

# BOLETIM DE CIRURGIA DA OBESIDADE

Publicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica - Filiada à IFSO - International Federation for the Surgery of Obesity  
Volume II - Número 4 - Novembro de 2001

## IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DA OBESIDADE

II CURSO BÁSICO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

I MASTER COURSE DE CIRURGIA  
BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

I SIMPÓSIO PARALELO DE ESPECIALIDADES  
COMPLEMENTARES À CIRURGIA DA OBESIDADE

COMUNICAÇÕES ORAIS, VÍDEOS E POSTERS

Patrocínio Especial:

**BIOENTERICS, ETHICON,  
OBTECH e STRYKER**

SÃO PAULO 10 - 13/NOVEMBRO/2001  
CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS

## **BOLETIM DE CIRURGIA DA OBESIDADE**

### **Editor**

Arthur B. Garrido Jr

### **Redator-Chefe**

Joel Faintuch

### **Comissão Editorial**

Celso Empinotti  
J.J. Gama-Rodrigues  
José Carlos Pareja  
Luiz Vicente Berti  
Marcelo Roque de Oliveira  
Mitsunori Matsuda  
Reginaldo Ceneviva  
Thomas Szego

### **Correspondentes nacionais**

Edmundo Machado Ferraz  
Fernando Luis Barroso  
João Batista Marchesini

### **Correspondentes internacionais**

Alberto Salinas (Venezuela)  
Aniceto Baltasar (Espanha)  
Horacio Oria (USA)  
Mervyn Deitel (Canada)  
Nicola Scopinaro (Itália)  
Rafael Alvarez Cordero (México)  
Rafael F. Capella (USA)

## **III CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DA OBESIDADE**

### **Realização**

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

### **Presidente do Congresso**

Arthur B. Garrido Jr

### **Coordenador Científico**

Joel Faintuch

### **Comissão Científica**

Daoud Nasser, Edmundo M. Ferraz, Fernando L. Barroso, J.J. Gama-Rodrigues, João B. Marchesini, José C. Pareja, Mitsunori Matsuda, Nilton T. Kawahara, Ricardo V. Cohen, Thomas Szego

### **Comissão Organizadora**

Alexandre A. Elias, Celso Empinotti, João Gabriel, Joel Faintuch, Josefina D. Matielli, Luiz V. Berti, Marcelo R. Oliveira, Sizenando Lima

### **Comissão para Premiação**

Presidente: Joel Faintuch

**Comissão de Premiação de Posters:** Edmundo Anderi Jr, José Mário de Carvalho, Paulo Engler Pinto Jr., Reginaldo Ceneviva, Soraya R. Almeida

**Comissão de Premiação de Vídeos:** Fábio V. Teixeira, Ivan Ceconello, José A. V. Carim, Nicolau F. Kruehl, Roberval Cabraitz Jr

### **Colaboradores**

Monica A. Rudner, Priscilla L.R.C. Machado, Sérgio Z. Gil

### **Secretaria Geral**

Sonia Winter Eventos Especiais

### **Patrocinadores principais**

Bioenterics, Ethicon Endo-Surgery, Obtech, Stryker

# ÍNDICE

Resumos dos trabalhos ..... 3

Índice alfabético (primeiro autor) ..... 39

**Domingo, 11/11**

## **SESSÃO PLENÁRIA I**

### **Derivações gástricas com e sem anel- técnicas e resultados**

**Coordenador: Antonio Carlos Valesi**

**Secretário: Marco A. M. Leite**

#### **1**

**CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA PELA TÉCNICA DE CAPELLA VIA ABERTA: RESULTADOS EM 100 PACIENTES**

ARASAKI, C. H.; DEL GRANDE, J. C.; LOURENÇO, L. G.; FARAH, J. F. M.; BEANI JR, A.; HADDAD, C. M.; FARIA, A. N.; ZANELLA, M. T.; MATOS, M. I. R.; CARVALHO, K. M. B.; LERARIO, D.; CHIAVEGATO, L. D.

