

GASTRECTOMIA VERTICAL EM PACIENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA E HIV

Sleeve gastrectomy in patients with morbid obesity and HIV

José Máximo Costa **PINTO**¹, Marianna Gomes Cavalcanti Leite de **LIMA**², Ana Luiza Melo Cavalcanti de **ALMEIDA**³, Marcelo Gonçalves **SOUSA**⁴

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

RESUMO: Introdução: Estima-se que haja quase 40 milhões de pessoas com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) no mundo. Com o advento dos antirretrovirais, observou-se aumento da obesidade e de taxas metabólicas nos pacientes em tratamento. Assim, inúmeras terapias cirúrgicas para a perda de peso estão sendo estudadas para a melhoria contínua da saúde dos pacientes com HIV, sendo a gastrectomia vertical uma opção de trânsito íntegro. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade da gastrectomia vertical em pacientes com obesidade mórbida e HIV. **Métodos:** Foi realizada revisão sistemática de literatura, de artigos publicados nas bases eletrônicas de dados Scopus, Pubmed, Cinahl, Scielo, Cochrane e Lilacs, no período de 1998 a 2015. Os descritores do MeSH utilizados na coleta dos dados foram "Gastrectomia" e "Obesidade mórbida", sendo combinados com o descritor "HIV". **Resultados:** Foram encontrados 2.148 artigos na Scopus, 1.234 no Pubmed e 784 na Cinahl. Os artigos foram analisados pela Escala de Qualidade de Jadad, reduzindo para um total de 40 artigos, os quais foram posteriormente reavaliados, utilizando um formulário elaborado pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP), chegando ao montante de 12 artigos ao final. **Conclusão:** Verificou-se que a gastrectomia vertical constitui método seguro e eficaz, apresentando baixa morbimortalidade e baixo índice de complicações pós-operatórias, sendo técnica cirúrgica segura para uso em pacientes com obesidade, HIV e comorbidades.

DESCRITORES: Gastrectomia. Obesidade mórbida. HIV.

Correspondência:

José Máximo Costa Pinto
E-mail: jmaximocp@gmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 07/01/2016
Aceito para publicação: 24/05/2016

HEADINGS - Gastrectomy. Morbid obesity. HIV.

ABSTRACT - Introduction: It is estimated that there are nearly 40 million people with the human immunodeficiency virus (HIV) worldwide. Due to the advent of antiretroviral drugs, it has been observed increasing in obesity and metabolic rates among patients undergoing treatment. Thus, numerous surgical therapies for weight loss are proposed for continuous improvement in health of patients with HIV, being the vertical gastrectomy an option for intact intestinal transit. **Aim:** To evaluate the applicability of the vertical gastrectomy in patients with morbid obesity and HIV. **Methods:** Was conducted a systematic review of the literature, in the electronic databases Scopus, Pubmed, Cinahl, Scielo, Cochrane and Lilacs, from 1998 to 2015. MeSH headings used in data collection were "Gastrectomy" and "Morbid obesity" being combined with the descriptor "HIV". Were found 2148 articles in Scopus, 1234 in PubMed and 784 in Cinahl. The articles were analyzed by the Jadad Quality Scale, being reduced to 40 articles, subsequently reassessed using an elaborated form by the Critical Appraisal Skills Programme (CASP), reaching 12 articles in the end. **Conclusion:** It was found that vertical gastrectomy constitutes a safe and effective method, with low mortality and low rate of postoperative complications, being recommended as surgical technique in patients with obesity, HIV and comorbidities.

INTRODUÇÃO

A sigla AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), é usada para identificar a doença provocada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana). Ela é classificada como uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível) e o diagnóstico é feito pela diminuição dos níveis de linfócitos T CD₄⁺ para valores abaixo de 200 células/mm³ de sangue e o aparecimento de infecções oportunistas^{6,7}.

O programa das Nações Unidas para HIV e AIDS estimou, em 2014, 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo. Esse índice continua elevado, mesmo após redução de 35% de novas infecções desde 2000¹⁷.

Durante anos, o HIV esteve intrinsecamente relacionado à morte; entretanto, com o advento da terapia antirretroviral de alta frequência ou HAART, passou a ser possível a prevenção da desnutrição, perda de peso e demais doenças oportunistas. Em contrapartida, vem contribuindo para a obesidade, acúmulo de gordura abdominal e alterações metabólicas, devido às melhores condições na qualidade de vida¹³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a obesidade mórbida como o excesso de gordura em indivíduos que apresentam índices de massa corporal (IMC) superiores a 40 kg/m², o que vem se tornando frequente em pacientes com HIV. Diante deste problema, as inúmeras terapias cirúrgicas para a perda de peso estão sendo utilizadas para a melhoria contínua da saúde e do cuidado entre esses pacientes.

