

OPERAÇÃO DE SCOPINARO MODIFICADO NA FALHA DA BANDA GÁSTRICA

Scopinaro modified operation for gastric banding failure

Bruno ZILBERSTEIN, Juliana Abbud FERREIRA, Marnay Helbo de CARVALHO, Cely BUSSONS,
Arthur Sérgio SILVEIRA-FILHO, Henrique JOAQUIM, Fernando RAMOS

Trabalho realizado na Gastromed - Instituto Zilberstein, São Paulo, SP, Brasil

DESCRITORES - Desvio biliarpancreático. Derivação gástrica. Banda gástrica ajustável. Obesidade.

Correspondência:

Bruno Zilberstein
e-mail: brunozilb@uol.com.br

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

Recebido para publicação: 18/02/2011
Aceito para publicação: 08/03/2011

HEADINGS - Bileopancreatic diversion. Gastric bypass. Adjustable gastric band. Obesity.

RESUMO - Racional - A banda gástrica ajustável por videolaparoscopia é uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas na Europa e Austrália no tratamento da obesidade mórbida. É procedimento seguro, com muito baixa mortalidade, porém não é isento de complicações ou insucessos, com necessidade de re-operação em alguns casos. **Objetivo** - Avaliar os resultados da aplicação da técnica de Scopinaro modificada, na falha da aplicação da banda gástrica ajustável. **Método** - Utilizou-se a técnica de Scopinaro por videolaparoscopia sem ressecção do corpo e antro gástrico (técnica de Domene). Com este procedimento, foram operados 14 pacientes, sendo cinco do sexo feminino, com idade entre 24 e 68 anos, IMC (índice de massa corpórea) variando entre 35,3 a 55,2 kg/m². **Resultados** - O tempo operatório médio foi de três horas. Não houve complicações durante a operação. No pós-operatório imediato, todos os pacientes foram realimentados no primeiro dia. A evolução em longo prazo, 18 meses após, mostrou perda de 68 % do excesso e resolução da diabetes tipo II e dislipidemia e melhora da hipertensão em todos os casos. **Conclusão** - A aplicação da operação de Scopinaro modificada por videolaparoscopia no resgate da banda gástrica ajustável é método que promove perda de peso satisfatória e persistente, através de pequena restrição alimentar, acompanhada de alto grau de satisfação com efeitos indesejáveis toleráveis.

ABSTRACT - Background - The laparoscopic adjustable gastric band is one of the most used techniques in Europe and Australia in the treatment of morbid obesity. It is safe procedure with very low mortality, but is not free of complications or failure, requiring reoperation in some cases. **Aim** - To evaluate the results of applying the technique of modified Scopinaro, failure of the application of adjustable gastric band. **Method** - Was used the technique for laparoscopic Scopinaro without resection of the body and gastric antrum (Domene technique). With this procedure, 14 patients were operated, five females, aged between 24 and 68 years, BMI (body mass index) ranging from 35.3 to 55.2 kg/m². **Results** - Mean operative time was three hours. There were no complications during the operation. In the immediate postoperative period, all patients were fed back into the first day. Over the long term, 18 months later, showed a 68% loss of excess and resolution of type II diabetes and dyslipidemia and hypertension improved in all cases. **Conclusion** - The application of modified Scopinaro operation by laparoscopy in the rescue of adjustable gastric banding is the method that promotes weight loss and persistent satisfactory, through a small food restriction, accompanied by a high degree of satisfaction with tolerable side effects.

INTRODUÇÃO

As consequências da obesidade, principalmente em seu grau mais avançado, são evidentes, como a redução na expectativa e na qualidade de vida, problemas psicossociais e maior incidência de doenças crônicas degenerativas^{14,22}. A obesidade tornou-se epidemia e problema de saúde pública em todo o mundo, sem distinção de sexo e idade^{10,13}. O elevado índice de fracasso no tratamento conservador inclui cada vez mais esta doença na esfera cirúrgica^{4,21,24}.

A operação para o tratamento da obesidade grave vem sendo empregada há quase meio século. Iniciou-se na década de 1950 com as operações que causavam má absorção^{11,17}.

Dentre a grande variedade de tratamentos desenvolvidos e aprimorados ao longo deste período estão: banda gástrica ajustável, gastroplastias com derivação jejunal, mais conhecido como "by-pass" gástrico em Y-de-Roux com

e sem anel (Fobi-Capella), e derivação biliopancreática pela técnica de desvio duodenal e Scopinaro.

