividido ou com suturas mecânicas ou manuais, para se obter um reservatório pequeno (+/- 15 mls), do tamanho das cirurgias restritivas. Após esta divisão completa do estômago, divide-

se o intestino delgado para ligar o reservatório gástrico realizado ao intestino e, a outra parte seccionada do intestino liga-se novamente ao intestino formando assim uma ansa em i grego (Y), iniciando-se a absorção dos alimentos somente a partir desta união do intestino com intestino (ansa comum). Portanto, ultrapassa-se uma área grande de trituração e absorção dos alimentos (estômago, duodeno e parte do intestino delgado). Esta malabsorção pode ser maior ou menor consoante o tamanho das ansas intestinais que ficam antes da união das duas ansas; no entanto, quanto maior for a malabsorção instituída maior são os riscos de efeitos secundários.

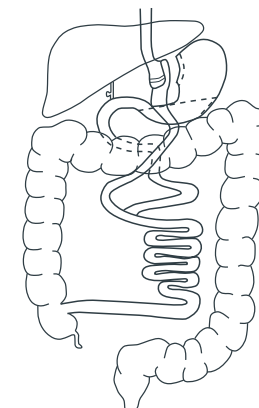
Apesar da perda de peso ser ligeiramente maior que nas cirurgias restritivas puras, neste tipo de operação está comprometida a absorção de ferro, cálcio e vitamina B12 por se ter ultrapassado parte do aparelho digestivo, obrigando sempre a fazer-se complementos de ferro, cálcio, vitamina B12, por estes não serem absorvidos.

A falta de cálcio, em particular na mulheres pós menopausa pode provocar a osteoporose e, em alguns doentes, pode provocar uma doença metabólica dos ossos que pode causar perda de estatura e fracturas nas costelas e colo fémur. Portanto, tem que haver sempre substitutos pelo menos de ferro e cálcio e vitamina B12 pois a sua falta também pode provocar um tipo de anemia.

Além desta deficiência o bypass pode provocar outros efeitos secundários. Um deles é o síndrome de esvaziamento rápido do estômago (dumping), que pode dar náuseas, sensação de mal estar geral, sudorese, desmaio e, às vezes diarreia logo após a ingestão alimentar. Alguns doentes com esta síndrome agravam-no ou desenvolvem-no quando ingerem comidas hipercalóricas (como os doces); aproveitando-se este síndrome como um incentivo para deixar de comer doces e, é nestes doentes que esta cirurgia parece ser mais eficaz, mantendo os amantes de doces, afastados deste tipo de alimentos e assim promovendo um emagrecimento mais rápido.

Podem também ocorrer distorção do reservatório e rotura da linha de agrafos comprometendo-se assim a perda de peso. Outra das desvantagens desta operação é que os segmentos do estômago, duodeno e intestino delgado excluídos não se podem visualizar facilmente quer radiológica quer endoscópicamente no caso de surgirem problemas como úlceras, hemorragias ou tumores malignos.

2. Bypass com anel



Bypass Gástrico vertical dividido com anel

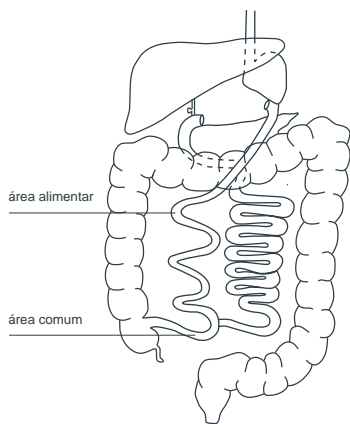
É uma variante do bypass gástrico atrás descrito, só que, para aumentar a restrição é colocado no reservatório gástrico um anel de silástico ou uma malha de polipropileno. Os resultados e as complicações são em tudo iguais à cirurgia atrás descrita, embora com a agravante do anel poder migrar para dentro do estômago.

OPERAÇÃO COMBINADA DE RESTRIÇÃO E MALABSORÇÃO

Estas cirurgias não provocam somente malabsorção porque têm uma componente restritiva que é sempre necessário para a redução de peso e este componente é dado pela agrafagem ou remoção de parte do estômago. O que difere das outras cirurgias é a alteração anatômica do intestino delgado, diminuindo a absorção intestinal, obtendo-se uma maior perda de peso. O que difere nestas cirurgias do bypass gástrico normal é que o canal comum (união da ansa do delgado que provém do reservatório gástrico com a ansa proveniente do restante estômago que traz os sucos biliares, pancreáticos necessário à absorção de gorduras) é um segmento muito curto; estas duas ansas encontram-se muito perto do fim do intestino delgado (íleon) e, como tal, se aplicam todas as considerações discutidas na secção de bypass gástrico no respeitante à malabsorção de alguns minerais e vitaminas lipossolúveis (A,D,E,K) também, agravando também a absorção de proteínas que pode levar à hipoproteinemia e fálência hepática .

No entanto, como este canal comum é normalmente muito mais curto está também aumentada o risco de formação de cálculos biliares, pelo que se recomenda remover a vesícula biliar no mesmo tempo.

