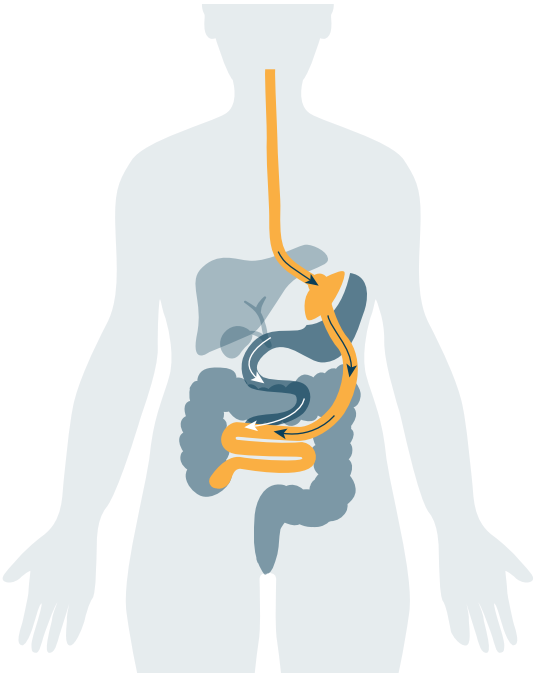
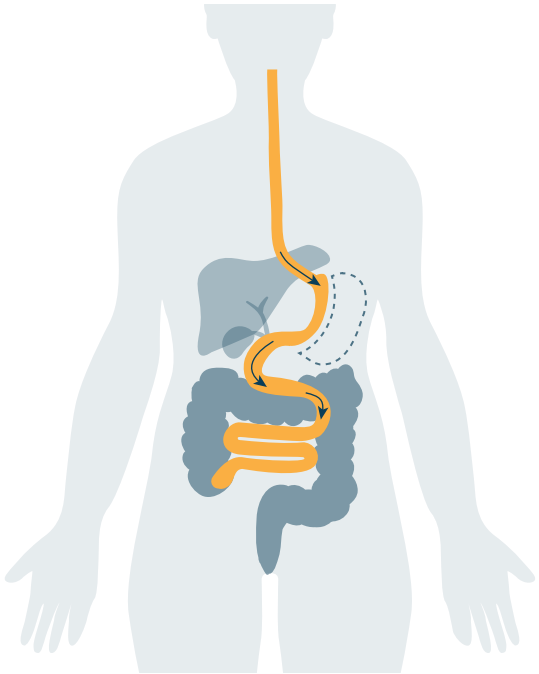
CSB360®
NEWSLETTER DA CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA



BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX



GASTRECTOMIA VERTICAL OU SLEEVE GÁSTRICO

CIRURGIA DA OBESIDADE. BYPASS OU SLEEVE GÁSTRICO?

QUAL A MELHOR CIRURGIA PARA MIM?

Por Dr. Hugo Santos Sousa
Clínica da Obesidade
da Casa de Saúde da Boavista

Critérios para a cirurgia da obesidade

A obesidade é uma doença crónica, complexa e multifatorial, sendo considerada a epidemia do século XXI. Os critérios para cirurgia de obesidade são um índice de massa corporal (IMC - calculado pela seguinte fórmula: peso em kg / altura em metros, elevada ao quadrado) superior a 40 (obesidade mórbida ou grau III) ou IMC superior a 35 (obesidade grau II) com patologia associada (por exemplo, diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, patologia cardiovascular - enfarte ou AVC, doença do refluxo gastro-esofágico, patologia osteoarticular, apneia do sono, entre outras). Em doentes selecionados, a cirurgia dita metabólica poderá ser realizada em doentes com IMC entre 30 e 35 e síndrome metabólico associado (diabetes tipo II - insulinorresistência, hipertensão arterial, dislipidemia - aumento dos triglicerídeos e/ou diminuição do colesterol HDL, aumento do perímetro abdominal) de difícil controlo. Faça aqui a sua avaliação de risco (http://www.csaudeboavista.com/obesidade)
Antes da cirurgia é importante excluir patologias endócrinas tratáveis (por exemplo hipotiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de ovário poliquístico, hipogonadismo, défice de hormona de crescimento, hiperinsulinismo endógeno/insulinomas e pseudohipoparatiroidismo), que podem ser responsáveis por 5 a 10% dos casos de obesidade.