As operações restritivas como a banda gástrica ajustável podem levar a perdas ponderais menores, principalmente em indivíduos que ingerem alimentos líquidos e de alto valor calórico^{2,18}. Além disto, nesta intervenção podem ocorrer problemas técnicos com relação à durabilidade, a infecção da prótese, deslizamento e extrusão, determinando perda ponderal menor ou necessidade de remoção da banda gástrica ajustável^{3,18}.

Baseando-se na análise dos aspectos clínicos e psicológicos envolvidos, a indicação do tratamento cirúrgico visa à redução das comorbidades associadas à obesidade (hipertensão, artropatias, apnéia do sono, hérnias, diabetes, hiperlipidemias) e redução dos problemas psicossociais envolvidos.

As derivações biliopancreáticas atuam menos por limitar a ingestão de alimentos e mais por diminuir a absorção dos nutrientes ingeridos¹². São consideradas como as mais eficientes no que se refere à perda do excesso de peso, porém seus efeitos indesejáveis são reconhecidos como fator limitante na sua indicação. A perda ponderal tende a se estabilizar dentro de um ano e a taxa de complicações cirúrgicas graves é geralmente baixa^{19,20}.

No sentido de simplificar o procedimento proposto por Scopinaro, Domene em nosso meio, propôs uma modificação técnica e tática da derivação bileopancreática por videolaparoscopia, sem a necessidade de retirada do corpo e antro gástrico com resultados satisfatórios a curto e longo prazo^{6,9}.

Quando existe a necessidade de reoperação dos pacientes que foram submetidos à banda gástrica ajustável por falha do método, pode haver dificuldade na dissecação da transição esôfagogástrica impedindo a realização de outros procedimentos como a septação gástrica ou gastroplastia vertical. No sentido de evitar

estas dificuldades técnicas estes autores propuseram a aplicação da derivação biliopancreática pela técnica de Scopinaro modificada por Domene nas reoperações por falha da banda gástrica ajustável.

MÉTODO

Com este procedimento, foram operados 14 pacientes, nove homens (64,3%) e cinco mulheres (35,7%), com idades entre 24 e 68 anos, IMC variando entre 35,2 e 55,2kg/m². Todos tinham sido submetidos a operação prévia por banda gástrica ajustável, com falha na perda do excesso de peso. Em três (21,4%) a banda foi retirada no mesmo ato cirúrgico e nos demais ela já tinha sido removida por complicações anteriores como erosão e migração. Todos os procedimentos foram realizados por videolaparoscopia.

A operação consistiu em dissecação do estômago na transição corpo-fundo e secção oblíqua do mesmo com grampeador linear. A seguir o coto gástrico proximal era reparado com dreno laminar, e passado para o andar inferior do abdômen, através de uma abertura realizada no mesocólon. O coto gástrico era fixado com pontos separados na brecha do mesocólon. Após a identificação da válvula ileocecal, media-se 80 cm proximais no íleo e marcava-se com fio de sutura; media-se outros 170 cm de jejuno proximal, onde o jejuno era seccionado juntamente com o seu mesentério utilizando-se grampeador linear; realizava-se em seguida anastomose da extremidade da alça de jejuno proximal ao íleo previamente demarcado. A operação prosseguia com a anastomose gastroentérica, látero-lateral com grampeador linear 45. Finalmente procedia-se o fechamento da brecha mesentérica (Figuras 1 e 2).

