

## *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](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 tempo<sup>1</sup>. 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,