

Reganho de peso pós-cirurgia bariátrica e o papel da Endoscopia no seu tratamento.



Por Vitor Ottoboni Brunaldi

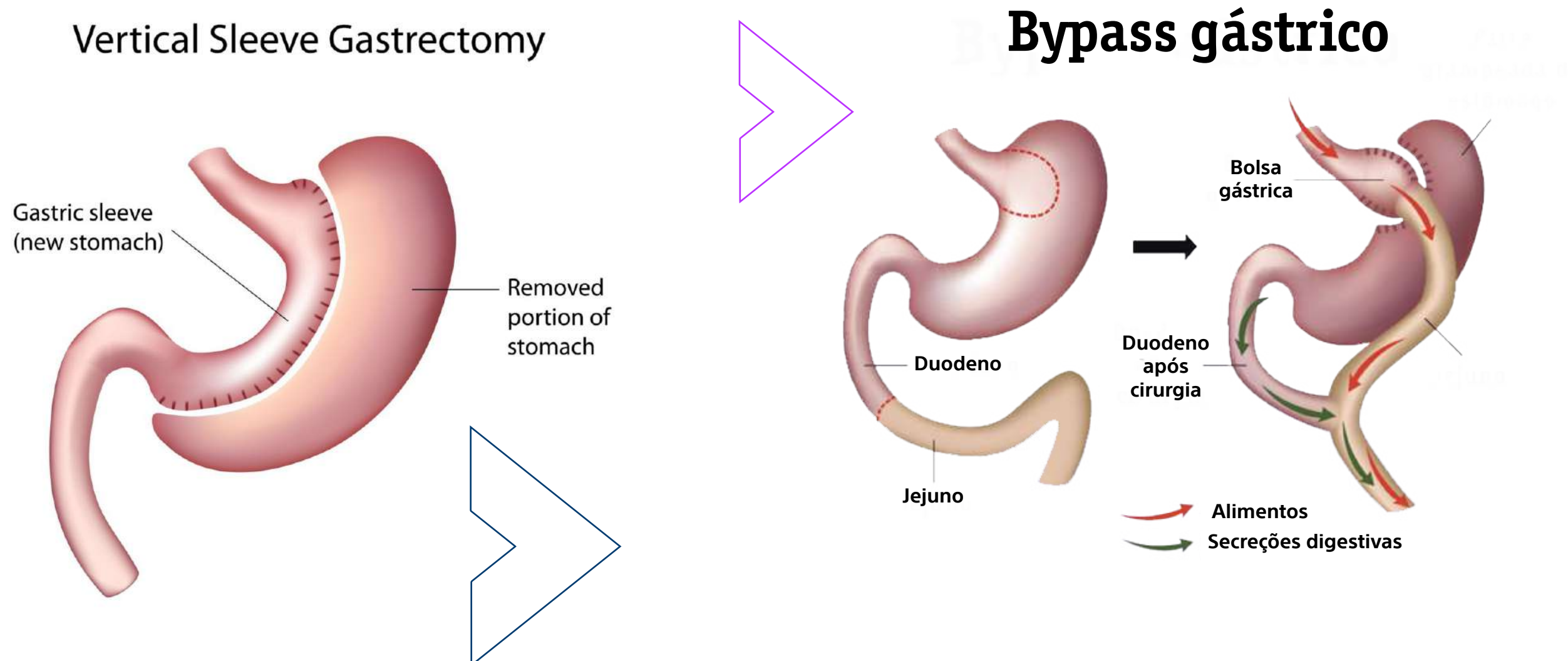
A Obesidade é um crescente problema de saúde pública no Brasil e em no mundo como um todo. Dados da VIGITEL de 2018 mostram que, atualmente, cerca de 1 a cada 5 adultos são obesos no nosso país, e mais da metade da população está acima do peso (chamado de sobrepeso) [1].

