

COMPLICAÇÕES E ÓBITOS NAS OPERAÇÕES PARA TRATAR A OBESIDADE MÓRBIDA

Complications and deaths in operations to treat morbid obesity

Aluísio **STOL**, Giovana **GUGELMIN**, Valdir Martins **LAMPA-JUNIOR**, Cassius **FRIGULHA**, Rafael Armínio **SELBACH**

Trabalho realizado no Instituto de Cirurgia Digestiva e Obesidade de Joinville, Joinville, SC, Brasil

DESCRIPTORIOS - Obesidade mórbida. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Complicações.

Correspondência:

Giovana Gugelmin,
e-mail: giovanagugelmin@gmail.com

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

Recebido para publicação: 27/04/2011
Aceito para publicação: 05/07/2011

HEADINGS - Obesity, morbid. Surgical procedures, operative. Complications.

RESUMO – Racional - A cirurgia bariátrica, apesar de complexa, apresenta baixa morbimortalidade; contudo, quando presente apresenta graves conseqüências. **Objetivo** - Avaliar a presença de complicações e óbitos nos pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos a tratamento cirúrgico. **Métodos** - Análise retrospectiva de 656 pacientes submetidos a procedimento cirúrgico bariátrico. Foram analisados: sexo, idade, peso pré-operatório, índice de massa corporal pré-operatório, procedimento realizado, tempo de internação, complicações pós-operatórias e mortalidade. **Resultados** - A idade variou entre 16 a 68 anos (média de 36,6 anos). Do total, 80,7% eram do sexo feminino. O índice de massa corporal médio foi de 42,8 kg/m² (35 e 68 kg/m²) O tempo médio de internação foi de 4,5 dias (1 a 125 dias). O bypass gástrico foi realizado em 370 pacientes (56,40%) e a operação de Capella em 236 casos (35,97%). A principal complicação encontrada foi fistula, em 17 pacientes (2,59%). Houve necessidade de reoperação em 17 pacientes (2,59%). Oito pacientes morreram (1,21%), três foram submetidos à operação de Capella, três à bypass, um à operação de Scopinaro e um à gastrectomia vertical. **Conclusão** - A principal complicação foi a fistula digestiva, que ocorreu em 2,59% e a mortalidade foi de 1,21%.

ABSTRACT - Background - Bariatric surgery, although complex, has low morbidity and mortality, but when they happen, serious consequences are expected in patients evolution. **Aim** -To evaluate the presence of complications and deaths in patients with morbid obesity who underwent surgical treatment. **Methods** - Retrospective analysis of 656 patients undergoing bariatric surgery. Were analyzed: sex, age, pre-operative weight, body mass index before surgery, procedure performed, length of hospital stay, post-operative complications and mortality. **Results** - The age ranged from 16 to 68 years (mean 36.6 years). Of the total, 80.7% were female. The mean body mass index was 42.8kg/m² (35 to 68 kg/m²). The average length of hospital stay was 4.5 days (1 to 125 days). The gastric bypass was performed in 370 patients (56.40%) and operation of Capella in 236 cases (35.97%). Major complication were fistulas in 17 patients (2.59%). Reoperation was needed in 17 patients (2.59%). Eight patients died (1.21%), three submitted to Capella procedure, three to bypass, Scopinaro operation in one and vertical gastrectomy in one. **Conclusion** - The main complication was digestive fistula, which occurred in 2.59% and mortality was 1.21%.

INTRODUÇÃO

A obesidade é doença crônica, multifatorial e geneticamente relacionada ao acúmulo excessivo de gordura corporal². A obesidade mórbida está se tornando doença endêmica, associada à diversas comorbidades o que diminui a qualidade de vida e a expectativa de vida⁹. Quanto maior o peso corporal do indivíduo menor a sua expectativa de vida¹⁴.

Considera-se obesidade quando o índice de massa corporal (IMC) encontra-se acima de 30 kg/m². Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II entre

35 e 39,9kg/m² e obesidade grau III quando ultrapassa 40 kg/m². Também são obesos mórbidos pacientes que estão com 100% ou mais acima do seu peso ideal ou 45,4 kg acima do peso ideal⁵.