1. Derivação Biliopancreatica

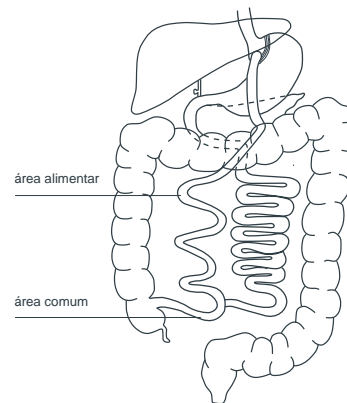


Derivação Biliopancreática SCOPINARO

Na técnica original remove-se cerca de 75% do estômago para produzir a restrição à ingestão de alimentos; divide-se o intestino delgado e liga-se uma das suas extremidades ao reservatório gástrico criando assim a chamada “ansa alimentar”. Todos os alimentos passam por esta ansa, sendo desviados do seu circuito normal e vão –se unir aos sucos provenientes do pâncreas, fígado que são trazidos pela chamada “ansa biliopancreática” junto ao seu final, criando a chamada “ansa comum”, onde se daria a absorção. Como esta ansa é muito curta (50 – 75 cms) a absorção de nutrientes

importantes como as proteínas, gorduras e vitaminas solúveis na gordura podem estar severamente comprometidas podendo produzir complicações graves como a insuficiência hepática e insuficiência renal.

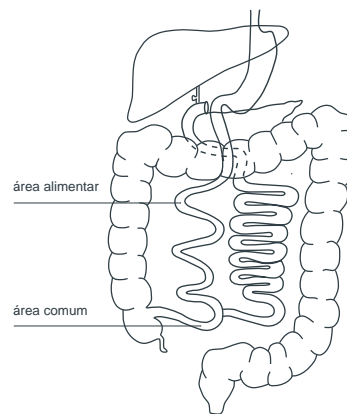
2. Bypass Gástrico em Y de Roux distal



Bypass gástrico em Y de Roux extendido distal

Quando falamos desta técnica, já vimos como se confecciona o reservatório gástrico, que é em tudo semelhante . A única alteração é que a ansa alimentar é menor bem como o canal comum, produzindo assim uma malabsorção maior que o bypass normal, tendo portanto as mesmas implicações que as outras cirurgias malabsortivas no que diz respeito às complicações da malabsorção.

3. Derivação Biliopancreatica com “ansa duodenal”



Derivação Biliopancreatica (Duodenal Switch)

Outra forma de derivação biliopancreatica é o “duodenal switch”. Como na derivação biliopancreatica esta cirurgia engloba ressecção gástrica, mas sómente da área mais exterior correspondente à grande curvatura e fundo gástrica (gastrectomia linear), deixando um tubo gástrico ate ao antro. O duodeno divide-se para excluir os sucos biliopancreaticos. A extremidade proximal da “ansa alimentar” liga-se ao duodeno enquanto que a ansa biliopancreática se une a esta a 100 cms da válvula ileocecal, formando o canal comum.

Em todas as operações de malabsorção há necessidade de um período de adaptação em particular em relação com o número de defecações diárias que no início podem ir até 12 evacuações /dia para fixarem normalmente entre 2 e 6. No entanto, estas defecações normalmente são muito mal odorosas, podendo também existir a possibilidade de aumento de volume abdominal. A grande vantagem destas cirurgias além de serem as cirurgias que promovem uma maior perda de peso e que o mantém ao longo dos anos é que os pacientes podem ingerir uma maior quantidade de comida em relação aos doentes com cirurgia permanente restritiva ou de bypass gástrico.

O que têm de comum estas três operações é a criação de uma “ansa comum” curta mas o tamanho do reservatório gástrico e o comprimento do intestino excluído são muito importantes para prevenir o excesso de malabsorção. No entanto, estas técnicas têm grande alteração na absorção de ferro, vitaminas A, E, D, K, cálcio e proteínas. As ansas comuns mais longas diminuem estas complicações e reduzem a necessidade de hospitalização para tratar os problemas metabólicos, mas a perda de peso é menor,. Portanto, o seguimento do doente requer uma supervisão estreita das deficiências de proteínas, anemia e doenças dos ossos; implicando assim a necessidade de suplementos nutricionais e vitamínicos para o resto da sua vida.

OPERAÇÕES POR VIA LAPAROSCÓPICA

HOJE EM DIA OUVEM-SE FALAR MUITO DA VIA LAPAROSCÓPICA . O QUE É QUE SIGNIFICA?

A operação por via laparoscópica realiza-se com a ajuda de um laparoscópio, que não é mais do que uma câmara de vídeo acoplada a uma fonte de luz que permite visualizar os órgãos abdominais num monitor de televisão.