A obesidade, por si só, é uma doença grave e até recentemente pouco valorizada. Longe de uma simples questão estética, ela aumenta o risco de diversas outras doenças como pressão alta, diabetes, apnéia do sono, infarto, e diversos tipos de câncer. Além disso, isoladamente, a obesidade aumenta o risco de morte por qualquer causa. Isso significa que, por exemplo, caso duas pessoas sejam atropeladas pelo mesmo carro, na mesma velocidade, a pessoa com obesidade tem risco maior de

morrer do que outra sem obesidade [2].

Portanto, esta doença necessita de tratamento. Após certos limites de peso (determinados pelo índice de massa corpórea, ou IMC), o tratamento mais eficaz em longo prazo é a cirurgia bariátrica. Este nome inclui vários procedimentos diferentes, sendo que, no Brasil, os mais comuns são o **Bypass Gástrico** (Ou Cirurgia de Capella) e a **Gastrectomia Vertical** (ou Sleeve Gástrico). O Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgia bariátrica no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Atualmente, cerca de 2 a cada 3 cirurgias bariátricas em nosso país são do tipo Bypass Gástrico [3-4].

A cirurgia de Bypass Gástrico realiza duas grandes mudanças no sistema digestivo: 1- reduz consideravelmente o tamanho do estômago que recebe alimentos; 2- desvia uma parte do intestino delgado, reduzindo a capacidade do organismo em digerir e absorver nutrientes. Já a cirurgia de Gastrectomia Vertical apenas reduz o volume do estômago. Ambas são bastante efetivas e levam a importante perda de peso já nos primeiros meses após sua realização.



Independente do tipo de cirurgia realizada, todos os pacientes atingem um peso mínimo em geral entre 6 e 18 meses e, a partir de então, reganham um pouco do peso perdido. Isso é esperado e quando controlado, não deve preocupar nossos pacientes. Considera-se um ganho de peso esperado quando ele chega a até 20% do peso perdido após a cirurgia (por exemplo: ganho de até 10kg em um paciente que perdeu 50kgs após a bariátrica) [2,5].

Entretanto, existe uma parcela de pacientes (cerca de 1 a cada 4) que apresenta um reganho peso progressivo e por vezes importante, chegando até a passar o peso pré-operatório [2-6].

Essas são situações bastante complexas e, dependendo de qual cirurgia bariátrica foi realizada inicialmente (Bypass Gástrico ou Gastrectomia Vertical), as opções de tratamento podem mudar. Independente disso, é importante que tanto o paciente quanto os familiares entendam que no tratamento do reganho de peso (mais ainda do que da obesidade inicial), é preciso de um auxílio de diversos profissionais, incluindo não só o médico (endoscopista e cirurgião), mas também psicólogo, nutricionista, educador físico/fisioterapeuta [7].

Quando a cirurgia inicial foi a Gastrectomia Vertical, é importante que se avalie na Endoscopia Digestiva a presença de dilatação ou alargamento do estômago. Isso é um fator de risco para o reganho de peso. Caso esse reganho seja importante, é possível que se realize uma segunda cirurgia para transformar a Gastrectomia Vertical em um Bypass Gástrico (chamada de cirurgia de conversão). Esse procedimento apresenta bons resultados de perda de peso com segurança razoável.

Como alternativa, é também possível realizar a gastroplastia endoscópica, ou endossutura gástrica para reduzir o volume do estômago na tentativa de evitar a cirurgia de conversão. Esse procedimento utiliza a plataforma Apollo Overstitch® que permite realizar pontos (ou suturas) através de uma endoscopia, sem cortes na pele, com o objetivo de dobrar o estômago sobre ele mesmo, diminuindo assim o seu tamanho. Em um estudo publicado em 2020, de Moura e colegas relataram este procedimento em 34 pacientes, sem qualquer óbito ou complicação grave [8]. Um ano após a gastroplastia endoscópica, os pacientes apresentaram perda de peso média de 18%, o que equivale a 18kg em um paciente de 100kg. Maselli e colegas relataram, em estudo de população americana com 82 pacientes, uma perda de peso semelhante: ao redor de 16% de perda de peso ao final de 1 ano de seguimento [9].