Tipos de cirurgia

Assim, nos pacientes com indicação para cirurgia, após uma adequada avaliação multidisciplinar (cirurgia, endocrinologia, nutrição e psicologia), existem diferentes opções cirúrgicas, nomeadamente o bypass gástrico e a gastrectomia vertical ou sleeve gástrico. São cirurgias com resultados semelhantes, com preparação e pós-operatório muito idênticos, mas que poderão ter indicações e contra-indicações específicas diferentes.

Alguns aspetos, nomeadamente a idade (extremos etários), o padrão alimentar (volume eater vs sweet eater), a história familiar de cancro gástrico, a diabetes mellitus tipo II, a doença de refluxo gastro-esofágico, a necessidade e o sucesso da erradicação do Helicobacter pylori (bactéria do estômago presente em cerca de 80% da população), constituem fatores importantes que deverão ser tidos em conta aquando da escolha do tipo de cirurgia a realizar.

A tabela seguinte resume as principais semelhanças e diferenças entre estas 2 cirurgias.

CIRURGIA DE OBESIDADE	BYPASS GÁSTRICO	SLEEVE GÁSTRICO
Via de abordagem	Laparoscopia (3 incisões de 10mm e 2 incisões de 5mm)	Laparoscopia (3 incisões de 10mm e 2 incisões de 5mm)
Técnica cirúrgica	Redução do estômago (>90%), com desvio intestinal (cerca de 2,2 metros)	Redução do estômago (80-90%), com preservação do piloro, que regula o esvaziamento gástrico (mais lento)
Capacidade do estômago após a cirurgia	cerca de 30 mL	cerca de 100 mL
Ressecção do estômago	Apenas em casos selecionados (história familiar de cancro gástrico)*	Sempre (extracção do estômago ressecado através duma das incisões de 10mm)
Dias de internamento	3 dias após a cirurgia	3 dias após a cirurgia
Perda de peso	até 80% do excesso de peso, até 18 meses após a cirurgia	até 70% do excesso de peso, até 18 meses após a cirurgia
Mecanismos perda de peso	Menor ingestão de alimentos, menor absorção dos alimentos, alterações das hormonas intestinais	Menor ingestão de alimentos, alteração mecanismos da saciedade precoce
Vitaminas e Sais Minerais	Absorção reduzida (Vitaminas B12, A, D e K, Ferro e Cálcio)	Absorção pouco reduzida
Suplementação vitamínica	Para toda a vida	Pelo menos no 1º ano
Resolução da Diabetes tipo 2	Mais frequente (até 78% dos casos)	Menos frequente
Resolução de comorbilidades (Hipertensão, dislipidemia)	Mais frequente (cerca de 60-70% não necessitam de medicação ao final de 1 ano)	Ligeiramente menos frequente
Refluxo gastro-esofágico	Melhoria dos sintomas e da esofagite	Pode piorar os sintomas até 20% dos casos (pode contra-indicar esta cirurgia)
Dumping precoce (30-60 minutos) ou tardio (1 a 3 horas) após as refeições	Mais frequente com a ingestão de açúcares e hidratos de carbono conjuntamente com grandes quantidades de líquidos	Raro, mais ligeiro quando acontece
Realização de exames (endoscopia e acesso às vias biliares)**	Alterada (dificultada)	Perservada
Resultados a longo prazo	Ligeiramente melhores (reganho de peso numa percentagem reduzida de casos) e mais bem estabelecidos (mais estudos)	Ligeiramente piores (reganho de peso numa percentagem superior de casos) e menos estabelecidos (técnica mais recente)

* Bypass gástrico com ressecção do remanescente gástrico

** Importante nos pacientes com história familiar de cancro gástrico e aqueles que necessitam de exames nos ductos biliar e pancreático

Compromisso para o sucesso

Independentemente da cirurgia escolhida, é fundamental um empenho sério do doente no processo de perda de peso, aliando a cirurgia a um plano nutricional estruturado e a um programa de atividade física, ajustados às necessidades e capacidades de cada um.

A cirurgia não é um milagre, é, sim, uma ajuda fundamental neste processo complexo, que é a perda de peso e sua manutenção ao longo do tempo!

Saiba mais sobre a nossa clínica da obesidade em
www.csaudeboavista.com/obesidade

CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA
TRADIÇÃO NA INOVAÇÃO