Para se conseguir obter imagens de cavidade abdominal há que criar uma “cavidade real”, pelo que antes de se introduzir a câmara no abdómen, introduz-se uma agulha para injectarmos CO₂, para criarmos uma cavidade e assim termos acesso a todos os órgãos. Então introduzimos no abdómen através de pequenas incisões na pele que variam entre 0,5 a 1 cm pequenas peças a que chamamos “trocars” a partir

dos quais introduzimos a “câmara” e os instrumentos com que vamos realizar a cirurgia. As grandes vantagens deste método é que:

- é menos invasivo
- inflige menos dor pós operatório
- implica menos complicações do período operatório
- promove uma recuperação mais rápida
- permite um tempo de hospitalização menor

A grande desvantagem é que pode deixar ficar uma dor residual por compressão do músculo que separa o tórax do abdómen “diafragma”, nos ombros e em particular no ombro esquerdo, mas que tem tendência para desaparecer em cerca de 3 – 4 dias.

Todas as técnicas cirúrgicas utilizadas para a obesidade mórbida são reproduzidas por via laparoscópica dependendo fundamentalmente da experiência do cirurgião; no entanto, há sempre que ter em conta que os processos laparoscópicos têm que empregar os mesmos princípios que a cirurgia aberta quando se realiza qualquer uma das técnicas para os resultados serem sobreponíveis. A técnica laparoscópica deve ser precisa e a única diferença da cirurgia aberta é no tamanho das incisões, é portanto somente uma forma de abordagem diferente.

DR. MAS AFINAL QUE CIRURGIA DEVO REALIZAR?

Depois de discutir com o seu cirurgião as complicações que a cirurgia lhe pode trazer, perceber a sua experiência no tratamento desta doença e os seus resultados nomeadamente nas complicações que podem ter o tempo de operação, tempo hospitalização, perda de peso, etc.

Depois de ter entendido a problemática inerente aos procedimentos cirúrgicos e subsequentes complicações como a probabilidade da necessidade de internamentos subsequentes devido a complicações ou problemas metabólicos e o risco que possa necessitar de operações quer seja por falta de perda de peso satisfatório, quer avaliar a possibilidade de reconversão da cirurgia se houver necessidade.

HÁ QUE TER EM CONTA QUE:

Apesar das operações mais complicadas poderem produzir uma maior perda de peso um maior numero de doentes, qualquer um dos processos descritos anteriormente pode falhar na manutenção do peso a longo prazo.

Na medicina a cirurgia não dá garantias. O que se disse até aqui é o que normalmente sucede, mas por vezes outras alterações acontecem que não podemos explicar.

A atitude do doente influi bastante no resultado e êxito da cirurgia da obesidade seja qual for a técnica. Por isso a cirurgia é parte integrante de um tratamento multidisciplinar para o ajudar a perder peso e, a partir do momento que inicie um procedimento de perda de peso deste género saberá que tem uma equipa para o apoiar nas suas necessidades, a si e à família , preparando-o para as mudanças, ajudando-o a alcançar uma perda de peso , melhorar ou resolver os seus problemas médicos graves e aumentar a sua qualidade de vida.

QUE BENEFÍCIOS POSSO OBTER COM A CIRURGIA?

Quando decide submeter-se a uma cirurgia deste género, tem que pensar muito cuidadosamente porque é uma decisão muito importante, após avaliação dos riscos que pode correr, pense que vai tentar mudar a sua vida completamente, não vai realizar uma cirurgia estética, mas sim uma cirurgia abdominal para tentar resolver os seus problemas médicos e aumentar o seu tempo de vida, tornando-a mais saudável e ao mesmo tempo melhorar a sua auto estima.

Os resultados da cirurgia de obesidade medem-se em termos de perda de peso, resolução ou melhoria dos problemas médicos relacionados com a obesidade e qualidade de vida. Geralmente a perda de peso ocorre num período entre 6 – 18 meses após cirurgia. Tão ou mais importante que a perda de peso que a cirurgia promove é a resolução ou melhoria das doenças que acompanham a obesidade mórbida. A melhoria dos diabéticos, a maior parte da medicação que se deixa de tomar. A apneia do sono, que deixa ser problema com o emagrecimento abandonando o uso do CPAP, a hipertensão arterial que em 50 % dos doentes desaparece.

A incontinência urinária de esforço, a acidez gástrica que desaparece ou diminui. O inchaço das pernas, as dores nas articulações que desaparecem. A esterilidade feminina que resolve, as variações nos lipídios e colesterol, diminuindo os riscos de enfartes quer cardíacos quer cerebrais.

Existem portanto muitos benefícios no aspecto médico, mas também é muito importante considerar os benefícios que se obtém na qualidade de vida que sentem a maior parte dos doentes, o sentir-se bem consigo mesmo, o aumento da auto estima , confiança em si, o serem aceites socialmente, abrindo inclusive as portas a melhores oportunidades de trabalho, amizades e relações sociais. “ A cirurgia da obesidade altera de facto a vida dos doentes”.

QUANDO FOR SUBMETIDO A UMA CIRURGIA DE OBESIDADE LEMBRE-SE SEMPRE QUE:

“Nenhuma operação resolve o problema de obesidade sem a colaboração do doente, como também não trará qualquer benefício sem se correr algum risco. O conhecimento de como funciona a operação e o cumprimento de todos os requisitos que ela impõe, ajudá-lo-ão a tornar esta operação um êxito”.