Dentre as operações bariátricas, ressalta-se a gastrectomia vertical (GV) - também chamada de gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal, ou ainda gastrectomia sleeve -, que promove ressecção de todo o fundo do estômago, permitindo redução na câmara gástrica, que culmina na restrição alimentar e na diminuição hormonal da grelina, além de proporcionar aceleração do trato gastrointestinal, possibilitando a

continuidade do uso da HAART¹⁴. Este procedimento vem se mostrando recurso seguro, destacado principalmente pela redução considerável na perda do peso em pacientes com HIV e obesidade, sem causar intercorrências ou prejuízos.

O Conselho Federal de Medicina no Brasil dispõe que a indicação e a realização da cirurgia bariátrica em adultos devem ocorrer mediante o diagnóstico de obesidade definida aproximadamente há cinco anos, em situações em que os tratamentos convencionais (alimentação, atividade física e farmacoterapia) não geraram resultados, devendo esse acompanhamento especializado ter durado no mínimo dois anos. Para serem submetidos à operação, todos os pacientes devem apresentar IMC igual ou superior a 40 kg/m², ou superior a 35 kg/m² com comorbidades associadas que tragam prejuízos à vida, tais como diabetes melito tipo 2, apneia obstrutiva do sono, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites, entre outras. Sendo assim, há um déficit no meio científico, necessitando que estudos sejam realizados para avaliar quais procedimentos bariátricos são os melhores para os pacientes com obesidade mórbida e HIV.

Ante o exposto, idealizou-se realizar o presente estudo com o objetivo de analisar a produção científica sobre a aplicabilidade da GV em pacientes com HIV e obesidade mórbida.

MÉTODO

Definindo a pergunta

Nesse contexto de dúvidas, emergiu-se o seguinte questionamento: A gastrectomia vertical é técnica cirúrgica eficiente para os pacientes com obesidade mórbida e HIV?

Buscando evidência

Realizou-se busca nas bases eletrônicas de dados de âmbito nacional e internacional de artigos publicados no período de 1998 a 2015, sendo elas: Scopus, US National Library of Medicine/National Institutes of Health (Pubmed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cochrane e Lilacs. Os descritores do Medical Subject Heading (MeSH) utilizados para a coleta dos dados foram "Gastrectomia" e "Obesidade mórbida", combinados por meio do operador "AND", com o descritor "HIV", e seus respectivos descritores, nos idiomas português e inglês. Nesse primeiro momento de busca foram encontrados diversos artigos, sendo 2.148 na Scopus, 1.234 Medline e 784 Cinahl.

Revisando e selecionando os estudos

Logo após o quantitativo encontrado, foram estabelecidos os critérios de inclusão para a seleção dos artigos sendo: artigos completos, em língua portuguesa, inglesa, disponíveis gratuitamente; temática relacionada com o assunto pesquisado. Assim, excluíram-se os estudos que não atendiam aos respectivos critérios, como as dissertações, teses e editoriais, entre outros.

Analisando a qualidade metodológica dos estudos

O processo de análise dividiu-se em dois momentos: primeiro foi usada a Escala de Qualidade de Jadad que consiste em cinco critérios com pontuação total de 0 a 5 pontos. Pesquisas com pontuações inferiores a três pontos são consideradas de baixa qualidade metodológica e com poucas possibilidades de extrapolação dos resultados para a prática clínica. Apenas 40 artigos foram contemplados.

Em seguida, os artigos selecionados no primeiro momento foram reavaliados, utilizando um formulário para avaliação de estudos, elaborado pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Os estudos que atingiram um escore de sete, do máximo possível de dez pontos, foram incluídos na amostra, chegando ao montante de 12 artigos (Figura 1).