Quando a cirurgia inicial foi o Bypass Gástrico, as opções de cirurgia revisional são mais limitadas e consideravelmente mais arriscadas. Portanto, a maior parte dos cirurgiões não indica procedimentos de revisão cirúrgica quando o paciente apresenta reganho de peso. Inicialmente, assim como na Gastrectomia Vertical, é muito importante que seja realizada uma endoscopia para avaliar o tamanho do estômago (chamado neste contexto de “pouch” ou “bolsa”) e da costura do estômago com o intestino (chamada neste contexto de “anastomose gastrojejunal”). Tanto o alargamento do pouch como da anastomose são considerados fatores de risco para reganho de peso e servem como alvo do tratamento por endoscopia. Considera-se pouch alargado ou dilatado quando se apresenta com mais de 6cm de extensão ou 5cm de largura, e anastomose alargada ou dilatada quando maior que 1,5cm [10,11].

Nesta situação, reduzir o tamanho da anastomose e do pouch gástrico pode causar perda de peso novamente e são esses, basicamente, os objetivos do tratamento por endoscopia. No Brasil, para fechamento da anastomose, existem duas técnicas principais: o Plasma de Argônio e a Sutura Endoscópica com o sistema Apollo Overstitch®. É importante saber que, na técnica de sutura endoscópica também se utiliza o Plasma de Argônio como associação [7,12,13].

O Plasma de Argônio consiste em uma faísca que o médico endoscopista direciona na anastomose gastrojejunal para causar uma queimadura circunferencial. Essa queimadura, com o passar dos dias e semanas, cicatriza e está cicatriz é que reduz o tamanho da anastomose. Na técnica de sutura endoscópica, por outro lado, após uma leve aplicação de Plasma de Argônio, o endoscopista dá pontos na anastomose e são os pontos propriamente ditos que reduzem o tamanho da anastomose. Dessa forma, o fechamento na técnica de sutura é imediato, enquanto leva algumas semanas para fechar na técnica de Plasma de Argônio. Existem diversos estudos disponíveis na literatura provando a eficácia e segurança de ambos os métodos, que parecem ser similares. A perda de peso média é mais discreta, girando em torno de 10%, um ano após o procedimento. O tratamento também é considerado bastante seguro, ocorrendo complicações em cerca de 5% dos casos, sendo em sua maioria, leves. A complicação mais comum é o fechamento excessivo da anastomose (chamada de estenose), que pode causar dificuldade de alimentações e pode necessitar de tratamento com dilatações também por endoscopia [13].

O tratamento do reganho de peso após o Bypass Gástrico por endoscopia está muito respaldado por estudos, pareceres e consensos clínicos. Existem estudos randomizados sobre o tema, nacionais e internacionais, e mais de 10.000 pacientes já foram descritos na literatura. Em 2020, a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva emitiu parecer favorável à utilização do Plasma de Argônio neste contexto, e em 2021 foi publicado o primeiro Consenso Brasileiro de Plasma de Argônio [14].

A decisão entre técnicas de Plasma de Argônio e a sutura endoscópica deve ser tomada caso a caso, levando em consideração particularidades de cada paciente. O Plasma de Argônio tem vantagens que incluem custo menor, ser mais amplamente disponível e mais fácil tecnicamente. Como desvantagens, requer várias sessões (em média 3), e tem menos previsibilidade de tamanho final da anastomose (pois depende da própria cicatrização do paciente). A sutura endoscópica, por outro lado, é menos disponível e mais cara em nosso país, porém requer uma única sessão e tem mais previsibilidade de tamanho final da anastomose. Além disso, em pacientes com pouch alargado, permite também a diminuição do tamanho do pouch ao mesmo tempo em que reduz a anastomose. Em estudo publicado em 2023, Abboud e colegas demonstraram que a redução concomitante do pouch gástrico pode até dobrar a perda de peso comparado com a diminuição apenas da anastomose [15].

