

Cirurgia

Consenso internacional de especialistas em *sleeve* gástrico baseado na experiência de mais de 12.000 casos operados

ELIAS JIRJOSS ILIAS

Doutor em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Brasil; Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Brasil – eliasilias@hotmail.com

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Este guia de condutas em *sleeve* gástrico foi definido em um painel de especialistas realizado na Flórida em março de 2011¹. O evento reuniu *experts* de vários países que juntos contabilizaram mais de 12.000 pacientes operados por videolaparoscopia, submetidos à técnica de gastrectomia vertical ou *sleeve* gástrico (LSG) para o tratamento da obesidade mórbida.

O grupo de cirurgiões participantes do consenso operou 12.799 pacientes com média de idade de 42 anos, sendo 26% homens e 76% mulheres. O índice de massa corporal (IMC) médio foi de 44 kg/m², a média de permanência hospitalar foi de 2,5 dias e a taxa de conversão de vídeo para cirurgia aberta foi de 1,05%. As complicações foram as fístulas (1,06%), estenoses (0,35%) e refluxo gastroesofágico (12%).

Foi considerado consenso quando pelo menos 70% das respostas dos especialistas foram concordantes. Citamos a seguir os principais pontos de consenso dos especialistas com a porcentagem de concordância em relação ao *sleeve* gástrico.

QUANTO À SELEÇÃO DE PACIENTES

O LSG é um procedimento isolado válido para o tratamento da obesidade mórbida (90%). Os membros do painel consideraram o LSG uma opção de tratamento válido para o tratamento de pacientes considerados de alto risco (96%); candidatos a transplante – rim e fígado – (96%); obesos mórbidos com síndrome metabólica (91%); pacientes com IMC de 30-35 kg/m² com comorbidades (95%); pacientes com doença inflamatória intestinal (86%); obesos mórbidos na adolescência (77%); pacientes obesos mórbidos idosos (100%) e pacientes com cirrose Child A ou B (78%).

QUANTO ÀS REOPERAÇÕES

No que diz respeito às reoperações, os membros do painel concordaram que o LSG é uma opção aceitável para conversão da banda gástrica (95%). No entanto, foi reconhecido que o *bypass* em Y de Roux e não o LSG seria a melhor opção para converter uma banda gástrica que não teve sucesso (71%). Quando um paciente sofre conversão de banda gástrica para LSG, a operação pode ser

feita em um só tempo (72%); a abordagem em duas fases também é válida (79%). Mesmo supondo que ≤ 30% dos pacientes com LSG precisarão de um segundo procedimento para perda de peso, o júri decidiu que o LSG ainda é um procedimento excelente (90%).

QUANTO À TÉCNICA CIRÚRGICA

Com relação ao grampeamento do estômago, deve-se usar a carga verde (71%). A transecção deve começar de 2-6 cm do piloro (92%), e é importante ser cauteloso e manter uma distância razoável da junção gastroesofágica nos últimos grampeamentos (96%).

Para a realização do *sleeve*, deve-se usar uma sonda de 32F-36F de diâmetro (87%). O painel acredita que a utilização de uma sonda < 32F pode aumentar as complicações, e o uso de uma sonda > 36F poderia levar à falta de restrição a longo prazo e possível dilatação do tubo gástrico. A sutura invaginante sobre a linha de grampos pode levar à redução temporária ou permanente do tamanho do lúmen (83%). Não se devem usar grampos menores que a de uma carga azul (1,5 mm) em qualquer parte de uma gastrectomia vertical (81%). Quando se resseca o antro, o cirurgião deve usar carga verde (2,0 mm) (87%), porque o antro é a parte mais espessa do estômago. É importante mobilizar o fundo gástrico antes da transecção (96%).

QUANTO ÀS COMPLICAÇÕES

Os integrantes do painel concordaram que fístulas, estenoses, sangramento e refluxo gastroesofágico foram as complicações mais prevalentes observados após o LSG. A utilização de um *stent* é uma opção de tratamento válido para uma fístula proximal aguda nas quais a terapia conservadora falhou (95%) e um paciente instável com uma fístula sintomática requer reoperação imediata (86%). O painel também fez algumas observações sobre o reforço da linha de grampos, afirmando que o seu uso pode reduzir o sangramento ao longo da linha (100%). As complicações incluíram hérnia hiatal e doença do refluxo gastroesofágico. Curiosamente, o painel afirmou que o *sleeve* só deve ser realizado por cirurgiões bariátricos (85%) e que a endoscopia deve ser rotineira em pacientes submetidos à gastrectomia vertical (70%).

CONCLUSÕES

Importante afirmar que não se pretende estabelecer um padrão de prática em *sleeve* apenas para apoiar e incentivar os cirurgiões e as sociedades cirúrgicas a desenvolverem diretrizes padronizadas. Nestes tempos, quando tantas novas tecnologias cirúrgicas e procedimentos estão sendo desenvolvidos, é crucial fornecer recursos para cirurgiões aprenderem as melhores práticas em um curto período de tempo para alcançar os resultados e o procedimento ideais, enquanto minimizam as complicações.

COMENTÁRIO

O *sleeve* gástrico vem se popularizando no tratamento da obesidade mórbida, principalmente pela sua facilidade técnica e seu baixo custo. No entanto esse procedimento ainda tem complicações importantes e de difícil resolução, necessitando de diretrizes como estas aqui apresentadas para melhorar os resultados. Apesar de ser uma técnica que está mostrando bons resultados, ainda é necessário estudos a longo prazo para termos uma noção mais clara sobre seus reais benefícios.

REFERÊNCIAS

1. Rosenthal RJ, International Sleeve Gastrectomy Expert Panel, Diaz AA, Arvidsson D, Baker RS, Basso N *et al.* International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of > 12,000 cases. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(1):8-19.