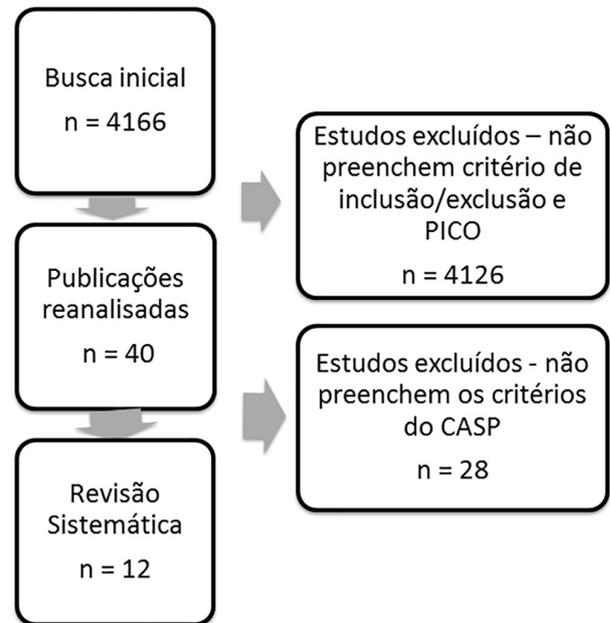


FIGURA 1 – Percurso da revisão sistemática mostrando os passos para seleção dos artigos

Apresentando os resultados

Por fim, os artigos incluídos na revisão sistemática foram categorizados conforme as seguintes variáveis: desenho metodológico (nível de evidência), grupos de comparação, variáveis dependentes e principais resultados. A Figura 2 mostra todas as respectivas variáveis.

RESULTADOS

Após a análise dos 12 artigos, através do cálculo não probabilístico baseado na frequência das técnicas cirúrgicas, percebeu-se que os procedimentos mais postos em prática foram: 72,8% derivação biliopancreática ou duodenal switch, 71,2% gastroplastia vertical, 64,8%, bypass gástrico e 51,2% banda gástrica ajustável.

Nesse sentido, observou-se que a gastroplastia vertical esteve entre as mais prevalentes frente às demais técnicas cirúrgicas. Outro ponto de relevância foram os resultados do pós-operatório, onde se percebeu que a maioria dos pacientes obesos e com HIV teve diminuição da carga viral, melhor controle do diabetes melito tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, e melhor resposta imunológica (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição dos resultados positivos relacionados à GV

Resultados positivos	Artigo	n	%
Sistema imunológico	1, 4, 5	3	10,3
Diabete e hipertensão	1,11	2	7,0
Diabete, peso	1, 3, 6, 7,9,10	6	22,1
Carga viral	1, 7	2	6,9
Nível de CD4	1, 4	2	6,9
Diabete e hipertensão, carga viral	6, 7	2	10,3
Nível de CD4, diabete	1	1	3,5
Hipertensão	1	1	3,5
Sistema imunológico, diabete e hipertensão	1	1	3,5
Peso	4	1	6,9
Sistema imunológico, diabete, peso	2	1	3,5
Hipertensão, peso	5, 7, 8	3	10,3
Carga viral, nível de CD4	6, 8	2	6,9
Sistema imunológico, diabete, peso, nível de CD4	6, 8	2	6,9
TOTAL		29	100,0