Referências ([1][2-15])

- [1] Saúde M da. VIGITEL BRASIL 2018 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 2018
- [2] Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 357: 741–752. doi:10.1056/NEJMoa066254
- [3] SBCBM SB de CB e M. NÚMERO DE CIRURGIAS BARIÁTRICAS NO BRASIL CRESCE 7,5% EM 2016. 2017; Im
l n t e r n e t :
<http://www.scbm.org.br/wordpress/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-cresce-75-em-2016/>
- [4] Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, et al. IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal, and Revisional Procedures. *Obes Surg* 2018; 28: 3783–3794. doi:10.1007/s11695-018-3450-2
- [5] BERTI L V, CAMPOS J, RAMOS A, et al. POSITION OF THE SBCBM - NOMENCLATURE AND DEFINITION OF OUTCOMES OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)* 2015; 28: 2
- [6] Jirapinyo P, Abu Dayyeh BK, Thompson CC. Weight regain after Roux-en-Y gastric bypass has a large negative impact on the Bariatric Quality of Life Index. *BMJ Open Gastroenterol* 2017; 4: e000153. doi:10.1136/bmjgast-2017-000153
- [7] de Quadros LG, Neto MG, Marchesini JC, et al. Endoscopic Argon Plasma Coagulation vs. Multidisciplinary Evaluation in the Management of Weight Regain After Gastric Bypass Surgery: a Randomized Controlled Trial with SHAM Group. *Obes Surg* 2020; doi:10.1007/s11695-020-04414-6
- [8] de Moura DTH, Barrichello SJ, de Moura EGH, et al. Endoscopic sleeve gastroplasty in the management of weight regain after sleeve gastrectomy. *Endoscopy* 2020; 52: 202–210. doi:10.1055/a-1086-0627
- [9] Maselli DB, Alqahtani AR, Abu Dayyeh BK, et al. Revisional endoscopic sleeve gastroplasty of laparoscopic sleeve gastrectomy: an international, multicenter study. *Gastrointest Endosc* 2021; 93: 122–130. doi:10.1016/j.gie.2020.05.028
- [10] Odom J, Zalesin KC, Washington TL, et al. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg* 2010; 20: 349–356. doi:10.1007/s11695-009-9895-6
- [11] Abu Dayyeh BK, Lautz DB, Thompson CC. Gastrojejunal stoma diameter predicts weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9: 228–233. doi:10.1016/j.cgh.2010.11.004
- [12] Galvao Neto M, Brunaldi VO, Grecco E, et al. Good Clinical Practices on Argon Plasma Coagulation Treatment for Weight Regain Associated with Dilated Gastrojejunostomy Following Roux-en-Y Gastric Bypass: a Brazilian-Modified Delphi Consensus. *Obes Surg* 2021; 1–11. doi:10.1007/s11695-021-05795-y
- [13] Brunaldi VO, Farias GFA, de Rezende DT, et al. Argon plasma coagulation alone versus argon plasma coagulation plus full-thickness endoscopic suturing to treat weight regain after Roux-en-Y gastric bypass: a prospective randomized trial (with videos). *Gastrointest Endosc* 2020; 92: 97-107.e5. doi:10.1016/j.gie.2020.03.3757
- [14] Alves JS, Dib RA, de Moura EGH. Parecer do núcleo de endoscopia bariátrica da SOBED sobre: O tratamento endoscópico do ganho de peso pós-derivação gástrica em Y-de-Roux e do emprego da coagulação com plasma de argônio para remodelamento da anastomose gastrojejunal. 2020
- [15] Abboud DM, Ghazi R, Brunaldi V, et al. Tubularization of the gastric pouch helps sustain weight loss after transoral outlet reduction for post-Roux-en-Y gastric bypass weight recurrence. *Endosc Int Open* 2023; 11: E829–E834. doi:10.1055/a-2117-8113