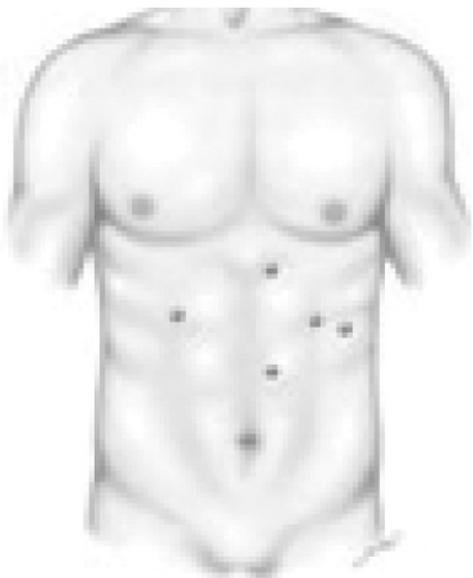


FIGURA 1 - Posição dos trocárteres

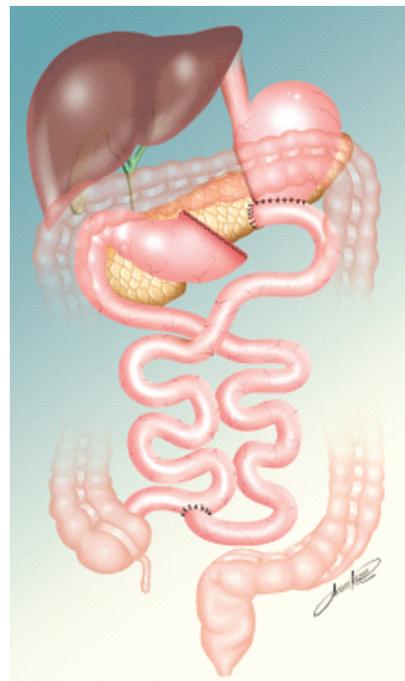


FIGURA 2 - Aspecto final da operação

RESULTADOS

O tempo operatório médio foi de três horas. Não houve complicações durante a operação. No pós-operatório imediato, todos os pacientes foram realimentados no primeiro dia. Foi estimulada à deambulação precoce e todos receberam alta hospitalar a partir do 2º dia do pós-operatório. Houve recomendação para dieta leve nas primeiras semanas, evoluindo a seguir para alimentação pastosa fracionada. A evolução em longo prazo, 18 meses após, mostrou perda de 68 % do excesso e resolução da diabetes tipo II e dislipidemia e melhora da hipertensão em todos os casos.

DISCUSSÃO

A operação da banda gástrica ajustável é sem dúvida a operação de menor morbimortalidade dentre os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade severa. Embora empregada há mais de 25 anos os resultados estão fortemente condicionados a adesão do paciente ao tratamento proposto e ao acompanhamento pela equipe multidisciplinar.

Há que se considerar ainda complicações inerentes a utilização de um corpo estranho sobre uma víscera oca, no caso a banda sobre o estômago. Além disto, a banda é método puramente restritivo sem nenhum componente metabólico. Desta forma existe sem dúvida percentagem apreciável em torno de 30% ou mais de falha na perda de peso com este método.

Nesta situação é necessário considerar outras opções técnicas a serem utilizadas. A literatura relata a aplicação de todas as demais técnicas na operação de resgate da banda gástrica ajustável. Como geralmente ocorrem fortes aderências entre o fígado e o estômago ao nível da transição esofagogástrica, esta região torna-se de difícil abordagem cirúrgica podendo dificultar a aplicação de técnicas que necessitem dissecar a área, como a gastroplastia vertical ou a operação de Fobi-Capella.

Desta forma foi intenção deste estudo analisar os resultados imediatos e a longo prazo com a aplicação da técnica de Scopinaro modificada por videolaparoscopia no resgate da falha da banda gástrica ajustável.

Como já descrito não houve qualquer complicação cirúrgica transoperatória nem no pós-operatório imediato (30 dias). A transecção oblíqua do estômago obviou a dissecação da transição esofagogástrica e também das aderências desta região. Sem dúvida isto facilitou sobremaneira a operação, toda ela realizada desta forma em território "não operado".

Isto provavelmente se refletiu na ausência de complicações maiores e alta hospitalar nas primeiras 48 horas. A evolução a médio e longo prazo também credenciaram o procedimento.

Houve expressiva perda de peso, em torno de 55%

a 68%^{8,16}. Com melhora significativa das comorbidades e desaparecimento da diabetes tipo II em todos os casos.

Pelo fato de ter-se confeccionado alça de jejuno proximal alimentar de 80 cm apenas quatro pacientes apresentaram diarreia e flatulência fétida dependente da ingestão de alimentos gordurosos.

Apesar disso, os efeitos indesejáveis foram bem tolerados e até o momento todos os pacientes vêm mantendo o peso alcançado após o procedimento cirúrgico, com alto grau de satisfação^{1,7,23}.

Deficiências específicas no seguimento tardio da derivação biliopancreática são encontradas de 1,5% a 14,5% dos pacientes em relação à baixa de vitaminas A, D, K, ferro, ácido fólico, cálcio e proteínas. Para evitar tais complicações sugere-se uso sistemático (nos primeiros anos) de inibidor de bomba de prótons, suplemento vitamínico e de cálcio diário, ingestão mínima de 100 g de proteína por dia, evitar ingestão de gorduras e bioquímica sanguínea cada seis meses para monitoramento^{6,15}.

A derivação bileopancreática vem sendo cada vez mais aceita, pois permite a confecção de uma bolsa gástrica pouco restritiva, com capacidade para 500 ml de volume e perda de peso que independe da quantidade e da qualidade do alimento ingerido, promovendo redução na absorção de amido e gordura⁵.