A prevalência da obesidade é crescente nos países desenvolvidos, sendo que a obesidade mórbida (IMC >35 kg/m²) tem crescido duas vezes mais rápido do que a obesidade (IMC entre 30 e 35 Kg/m²)¹³. No Brasil, observou-se crescimento maior que 90% na população obesa nos últimos 30 anos^{3,7}. Hoje, é um dos principais problemas de saúde pública, no Brasil e no mundo^{2,3}.

A obesidade mórbida representa risco iminente à vida e deve ser tratada de maneira definitiva, segundo a National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference de 1991, o tratamento cirúrgico é a melhor opção para a perda de peso e sua manutenção em longo prazo^{1,3}.

Os procedimentos cirúrgicos bariátricos são eficazes e seguros em aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos obesos mórbidos⁵. O bypass em Y-de-Roux é a operação mais comum nos Estados Unidos¹, sendo considerado o procedimento mais efetivo para o controle da obesidade mórbida e recomendado como padrão-ouro de tratamento⁵.

A cirurgia bariátrica, apesar de complexa, apresenta baixa morbimortalidade, estando justificada sua realização no tratamento da obesidade mórbida³.

Neste trabalho, o objetivo é avaliar as complicações e óbitos dos pacientes portadores de obesidade mórbida submetidos a tratamento cirúrgico.

MÉTODOS

Foi realizada análise retrospectiva de 656 pacientes submetidos a procedimento cirúrgico bariátrico em hospitais de Joinville, SC, Brasil no período de novembro de 1999 a julho de 2010. Eles foram analisados nos seguintes aspectos: sexo, idade, peso pré-operatório, IMC pré-operatório, procedimento a qual foi submetido, tempo de internação, complicações pós-operatórias e mortalidade. Foram consideradas complicações as fístulas, o tromboembolismo pulmonar e aquelas que resultaram em óbito e reoperação e consideradas complicações maiores, a fístula e o tromboembolismo pulmonar.

Os critérios utilizados para a indicação cirúrgica foram baseados nas determinações do "National Institutes of Health Consensus Development Panel on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity" que incluem IMC maior de 40 Kg/m² ou maior que 35 Kg/m² com comorbidades severas.

RESULTADOS

A idade variou entre 16 a 68 anos (média de 36,6 +/- 10,35 anos). O sexo feminino predominou representando 530 pacientes (80,7%). O índice de massa

corporal médio (IMC) foi de 42,8 kg/m², variando entre 35 e 68 +/- 5,48 kg/m². O tempo médio de internação foi de 4,5 dias (1 a 125 dias).

A operação mais realizada foi o bypass gástrico em Y-de-Roux em 370 pacientes (56,40%), três por via laparotômica. A operação de Capella (bypass gástrico em Y-de-Roux com anel) foi realizada em 236 casos (35,97%), 99 por via laparoscópica. A banda gástrica foi realizada em 19 pacientes (2,89%). A gastrectomia vertical via laparoscópica foi realizada em 16 pacientes (2,43%). A operação de Scopinaro foi realizada em 10 pacientes (1,52 %), seis por via laparoscópica. O duodenal switch via laparoscópica foi realizado em cinco pacientes (0,76%).

A principal complicação encontrada foi fístula, em 17 pacientes (2,59%). Três (0,4%) tiveram tromboembolismo pulmonar. Houve necessidade de reoperação em 17 pacientes (2,59%), dos quais 10 por fístula (oito por fístula da anastomose gastrojejunal e dois no estômago excluído), um por fístula da anastomose em Y-de-Roux, dois por obstrução do Y, dois por sangramento, um por suspeita de fístula com lavagem da cavidade, um por pancreatite. Oito pacientes morreram (1,21%), sendo dois por embolia pulmonar e os demais por fístula (Figura 1). Dos pacientes que foram a óbito três tinham sido submetidos à operação de Capella, três ao bypass, um a operação de Scopinaro e um à gastrectomia vertical.

