

Associação da Gastroplastia Endoscópica (ESG) com medicações para perda de peso.



Por Dr. Vítor Ottoboni Brunaldi

A doença obesidade acomete atualmente milhões de pessoas no Brasil e no mundo. Isto é ainda mais preocupante pois o número de pessoas adentrando nas faixas de peso que configuram obesidade (índice de massa corpórea – ou IMC, maior que 30) cresce ano após ano. Já sabemos, há bastante tempo, que esta doença crônica (ou seja, que não tem cura – apenas controle) está muito relacionada com diversas outras doenças potencialmente graves como pressão alta, diabetes, colesterol alto (dislipidemia), infartos, derrames (acidentes vasculares cerebrais), e vários tipos de câncer. Por este motivo, requer atenção e cuidado [1].

Existem, nos dias de hoje, diversos tratamentos para a obesidade que variam muito em sua invasividade, eficácia, custos e riscos. Inicialmente, a terapia indicada é dieta com restrição de calorias e mudanças no estilo de vida, buscando hábitos mais saudáveis e idealmente acompanhados por especialistas da área (nutricionistas, educadores físicos, psicólogos). Este é um tratamento não invasivo, de baixo custo e com virtualmente nenhum risco associado. Entretanto, estudos mostram que menos de 1 a cada 20 pacientes com obesidade (IMC maior que 30) consegue perder grande quantidade de peso e manter este peso perdido ao longo dos anos desta forma [2].

No extremo oposto da invasividade e eficácia, existe a cirurgia bariátrica, dentre as quais as mais comuns são a Gastrectomia Vertical (ou Sleeve) e o Bypass Gástrico (ou cirurgia de Capella). Atualmente, as indicações da cirurgia bariátrica são para pacientes que tenham obesidade moderada ou grave (IMC acima da 35) e que tenham tentado, sem sucesso, perder peso com dieta e mudanças de estilo de vida. Para esses pacientes, os benefícios da cirurgia são inquestionáveis. A perda de peso após a cirurgia varia de 20 a 40% do peso total (por exemplo, de 20 a 40kg para um paciente de 100kg) e também melhora diversas doenças associadas como pressão alta, diabetes, colesterol e apneia do sono. Entretanto, existem riscos de complicações da cirurgia e, dependendo do tipo de procedimento realizado, é preciso que o paciente tome suplementos para a vida toda. Por isso, uma parcela significativa de pacientes com indicação de cirurgia recusa o tratamento [2,3].

Apesar do número de cirurgias bariátricas crescer ano a ano, o ritmo de crescimento da obesidade é maior do que o ritmo de crescimento da cirurgia. Por isso, uma parcela importante de pacientes com indicação de cirurgia e que aceitariam o procedimento, não são operados por falta de oportunidade, fila de espera, desconhecimento, entre outros. Estima-se que menos de 1 a cada 50 pacientes com indicação de cirurgia é operado anualmente [1,2].

Isso tudo, somado, cria um número enorme de pacientes carente de tratamento. Para esse grupo de indivíduos que ou não tem indicação de cirurgia bariátrica (IMC entre 30 e 35), ou que tem, mas recusam ou não tem acesso à cirurgia, existem alternativas com eficácia um pouco menor, mas menos invasivas e com menor riscos de complicações. Dentre esses, podemos destacar os tratamentos endoscópicos e o uso de medicações (ou farmacoterapia) [2].

Dentre as técnicas para perda de peso por endoscopia, a Gastroplastia Endoscópica (ou ESG) tem ganhado bastante visibilidade no Brasil e em todo o mundo. A ESG consiste na realização de pontos no estômago através de um sistema por endoscopia chamado de Apollo Overstitch®, que faz com que o órgão fique com um formato tubular e com espaço reduzido. Isso faz com que o paciente tenha mais saciedade com uma quantidade menor de comida, e que fique saciado por mais tempo. Não há cortes na pele nem retirada de partes do estômago ou intestino. Por isso, não diminui a capacidade de o organismo absorver nutrientes e vitaminas. O procedimento leve em torno de 2 horas e é realizado via ambulatorial, ou seja, sem necessidade de internação hospitalar. O paciente já pode ingerir líquidos poucas horas após a gastroplastia. As complicações graves são raras, ocorrendo em torno de 1 a cada 100 procedimentos realizados [3-6].

