



AS PRINCIPAIS DIFERENÇAS DAS DUAS TÉCNICAS MAIS UTILIZADAS NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Yuri Rozemberg Azambuja, discente de graduação, Universidade Federal do Pampa, Campus
Uruguaiiana

Camila Giroto Alberti, discente de graduação, Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiiana

Isabel Cristina de Macedo, docente, Universidade Federal do Pampa

e-mail primeiro autor: yuriazambuja.aluno@unipampa.edu.br

A obesidade cresce de forma alarmante, consolidando-se como um problema crescente de saúde pública. De forma geral, a obesidade é definida como o acúmulo excessivo ou a distribuição anormal do tecido adiposo. O índice de massa corporal (IMC), apesar de não ser a única medida, é o indexador mais empregado para avaliação da obesidade. O tratamento da obesidade deve ser multiprofissional, englobando prática de atividade física, acompanhamento nutricional, terapia cognitivo-comportamental e terapia farmacológica. Não havendo sucesso com as intervenções citadas, há a indicação de cirurgia bariátrica. Na obesidade grau III observa-se pouca resolução com os tratamentos não cirúrgicos, bem como uma grande prevalência da retomada do peso inicial em um período de até 2 anos. Nesse sentido, a cirurgia bariátrica é um procedimento operatório que pode se utilizar de diversas técnicas e que auxilia no emagrecimento e no combate à comorbidades associadas, como diabetes tipo II. Este procedimento é mais difundido no Brasil que, atualmente, encontra-se como o segundo país que mais realiza bariátricas, perdendo apenas para os Estados Unidos da América. Atualmente, as 2 principais técnicas utilizadas são o *Bypass* e o *Sleeve*, que se diferenciam, sobretudo, pela extensão de órgãos modificados. Logo, objetiva-se aqui descrever os principais aspectos que diferenciam essas duas técnicas, suas principais indicações e os critérios de escolha para esses procedimentos cirúrgicos. Assim, trata-se de uma revisão narrativa de literatura que faz parte das atividades propostas pelos colaboradores do Núcleo de Estudos em Obesidade e Comportamento Alimentar (NEOCA), que tem como objetivo aprofundar o estudo na temática da obesidade e comportamento alimentar. O NEOCA é um projeto de ensino aprovado pela comissão local de ensino da Unipampa registrado no SIPPEE sob nº 10.082.20. Foi realizada uma busca nas bases de dados Medline/PubMed e SciELO por artigos dos últimos 5 anos, cruzando os descritores "*Bariatric surgery*", "*Bypass*" and "*Sleeve*". A busca resultou em 12 estudos e, dentre esses, foram escolhidos 7 a fim de elaborar esta breve revisão. Diversos trabalhos apontam para a divergência de técnicas realizadas no Brasil e nos Estados Unidos, sendo que entre os cirurgiões brasileiros há preferência pela realização das cirurgias de *bypass* gástricos, enquanto cirurgiões americanos utilizam predominantemente o *Sleeve*. O *Bypass* gástrico é uma técnica mista que tem como fundamento a união da parte superior do estômago com o jejuno, o que, consequentemente diminui a cavidade gástrica e a quantidade de ingestão alimentar. Nesse sentido, ela é uma técnica restritiva e ao mesmo tempo disabsortiva, pois decresce a superfície intestinal destinada à absorção. Assim, é possível observar efeitos pós-cirúrgicos que incluem a estimulação precoce do centro da saciedade, além da melhora do ciclo da síndrome metabólica, devido a chegada rápida de alimentos em uma porção mais distal do intestino delgado. Já o *Sleeve* é caracterizado como uma técnica restritiva uma vez que modifica apenas o estômago, e tem como objetivo diminuir a cavidade gástrica em até 80% de sua capacidade original, transformando o órgão em um tubo, mantendo, entretanto, piloro e intestinos intocados. Dessa maneira, esse procedimento objetiva a perda significativa de peso com uma intervenção de menor porte, diminuindo assim o risco cirúrgico. Dentre as vantagens desta cirurgia tem-se a não exclusão do duodeno do trânsito alimentar, não interferindo assim no sítio de absorção de micronutrientes. Com base nisso, através de uma comparação de dados recentes, evidências comprovam uma maior tendência de perda do excesso de peso após cinco anos de seguimento com o *Bypass* gástrico em relação ao *Sleeve*. Além disso, o *Bypass* também apresenta maior taxa de remissão de comorbidades em curto prazo, demonstrando significativa vantagem desse procedimento sobre o controle não cirúrgico do peso. Entretanto, as deficiências nutricionais, a maior morbimortalidade e o maior tempo operatório constituem-se como desvantagens significativas dessa

técnica, o que faz com que o *Sleeve* seja visto como uma alternativa mais segura. Desse modo, nota-se uma tendência inegável para a utilização do *Bypass* no serviço público brasileiro, entretanto em diversas literaturas, essa tendência modifica-se nos hospitais privados do Brasil, sendo muito semelhante à observada nos serviços de saúde norte-americanos. Tal fato pode estar associado com o perfil díspar entre essas populações, com maior incidência de determinadas comorbidades, com o maior conservadorismo do *Bypass* em relação ao *Sleeve* ou às particularidades observadas entre os serviços públicos e privados. Portanto, são necessários mais estudos para o pleno entendimento da divergência entre essas técnicas nos dois países que mais realizam esses procedimentos no mundo.

Agradecimentos: Universidade Federal do Pampa/UNIPAMPA.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; *Bypass*.