Artigo	Desenho metodológico (nível de evidência)	Grupos de comparação	Variáveis dependentes	Resultados	Score da escala de Qualidade de Jadad
IA	Revisão sistemática; Evidência: 1	Gastrectomia vertical em pacientes com HIV	Pacientes com HIV e com obesidade mórbida.	Revisão das evidências recentes para a prevalência, morbidade e valor preditivo de sobrepeso e obesidade em PVHS.	5 pontos
IIB	Estudo de coorte; Evidência: 2	Oito pacientes submetidos a gastrectomia vertical, sendo HIV, e com obesidade mórbida	Técnica cirúrgica	A perda de peso média foi de 37 kg em 20 meses, a perda de excesso de IMC foi de 80,8 ± 30,9%, e o excesso de perda de peso é de 81,5 ± 28,9%, com uma complicação menor. Contagem de células CD4 manteve-se inalterados.	5 pontos
IIIC	Revisão sistemática e metanálise; Evidência: 1	Estudos que discutiam a efetividade da técnica cirúrgica em pacientes HIV e obesos.	Cirurgia bariátrica	Diabetes foi completamente resolvido em 76,8% dos pacientes. Hiperlipidemia melhorou em 70% ou mais dos doentes. A hipertensão foi resolvida em 61,7% dos pacientes. Apnéia obstrutiva do sono foi resolvido em 85,7%.	3 pontos
IVD	Revisão sistemática: casos em series; Evidência: 2	Vários casos de pacientes submetidos à operação bariátrica, sem controle. E ambos, HIV positivo.	Cirurgia bariátrica	Diminuição do índice de massa corporal (IMC) no pós-operatório foi de 10 kg/m ² (6-28 kg/m ²). Melhorias também foram vistas em frações de lipídeos séricos com mediana (intervalo) alterações no colesterol total de -19 mg/dl (-61 a 3 mg/dl) e triglicerídeos de -185 mg/dl (-739 a 35 mg/dl).	4 pontos
VE	Revisão sistemática; Evidência: 1	Pacientes que realizaram cirurgia bariátrica e metabólica.	Técnicas cirúrgicas	A maioria dos pacientes obteve melhora a sua condição fisiológica, como a redução da carga viral.	3 pontos
VIF	Estudo de coorte; Evidência: 2	Banco de dados prospectivo de 892 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica (junho de 1999 a dezembro de 2003)	Cirurgia bariátrica	Seis pacientes infectados pelo HIV (4 mulheres, 2 homens, com idade média, 43 anos [variação, 28-56 anos]; peso médio pré-operatório, 142 kg [intervalo, 110-174 kg]; o índice de massa corporal pré-operatório, 50 [range, 42-59] foram submetidos a Roux-en-Y bypass gástrico (RYGB).	5 pontos
VIIG	Estudo randomizado; Evidência: 2	Pacientes que realizaram Roux-en-Y bypass gástrico (RYGB) vs gastrectomia vertical (GV)	Roux-en-Y bypass gástrico (RYGB) vs gastrectomia vertical (GV).	Ambos os grupos tiveram iniciais antropométricas semelhantes e medidas bioquímicas, e mostrou a perda de peso comparável e gordura: sem gordura mudanças de relação de massa em 12 meses.	4 pontos
VIIIC	Abordagem quantitativa; Evidência: 2	Estudos com diversos pacientes comparativos dos resultados da gastrectomia vertical (GV).	Gastrectomia vertical (GV)	Todos os pacientes apresentaram uma redução significativa nas comorbidades como diabetes, hipertensão. Refletindo na qualidade de vida. Porém não obteve resultados na diminuição da carga viral.	4 pontos
IXI	Estudo randomizado; Evidência: 2	Pacientes obesos com soropositividade para o HIV, com aplicabilidade de diversas técnicas cirúrgicas.	Técnicas cirúrgicas	Diminuição do índice de massa corporal (IMC) no pós-operatório foi de 6 kg.	5 pontos
XJ	Estudo randomizado; Evidência: 2	Pacientes com obesidade e soropositivos para HIV.	Cirurgia bariátrica	Diminuição do índice corporal; melhoria da qualidade de vida.	5 pontos
XIK	Estudo de coorte; Evidência: 2	Pacientes que realizaram Roux-en-Y bypass gástrico (RYGB).	Técnicas cirúrgicas	O índice de morbimortalidade foi menor que o esperado.	5 pontos
XIIL	Estudo descritivo; Evidência:3	Efetividade da gastrectomia vertical.	Gastrectomia vertical (GV).	Técnica com menor índice de erro e efeitos inesperados. Maior incidência de síndrome metabólica.	5 pontos

Fontes: Scopus, Pubmed, Cinahl. 1998 – 2015

FIGURA 2 – Relação dos artigos que pertence ao eixo da temática em questão, conforme critérios

DISCUSSÃO

AGV foi proposta como parte de uma derivação biliopancreática sem gastrectomia distal, preservando o piloro e diminuindo o potencial ulcerogênico². Ela leva à diminuição das possíveis comorbidades associadas, já exaustivamente conhecidas, aos pacientes que têm obesidade e com soropositividade para HIV. Assim, pode-se perceber que nos estudos IA, IIB e

XN os pacientes que passaram pelo referido procedimento cirúrgico melhoraram o nível de carga viral, conseqüentemente modificando o regime medicamentoso, com melhor condição fisiológica para o suporte terapêutico^{1,3}.

A GV funciona como restrição gástrica (com remoção de 70-80% do estômago proximal), com componente hormonal associado (redução da grelina) e aceleração do trânsito intestinal⁵. Dentre as vantagens desse procedimento tem-se a não exclusão

do duodeno do trânsito alimentar e, portanto, não há interferência com o sítio de absorção de ferro, cálcio, zinco e vitaminas do complexo B, importantes para a compensação em pacientes com AIDS. Pode ser transformada, no caso de insucesso, em procedimento com algum componente disabsortivo, como o bypass gástrico em Y-de-Roux e a derivação biliopancreática com duodenal switch, além de permitir acesso às vias biliares e pancreáticas por métodos endoscópicos habituais⁸.