CONCLUSÃO

A aplicação da operação de Scopinaro modificada por videolaparoscopia no resgate da banda gástrica ajustável é método que promove perda de peso satisfatória e persistente, através de pequena restrição alimentar, acompanhada de alto grau de satisfação com efeitos indesejáveis toleráveis.

REFERÊNCIAS

1. Ardelt-Gattinger,E; Hofmann,I; Angermann,E et al.-Addictions? Role after bariatric surgery. *Obes Surg* 2001;11:377.
2. Buchwald H. The future of bariatric surgery. *Obes Surg* 2005; 15: 598-605
3. Dixon JB, O'Brien PE. Selecting the optimal patient for LAP-BAND placement. *The American Journal of Surgery* 2002; 184: 175-205.
4. Doldi SB, Micheletto G, Lattuada E, et al. - Adjustable gastric band: 5-year experience. *Obes Surg*, 2000, 10:17. 9.
5. Doldi,SB; Perrini,MM; Mozzi,E- Management of biliopancreatic diversion complications. *Obes Surg* 2001.
6. Domene CE, Volpe P, Puzzo DB, Pimentel MPL, Camargo RB. Derivação Biliopancreática Com Preservação Gástrica Videolaparoscópica Para Tratamento da Obesidade Mórbida. *Rev bras videocir* 2005;3(3): 143-151.
7. Ferraz EM, Arruda PCL, Ferraz AAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev Col Bras Cir* 2003; 30(2): 98-105.
8. Fobi,MAL; Lee,H; Igwe,D et al.- Transected silastic ring vertical banded bypass with jejunal interposition, a gastrostomy and a gastrostomy site marker (Fobi pouch operation). IN Dietel,M & Cowan Jr,GSM, ed, FDCommunications Inc, Canada, 2000:203-26.
9. Hauri P, Steffen R, Ricklin T et al. - Treatment of morbid obesity with

- the Swedish adjustable gastric band (SAGB): complication rate during 12-month follow-up period. *Surgery*, 2000, 127: 484.
10. James WP. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J Intern Med*. 2008;263(4):336-52.
 11. Kremen AJ, Linner JH, Nelson CH. An experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine. *Ann Surg* 1954;140:439-48.
 12. Manlio Basilio Speranzini, Claudio Roberto Deutsch, Osmar Kenji Yagi, Manual de Diagnóstico e Tratamento para o residente de Cirurgia, Atheneu, 2009;938.
 13. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutr*. 2001;5(1A):105-12.
 14. O'Brien PE, Brown W, Dixon JB. Obesity, weight loss and bariatric surgery. *Med J Aust*. 2005;183(6):310-4
 15. Ritchie,JD- Biliopancreatic diversion- postoperative management, challenges, experience with 198 cases over seven years. *Obes Surg* 2001; 11:406.
 16. Scopinaro,N; Gianetta,E; Civalleri,D et al.- Biliopancreatic by-pass for obesity: initial experience in man. *Br J Surg* 1979;
 17. Scott HW Jr, Dean RH, Shull HJ. Results of jejunoileal bypass in two hundred patients with morbid obesity,*Surg Gynecol Obstet* 1977;145:661-73.
 18. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 2004, 351:2683-2693.
 19. Szego,T; Garrido Jr,AB; Matsuda,M et al.- Laparoscopic Roux en Y gastric bypass with silastic ring in the treatment of morbid obesity: early results and comparison to technique without silastic ring. *Obes Surg* 2000; 11:439.
 20. Viachos O,I; Stergiou,T; Nead,N et al.- Psychological factors and patient motives in relation to BMI reduction in morbidly obese patients following bariatric surgery. *Obes Surg* 2001; 11:378.
 21. Weiss HG, Nehoda H, Labeck B et al. - Treatment of morbid obesity with laparoscopic adjustable gastric banding affects esophageal motility. *Am J Surg*, 2000, 180:47
 22. Wolf AM, Falcone AR, Kortner B, Kuhlmann HW. Baros: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. *Obes Surg*. 2000;10(5):445-50.
 23. Zilberstein B Pajeccki D; De Brito AC; Gallafrio ST; Eshkenazy R; Andrade CG – Topiramate after Adjustable Gastric banding in patients with Binge eating and Difficulty losing weight. *Obesity Surgery* 2004; 14: 802-5.
 24. Zilberstein B, Brito ACG, Joaquim HDG, Carballo MG. Banda gástrica com desvio jejunoileal: nova opção técnica em cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2010; 23(2): 105-7.