UNIFESP/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA; Hospital São Paulo, Hospital do Rim e Hipertensão, Hospital do Servidor Público Estadual

**INTRODUÇÃO:** O bypass gástrico é um método eficiente, bem aceito e duradouro de tratamento da obesidade mórbida. Apresentamos os resultados a médio prazo do nosso serviço.

**CASUÍSTICA E MÉTODO:** Após avaliação de equipe multi-disciplinar, uma centena de pacientes (18 homens e 72 mulheres; média de idade de 39, 4 ± 10, 3 anos, variando de 17 a 59 anos; peso médio de 133, 2 ± 22, 3 kg, variando de 101, 0 a 225, 2 kg; IMC médio de 49, 8 ± 7, 1 kg/m<sup>2</sup>, variando de 38, 6 a 69, 5 kg/m<sup>2</sup>) foi submetida a gastroplastia com anel de silicone e derivação gastro-jejunal em Y-de-Roux, e acompanhada ambulatorialmente por até 22 meses. Entre as co-morbidades destacavam-se: 55% com hipertensão arterial sistêmica, 38% com artropatia, 28% com suspeita de síndrome de apnéia obstrutiva do sono, e 14% com diabetes mellitus.

**RESULTADOS:** A duração média das cirurgias foi de 4, 4 ± 0, 8 horas, com variação de 2, 8 a 6, 3 horas, e a alta hospitalar ocorreu em média após 4, 6 ± 1, 3 dias, variando de 3 a 13 dias. Foram realizadas 9 colecistectomias concomitantes além de uma herniorrafia umbilical. Entre as complicações maiores observou-se: embolia pulmonar (5%); trombose venosa profunda (4%); pneumonia hospitalar (1%); lesão inadvertida de baço (1%), necessitando de esplenectomia; fístula da bolsa gástrica (1%), tratada conservadoramente; hérnia incisional (3%). A taxa de mortalidade foi de 3%, todos por embolia pulmonar, o que motivou a adoção de medidas mais amplas de prevenção de tromboembolismo, tanto no hospital como no domicílio. A percentagem de perda de peso foi de 8, 6%, após 1 mês, de 17, 5%, após 3 meses, de 26, 6%, após 6 meses, e de 35, 9%, após 12 meses. Por sua vez, a percentagem de excesso de peso perdido, depois de 12 meses, foi de 60, 6% em média, variando de 88, 3% a 40, 6%. Foram obtidos escores bons, segundo o protocolo BAROS, tanto aos 6 meses (média de 3, 3 — variação de 0, 6 a 4, 8) quanto aos 12 meses (média de 4, 2 — variação de 3, 0 a 5, 5).

**CONCLUSÕES:** A operação de Capella é um procedimento que satisfaz as expectativas da maioria dos pacientes obesos mórbidos. O risco de morte por tromboembolismo deveria ser reduzido através de todos os meios disponíveis.

#### **2**

**VIDEOGASTROPLASTIA REDUTORA A O TRATAMENTO DA OBESIDADE GRAU III COM RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO PRÉ-CÓLICO E PRÉ-GÁSTRICO. ANÁLISE PROSPECTIVA E CONSECUTIVA DE 156 DOENTES.**

Leonardo Emílio da Silva; Airton Rikio Sazaqui; Heicilainy Gondim; Matusalém Santana  
Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo – ICAD – Goiânia – Goiás

**Introdução -** descrição da técnica de reconstrução pré-cólica e pré-gástrica na reconstrução do trânsito intestinal após gastroplastia redutora videolaparoscópica, sem abertura do mesentério.

**Casuística e Método -** análise de 156 doentes operados consecutivamente entre junho de 1999 a agosto de 2001, pela mesma equipe cirúrgica. 65% foram sexo masculino. O IMC médio foi de 47 Kg/m<sup>2</sup> (Max: 67 e Min: 39). A média de co-morbidades foi de 3±2 por doente. todos os doentes foram submetidos à gastroplastia redutora mecânica que variou entre 15 e 30 mL de volume. A anastomose gastro-jejunal foi mecânica utilizando-se grampeador circular de 21mm com introdução da ogiva via oro-gástrica. Toda a reconstrução foi pré-cólica e pré-gástrica sem abertura do mesentério. A entero-enteroanastomose foi mecânica latero-lateral de 45 mm.