Proporcionalmente à sua menor invasividade, a perda de peso também é menor do que a cirurgia bariátrica. Estudos mostram que a perda média está em torno de 15 a 20% em 2 anos após a gastroplastia (por exemplo, de 15kg a 20kg para um paciente como peso inicial de 100kg). Além disso, existem estudos mostrando que a ESG melhora também as doenças associadas à obesidade como pressão alta, colesterol e diabetes [6-10].

Já a utilização de medicamentos para perda de peso, também chamada de farmacoterapia, é outra alternativa importante à cirurgia bariátrica. Medicações lançadas nos últimos anos aumentaram muito a eficácia da farmacoterapia na perda de peso. Dentre as medicações mais faladas e utilizadas atualmente, estão os chamados agonistas do receptor de GLP-1. Inicialmente utilizados para tratamento do diabetes, esses remédios foram rapidamente convertidos para tratamento da obesidade pois se mostraram capazes de ocasionar grande perda de peso. Os mais conhecidos são a Liraglutida (Saxenda®) e a Semaglutida (Ozempic®) [11].

Além de atuarem na secreção de hormônios relacionado ao balanço energético, esses medicamentos também modulam a ingestão de calorias, a saciedade e o apetite. A Semaglutida (Ozempic®) tem ação prolongada, sendo aplicada com uma fina agulha, uma vez por semana. Existem muitos estudos comprovando a sua eficácia na perda de peso. Um artigo recente mostrou uma perda de peso total de 16% no grupo Semaglutida contra 5% no grupo controle (que não recebeu a medicação). Há também evidências de que a medicação melhora também outras doenças associadas, incluindo a esteatohepatite não alcoólica (ou gordura no fígado). Medicações ainda em fase de estudos têm apresentado resultados ainda mais surpreendentes, com perdas de peso que superam a marca dos 20% [12-15].

É interessante pensar que, a farmacoterapia e as técnicas endoscópicas – a gastroplastia em especial, não se excluem, podendo ser associadas com o objetivo de melhorar ainda mais os resultados que cada uma dessas técnicas apresenta sozinha. Pequenos estudos com essa associação já demonstram resultados impressionantes: perdas de peso passando de 25%. Esse valor é semelhante ao que certas técnicas de cirurgia bariátrica promovem, porém com um risco menor de complicações graves e sem efeitos colaterais permanentes [16].

A possibilidade de combinar medicações com a gastroplastia endoscópica deve ser discutida caso a caso com o médico especialista pois o ajuste da dose deve ser personalizado. Além disso, como tanto a gastroplastia endoscópica quanto as medicações lentificam a velocidade com que o estômago esvazia a comida, é comum pacientes apresentarem náuseas e empachamento, que podem ser intensos quando as técnicas são associadas [4,11].

Outra questão que deve ser discutida com o médico especialista é o momento de introduzir a medicação. Existem duas formas básicas de associarmos medicação e a gastroplastia: a primeira é chamada pró-ativa e a segunda, reativa (ou resgate). A abordagem pró-ativa envolve prescrever a medicação para paciente que já estejam apresentando uma boa perda de peso com a gastroplastia com o objetivo de melhorar ainda mais os resultados. Dados mostram que essa abordagem pode ser capaz de aumentar a perda de peso além dos níveis de 25% discutidos anteriormente. Já a abordagem reativa, ou de resgate, envolve prescrever medicações apenas para pacientes que não estejam apresentando a perda de peso esperada após o procedimento. Estudos mostram que a abordagem de resgate permite fazer com o que paciente que inicialmente esteja com resultados ruins, chegue à perda de peso média para o procedimento, que está em torno de 18% [16,17].

Independente da abordagem escolhida, a associação de farmacoterapia com a gastroplastia endoscópica tem um potencial enorme na promoção da saúde. Com o desenvolvimento de medicações ainda mais eficazes e o refinamento das técnicas endoscópicas, não seria ousado dizer que, em um futuro breve, essa associação poderia ocasionar perdas de peso superiores à 30%, o que se aproximaria muito da cirurgia bariátrica como conhecemos hoje.