Dessa forma, a GV constitui um dos métodos seguros e eficazes, apresentando baixa morbimortalidade, bons resultados pós-operatórios e baixo índice de complicações. Além disso, pode ser utilizado como tratamento inicial isolado ou secundário - por exemplo, após falha de banda gástrica. Assim, essa técnica está sendo aceita e proposta por muitos como procedimento bariátrico isolado, principalmente em pacientes com AIDS, por possibilitar a continuidade da terapia antirretroviral^{10,16}.

Em contrapartida, apesar da possibilidade de manter a continuidade do trânsito intestinal, alguns estudos demonstraram risco potencial de deficiências nutricionais pós-operatórias a longo prazo, tais como diminuição na absorção de vitamina B12 e ferro¹⁹. Além disso, apresenta chance de refluxo gastroesofágico "de novo"⁹, dificuldade no esvaziamento gástrico e fistula da linha de sutura (2.7%), sendo, portanto, necessário acompanhamento multiprofissional para o sucesso da operação⁴.

Necessita-se, entretanto, estudos de acompanhamento de complicações em pós-operatórios mais tardios para elucidar integralmente a aplicabilidade do procedimento cirúrgico em questão. Mesmo assim, as experiências relatadas vêm se mostrando bastante eficazes, minimizando comorbidades que comprometem o desenvolvimento biológico e psíquico.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a gastrectomia vertical constitui método seguro e eficaz, apresentando baixa morbimortalidade e baixo índice de complicações pós-operatórias, sendo técnica cirúrgica segura para uso em pacientes com obesidade, HIV e comorbidades.

REFERÊNCIAS

1. Ali MR, Maguire MB, Wolfe BM. Assessment of obesity-related comorbidities: a novel scheme for evaluating bariatric surgical patients. *J Am Coll Surg* v.202, n.1, p.70-7, 2006.
2. Andriani AC, Neves TT. A gastroplastia em manga (Sleeve gastrectomy) e o Diabetes Mellitus. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, v.21, n.3, p.133-5, 2008.
3. Balsiger BM, Murr, MM, Poggio JL, Sarr MG. Bariatric Surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Med Clin North Am*, v.84, n.2, p.477-89, 2000.
4. Benaiges D et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy review. *World J Gastroenterol*, v. 21. November 7, 2015.
5. Benotti P, Burchard KW, Kelly JJ, Thayer BA. Obesity. *Arch Surg*, v.139, n.4, p.406-14, 2004.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS – DST. Brasília. 2011.
7. BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Nacional DST e AIDS – Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico de AIDS Ano III – nº 1. Brasília. 2014.
8. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, v.292, n.14, p.1724-37, 2004.
9. Del Genio, G. et al. Sleeve gastrectomy and development of "de novo" gastroesophageal reflux. *Obes Surg*. 24(1): 71–77, Jan 2014.
10. May J, Buckman E. The role of disease management in the treatment and prevention of obesity with associated comorbidities. *Dis Manag*, v.10, n.3, p.156-63, 2007.
11. Melnyk BM, Fineout-overhold E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p. 3-24, 2005.
12. Moraes R. Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: Gagliase MC, Freitas JV, organizadores. Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental. Ed Unijuí; p. 85-114, 2005.
13. Msika S. La. Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. *J Chir*, v.140, p.4-21, 2003.
14. Schroeder R, Garrison JM, Johnson MS. Treatment of adult obesity with bariatric surgery. *Am. Fam. Physician*, v.84, n. 7, p.805-814, 2011.
15. Silva SFR, Pereira MRP, Neto RM, Ponte MP, Ribeiro IF, Costa TF. et al. AIDS no Brasil uma epidemia em transformação. *Ver bras anal clin*, v. 42, n. 3, p. 209-212, 2010.
16. Thomusch O, Keck T, Dobshütz EV, Wagner C, Rückauer KD, Hopt UT. Risk factors for the intermediate outcome of morbid obesity after laparoscopically placed adjustable gastric banding. *Am J Surg*, v.189, n. 2, p.214-18, 2005.
17. UNAIDS. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS). Geneva. 2014.
18. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*, v. 52, n.5, p. 546-53, 2005.
19. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res*, v.6, p. 97-106, 1998.