**Resultados -** a morbidade foi de 16, 6% (26 doentes) sendo a atelectasia pulmonar a mais frequente. A mortalidade foi de 1, 2% (2 doentes) sendo a embolia pulmonar a causa comum de ambos os doentes. Em nenhum doente houve a necessidade de conversão para a via convencional aberta. A taxa de reoperação foi de 2, 5% (4 doentes) sendo o sangramento a causa em 2 doentes, fístula da gastro-enteroanastomose em 1 e obstrução por hérnia de parede abdominal em 1. Três doentes apresentaram sub-estenose de anastomose gastro-jejunal e foram tratados endoscopicamente com sucesso. A média de sessões de dilatação foi de 2±1 por doente.

**Conclusão -** a gastroplastia redutora com reconstrução pré-cólica e pré-gástrica, sem abertura do mesentério, é um método seguro e factível no tratamento de obesos grau III.

#### **3**

**CIRURGIA DE CAPELLA: 109 CASOS NO ESPÍRITO SANTO**

J. A. B. Noé, M. A. Novaes, E. C. M. Sudré, M. C. Salvador, G. E. Bruno, M. B. Lozer, R. L. Medeiros - Serviço de Cirurgia da Obesidade Mórbida do Hospital Metropolitano - Vitória, ES

**Introdução:** Relatamos uma série de 109 pacientes submetidos à Cirurgia de Capella (combinação de gastroplastia vertical com bandagem e bypass gástrico em Y-de-Roux) no tratamento de obesos mórbidos (IMC>40kg/m<sup>2</sup>).

**Métodos:** 109 pacientes foram submetidos à cirurgia de Capella no período de 01/4/2000 a 30/7/2001. 85 mulheres (77, 98 %) e 24 homens (22, 02 %). A idade

média foi 38 anos. O IMC médio foi 47kg/m<sup>2</sup>. O seguimento foi de 87 pacientes (80 %) através do protocolo BAROS, com período máximo de 16 meses. Resultados: A maioria dos pacientes apresentou remissão das principais comorbidades: dor articular (100%), hipertensão arterial (96%), e diabetes (100%). No grupo com até 3 meses de cirurgia 21, 8% perdeu de 0-24% do excesso de peso, 71, 87% perdeu de 25-49% enquanto 6, 25% perdeu de 50-74%. No grupo com até 6 meses de cirurgia 60% perdeu de 25-49% do excesso de peso enquanto 40% perdeu de 50-74%. No grupo com até 9 meses de cirurgia 30% perdeu de 25-49% do excesso de peso, 45% perdeu de 50-74% enquanto 25% perdeu de 75-100%. No grupo com até 1 ano de cirurgia 100% perdeu de 50-74% do excesso de peso. No grupo com até 15 meses de cirurgia 66, 6% perdeu de 50-74% do excesso de peso enquanto 33, 4% perdeu de 75-100%. No grupo com até 16 meses de cirurgia 50% perdeu de 25-49% do excesso de peso enquanto 50% perdeu de 50-74%. As complicações mais frequentes foram incisionais (30%): seroma, infecção e hérnia. A complicação pós-operatória mais séria foi obstrução intestinal por bridas aos 16 dias pós cirurgia que evoluiu com ressecção de porção significativa do fêo. Foram realizadas 3 esplenectomias (2, 75%) por laceração esplênica. Houve 2 casos (1, 83%) de hemorragia digestiva alta que se resolveram clinicamente. A mortalidade foi zero. Dois pacientes tiveram infecção de parede. A avaliação pelo BAROS demonstrou melhora na qualidade da vida de 94, 25% dos pacientes.

Conclusões: Há aceitação da cirurgia pela grande maioria (94, 25%) dos pacientes, já que a mesma afeta positivamente a qualidade de vida, principalmente devido ao alívio das comorbidades.

## 4

### EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA PRELIMINAR NO C. O. M. -CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HSL - PUCRS

Mottin, C. C., Repetto, G., Toneto, M. G., Chiao, I. U., