

Clinica Cirúrgica

CIRURGIA DE DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y DE ROUX OU BANDA GÁSTRICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA?

Os autores revisaram os 21 trabalhos de maior importância publicados entre 1997 e 2005, principalmente pelo tempo de acompanhamento pós-operatório. Os 21 estudos representavam 13.980 pacientes obesos operados, analisando-se as principais complicações e a taxa de insucesso de cada técnica. Angrisani et al. (2004) operaram 3.319 pacientes com IMC médio de 33,9 submetidos à colocação de banda gástrica. Em cinco anos de seguimento, esses pacientes chegaram a 28,2 de IMC médio, portanto dentro da faixa de sobrepeso. Os mesmos autores, em 2003, estudaram 1.893 pacientes submetidos a mesma técnica, isto é, banda gástrica, porém com IMC médio maior (43,7). Com seis anos de seguimento, o IMC chegou a uma média de 32, isto é, os pacientes ficaram na faixa de obesos (IMC entre 30 e 35). Analisando esses achados em dois trabalhos distintos e com o tempo de acompanhamento semelhante, porém com IMC diferentes, constatamos que a banda gástrica teve resultados piores quando o IMC era acima de 40.

Com relação às complicações, observamos que os trabalhos com banda gástrica em que houve acompanhamento mais prolongado, mostraram índices de complicação maiores. A dilatação do segmento gástrico proximal à banda foi a complicação mais freqüente em todos os estudos analisados, variando de 2,6% até 23%. Dargent, em 2004, avaliou 1.180 pacientes operados por banda gástrica e demonstrou ao longo de oito anos a progressão do aparecimento das complicações, sendo que o deslocamento da banda foi verificado em 0,3% no primeiro ano, e 12,1% no oitavo ano após a cirurgia. Desta forma, evidenciou que os problemas com a banda gástrica surgem com o passar dos anos.

Na DGYR, a maior complicação foi a falha da sutura mecânica, complicação essa que não existe na cirurgia da banda gástrica, uma vez que não é usado esse tipo de sutura. Observamos um alto índice de remoção das bandas gástricas, porém com grande discrepância em relação aos diferentes autores, variando de 0% a 60%. E mais uma vez o tempo de acompanhamento destes pacientes variou muito, 2 e 13 anos, respectivamente. Podemos perceber que os trabalhos que apresentam um tempo de acompanhamento menor podem não estar constatando os reais problemas que a banda gástrica pode acarretar.

Cordera et al., em 2004, avaliaram 54 pacientes operados por falha da banda gástrica e conversão para DGYR e verificaram que após dois anos de acompanhamento, a maioria dos pacientes parou ou reduziu as medicações que

usavam para as comorbidades relacionadas ao excesso de peso e 90% estavam satisfeitos com os resultados da conversão para a DGYR.

A revisão feita por Chapaman et al., em 2002, observou mortalidade a longo prazo de 0,49% para DGYR e 0,45% para BG. Desta forma, podemos dizer que o risco de mortalidade das duas técnicas é pequeno e semelhante.

Sobre estudos comparativos entre super-obesos e obesos com o uso da banda gástrica, observamos complicações e mortalidade ainda maiores em super-obesos, sendo que a necessidade de reoperação nesse grupo chega a 29,5%, principalmente por perda inadequada de peso ou complicações relacionadas a técnica. Mognol et al. (2005) estudaram 290 pacientes super-obesos, sendo 179 com BG e 111 com DGYR. Verificaram que o índice de complicações tardias foi maior com o uso da banda (26% versus 15,3%). Observaram ainda uma perda do excesso de peso maior com a DGYR, 63% versus 41% em um ano e 73% versus 46% em dois anos. Esses achados nos levam a dizer que a cirurgia bariátrica de escolha para super-obesos não deve ser a colocação da banda gástrica, entretanto a DGYR é uma boa indicação para esses pacientes. Conclusão: a longo prazo, a DGYR leva a maior perda de peso e a menores complicações que a banda gástrica.

**MILENA PARREIRA LIORCI
ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB
OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO**

Referências

1. Alper D, Ramadan E, Vishne T, Belavsky R, Avraham Z, Seror D, et al. Silastic ring vertical gastroplasty ? Long-term result and complications. *Obes Surg* 2000;10(2):250-4.
2. American Society for Bariatric Surgery SAGES/ASBS. Guidelines for laparoscopic and conventional surgical treatment of morbid obesity [cited 2005]. Available form: http://www.asbs.org/html/lab_guidelines.html.
3. Angrisani L, Favretti F, Furbetta F, Luppa A, Doldi SB, Paganelli M, et al. Italian Group for Lap-bando System: result of multicenter study on patients with BMI <35kg/m2. *Obes Surg* 2004;14:415-8.
4. Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic gastric bypass versus laparoscopic adjustable gastric banding in the super obese: a comparative study of 290 patients. *Obes Surg* 2005;15(1):76-81.

Obstetricia

PRÉ-ECLÂMPSIA: "ESTADO HIPOVOLÊMICO" OU "CONTEÚDO AJUSTADO AO CONTINENTE?"

Apesar de a etiologia da pré-eclâmpsia permanecer desconhecida, as alterações fisiopatológicas que ocorrem no sistema cardiovascular foram descritas, de forma convincente, há muito tempo¹. Mesmo assim, inverdades e falsos conceitos vêm sendo divulgados por muitos profissionais e especialistas, devido à má interpretação ou desconhecimento desses processos fisiopatológicos. Vários autores acreditam, ainda, que a pré-eclâmpsia grave induz à redução do volume plasmático,

impondo sua correção pela reposição de fluidos. Chega-se até a considerá-la um "estado de choque hipovolêmico crônico".