Referências

1. Hales CM, Fryar CD, Carroll MD, Freedman DS, Ogden CL. Trends in Obesity and Severe Obesity Prevalence in US Youth and Adults by Sex and Age, 2007-2008 to 2015-2016. *JAMA*. 2018;319(16):1723-5.
2. Kumbhari V, Hill C, Sullivan S. Bariatric endoscopy: state-of-the-art. *Curr Opin Gastroenterol*. 2017;33(5):358-65.
3. Sharaiha RZ, Kumta NA, Saumoy M, Desai AP, Sarkisian AM, Benevenuto A, et al. Endoscopic Sleeve Gastroplasty Significantly Reduces Body Mass Index and Metabolic Complications in Obese Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(4):504-10.
4. Abu Dayyeh BK, Acosta A, Camilleri M, Mundi MS, Rajan E, Topazian MD, et al. Endoscopic Sleeve Gastroplasty Alters Gastric Physiology and Induces Loss of Body Weight in Obese Individuals. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(1):37-43 e1.
5. Sharaiha RZ, Hajifathalian K, Kumar R, Saunders K, Mehta A, Ang B, et al. Five-Year Outcomes of Endoscopic Sleeve Gastroplasty for the Treatment of Obesity. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(5):1051-7 e2.
6. Due-Petersson R, Poulsen IM, Hedback N, Karstensen JG. Effect and safety of endoscopic sleeve gastroplasty for treating obesity - a systematic review. *Dan Med J*. 2020;67(11).
7. Abu Dayyeh BK, Bazerbachi F, Vargas EJ, Sharaiha RZ, Thompson CC, Thaumert BC, et al. Endoscopic sleeve gastroplasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial. *Lancet*. 2022;400(10350):441-51.
8. Jalal MA, Cheng Q, Edey MB. Systematic Review and Meta-Analysis of Endoscopic Sleeve Gastroplasty with Comparison to Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg*. 2020;30(7):2754-62.
9. Lopez-Nava G, Asokkumar R, Bautista-Castano I, Laster J, Negi A, Fook-Chong S, et al. Endoscopic sleeve gastroplasty, laparoscopic sleeve gastrectomy, and laparoscopic greater curve plication: do they differ at 2 years? *Endoscopy*. 2021;53(3):235-43.
10. Hedjoudje A, Abu Dayyeh BK, Cheskin LJ, Adam A, Neto MG, Badurdeen D, et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Sleeve Gastroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(5):1043-53 e4.
11. Doyle ME, Egan JM. Mechanisms of action of glucagon-like peptide 1 in the pancreas. *Pharmacol Ther*. 2007;113(3):546-93.
12. Wadden TA, Bailey TS, Billings LK, Davies M, Frias JP, Koroleva A, et al. Effect of Subcutaneous Semaglutide vs Placebo as an Adjunct to Intensive Behavioral Therapy on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;325(14):1403-13.
13. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med*. 2021;384(11):989-1002.
14. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C, et al. Effect of Continued Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Placebo on Weight Loss Maintenance in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 4 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;325(14):1414-25.
15. Newsome PN, Buchholtz K, Cusi K, Linder M, Okanoue T, Ratziu V, et al. A Placebo-Controlled Trial of Subcutaneous Semaglutide in Nonalcoholic Steatohepatitis. *N Engl J Med*. 2021;384(12):1113-24.
16. Badurdeen D, Hoff AC, Hedjoudje A, Adam A, Itani MI, Farha J, et al. Endoscopic sleeve gastroplasty plus liraglutide versus endoscopic sleeve gastroplasty alone for weight loss. *Gastrointest Endosc*. 2021;93(6):1316-24 e1.
17. Carolina Hoff A, Barrichello S, Badurdeen D, Kumbhari V, Neto MG, Sharaiha RZ (2021) ID: 3492486 SEMAGLUTIDE IN ASSOCIATION TO ENDOSCOPIC SLEEVE GASTROPLASTY: TAKING ENDOSCOPIC BARIATRIC PROCEDURES OUTCOMES TO THE NEXT LEVEL. *Gastrointestinal Endoscopy* 93:AB6-AB7 . doi: 10.1016/j.gie.2021.03.083

ATENÇÃO: A lei restringe a venda desses dispositivos a médicos ou sob prescrição médica. As indicações, contraindicações, advertências e instruções de uso podem ser encontradas na rotulagem do produto fornecida com cada dispositivo ou em www.IFU-BSCI.com. Produtos mostrados apenas para fins INFORMATIVOS e podem não estar aprovados ou à venda em certos países. Este material não é destinado ao uso na França. 2024 Copyright © Boston Scientific Corporation ou suas afiliadas. Todos os direitos reservados.

Este material é apenas para fins informativos e não se destina a diagnóstico médico. Estas informações não constituem aconselhamento médico ou jurídico, e a Boston Scientific não faz nenhuma representação quanto aos benefícios médicos incluídos nessas informações. A Boston Scientific recomenda fortemente que você consulte seu médico sobre todos os assuntos relacionados à sua saúde.

Apenas para fins informativos. O conteúdo deste artigo/publicação é de inteira responsabilidade do seu autor/editor e não representa a opinião da BSC.