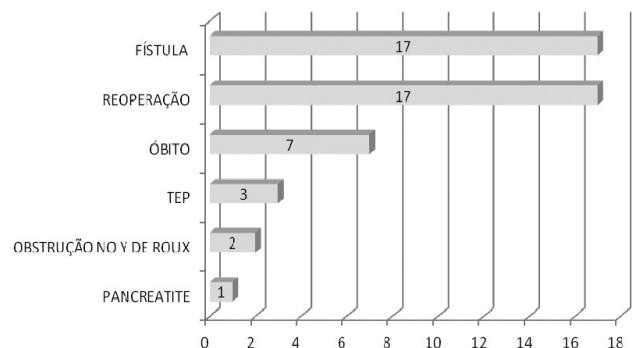


FIGURA 1 - Complicações e óbitos entre 656 pacientes submetidos a operações para obesidade mórbida

DISCUSSÃO

A cirurgia bariátrica é opção de tratamento eficaz e segura para a perda de peso aumentando a longevidade e a qualidade de vida dos obesos mórbidos. Mas, não é um procedimento isento de complicações. A principal e maior é a fístula, cuja incidência varia de 0,5 a 3%^{1,2,3,5,6}. Elas são difíceis de diagnosticar. Os sinais mais comuns de sua existência são o aumento da frequência cardíaca e a fadiga respiratória^{1,4,8,11}. Essa complicação ocorreu nesta casuística em 2,59%; 11

foram submetidos a relaparotomia e outros seis foram tratados clinicamente.

A principal causa de morte não esperada é a embolia pulmonar^{1,12}. Ela tem incidência, descrita na literatura entre 0,4 e 3,1 % dos pacientes^{1,5,6}. Neste estudo ela foi de 0,4%, dois morreram. Houve e necessidade de reoperação em 2,59% dos casos, inferior a de Nguyen (6,6%)¹⁰.

A taxa de mortalidade operatória descrita na literatura varia de 0,1 a 2%, dependendo do procedimento e das características dos pacientes^{1,2,6}. Nesta casuística houve oito óbitos no período pós-operatório imediato (30 dias), sendo seis por fístula e dois por tromboembolismo pulmonar.

CONCLUSÕES

A principal complicação foi a fístula, que ocorreu em 2,59% dos pacientes e a mortalidade foi de 1,21%.

REFERÊNCIAS

1. Bult MJ, van Dalen T, Muller AF. Surgical treatment of obesity. *Eur J Endocrinol*. 2008 Feb;158(2):135-45.
2. Fandiño, Julia; Benchimol, Alexander K; Coutinho, Walmir F; Appolinário, José C. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*; 26(1), 2004
3. Faria OP, Pereira VA, Gangoni CMC, Lins RD, Leite S, Rassi V, Arruda SLM. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com Bypass gástrico em Y de Roux: análise de 160 pacientes. *Brasília méd*;39(1/4):26-34, 2002.
4. Fernandez Jr. AZ, DeMaria EJ, Tichansky DS, Kellum JM, Wolfe LG, Meador J, Sugerman HJ. Experience with over 3000 open and laparoscopic bariatric procedures: multivariate analysis of factors related to leak and resultant mortality. *Surgical Endoscopy* 2004; 18: 193-197.
5. Ferraz EM, Arruda PCL, Bacelar TS, Ferraz AAB, Albuquerque AC, Leão CS. Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *Rev. Col. Bras. Cir*;30(2):98-105, 2003.
6. Garrido Jr. AB. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2000; 44(1):106-10.
7. Gastric surgery for severe obesity. Centro de Cirurgia e Endoscopia Paulo Maciel. [Acessado em 2/12/2002.] Disponível em: <http://www.geocities.com/paulomaciel/index2000.html>.
8. Hamilton EC, Sims TL, Hamilton TT, Mullican MA, Jones DB & Provost DA. Clinical predictors of leak after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Surgical Endoscopy* 2003; 17: 679-684.
9. Marchesini SD. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2010;23(2):108-113
10. Nguyen NT, Goldman C, Rosenquist CJ, Arango A, Cole CJ, Lee SJ, Wolfe BM. Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. *Ann Surg*. 2001 Sep;234(3):279-89.
11. Pieracci FM, Barie PS, Pomp A. Critical care of the bariatric patient. *Critical Care Medicine* 2006; 34: 1796-1804.
12. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity. American Society for Bariatric Surgery. [Acessado em 11/11/2002]. Disponível em: <http://www.asbs.org/html/rationale/rationale.htm>
13. Shah M, Simha V, Garg A. Review: long-term impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. *J ClinEndocrinolMetab*. 2006 Nov;91(11):4223-31.
14. Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JLI. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N Engl J Med*1998;338(1):1-7.