Portanto, o conceito de "corrigir a hipovolemia" na pré-eclâmpsia com o intuito de aumentar o fluxo sanguíneo útero-placentário é totalmente errado e iatrogênico, pois a redução do volume plasmático circulante se deve à vasoconstricção arterial e não à diminuição do volume de fluidos. Ademais, ao promover a expansão volêmica em situação de vasoconstricção seria prejudicial ao sistema cardiovascular devido à sobrecarga iatrogênica de volume a um coração não preparado para recebê-la. Como agravante, devido à lesão endotelial sistêmica, a infusão desnecessária de fluidos, acarretaria piora do edema generalizado e, como complicação grave, levaria ao edema pulmonar. Contrariamente, o tratamento para aumentar o fluxo sanguíneo aos órgãos-alvos consiste em controlar a pressão arterial por meio de terapêutica para promover vasodilatação³.

Em algumas situações de extrema gravidade, em que ocorre oligúria e insuficiência renal, a reposição volêmica criteriosa associada ao controle pressórico parece ser o tratamento ideal, porém a pressão venosa capilar pulmonar deve ser monitorizada, em que pese ser procedimento de complexidade maior. Essa conduta é essencial, pois a monitorização da pressão venosa central, um procedimento mais simples, não se mostrou efetiva como preditor clínico da pressão venosa capilar pulmonar².

Na literatura há poucos estudos recentes abordando o estado hemodinâmico materno nessas situações mais graves⁴, o que torna o assunto de interesse, motivando o desenvolvimento de novas linhas de pesquisa nessa importante complicação gestacional.

**RODRIGO RUANO
MARCELO ZUGAIB**

Referências

1. Assali NS, Vaughn DL. Blood volume in pre-eclampsia: fantasy and reality. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129(4):355-9.
2. Cotton DB, Gonik B, Dorman K, Harrist R. Cardiovascular alterations in severe pregnancy-induced hypertension: relationship of central venous pressure to pulmonary capillary wedge pressure. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151(6): 762-4.
3. Zugaib M. Doença hipertensiva específica da gravidez. *Femina* 1985;13(2):120-4.
4. Ganzevoort W, Rep A, Bonsel GJ, De Vries JI, Wolf H, PETRA investigators. A randomized trial of plasma volume expansion in hypertensive disorders of pregnancy: influence on the pulsatility indices of the fetal umbilical artery and middle cerebral artery. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(1):233-9.

Medicina Baseada em Evidências

QUAL O NÚMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 NECESSÁRIO A TRATAR PARA SE EVITAR UM EVENTO CORONARIANO?

O *diabetes mellitus* está associado a um risco substancial de morbidade e mortalidade prematura. Em pacientes diabéticos, o risco absoluto de morte por doença cardiovascular é maior (55%) do que em pacientes não diabéticos (42%)¹; o *hazard ratio* (HR) para morte por doença coronariana, em

pacientes diabéticos sem IAM prévio, quando comparado com pacientes não diabéticos com IAM, não é significativamente diferente (HR:1,4; IC 95%: 0,7 a 2,6)². Dada a epidemiologia das complicações crônicas macrovasculares no diabetes, o manuseio do risco cardiovascular desses pacientes, através de medicamentos hipolipemiantes, tem ocupado um papel relevante no acompanhamento. Aqui, abordamos a evidência que sustenta o uso desses agentes no *diabetes mellitus* tipo 2³, utilizando as medidas: redução de risco absoluto (RRA), que expressa o risco da ocorrência de evento coronariano no tratamento com placebo, subtraído do risco do tratamento com estatinas, e o número necessário para tratar (NNT), que expressa o número necessário de pacientes a serem tratados com estatina para se evitar um evento coronariano. Citamos o RRR, a fim de destacar o aumento de magnitude do efeito, ao qual esta última medida nos induz³. O seguimento dos pacientes é superior a três anos, e o desfecho principal descrito são eventos coronarianos principais (mortes por doença coronariana; IAM não-fatal; ou procedimentos de revascularização)³. Então, o uso de estatinas em prevenção primária (sem evento coronariano prévio), em pacientes diabéticos, confere RRA de 2%, NNT de 50 e RRR de 20%, e em pacientes não diabéticos, 2%, 50 e 23%, respectivamente³. O uso de estatinas em prevenção secundária (com evento coronariano prévio), em pacientes diabéticos, confere RRA de 6%, NNT de 16 e RRR de 21%, e em pacientes não diabéticos, 5%, 20% e 23%, respectivamente³. A RRA obtida na prevenção secundária de pacientes diabéticos é três vezes maior do que na prevenção primária, com RRR similar. O NNT na prevenção primária de pacientes diabéticos é 50, mas devemos lembrar que 49 pacientes serão tratados sem benefício. O NNT na prevenção secundária de pacientes diabéticos é 16, e, de modo semelhante, enfatizamos que 15 pacientes serão tratados sem benefício. O NNT na prevenção primária e secundária de pacientes não diabéticos é similar: 50 e 20, respectivamente. Como podemos ver, apesar da indiscutível redução de risco obtida com o uso de estatinas, alguns pacientes, diabéticos e não diabéticos, não obtêm esse benefício. Quem são eles? A esta nova pergunta, novos estudos deverão responder.

**WANDERLEY MARQUES BERNARDO
LUIZ CLAUDIO GONÇALVES DE CASTRO**

Referências

1. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care* 1993;16:434-44.
2. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998;339:229-34.
3. Costa J, Borges M, David C, Carneiro AV. Efficacy of lipid lowering drug treatment for diabetic and non-diabetic patients: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2006 Apr 24; [Epub ahead of print].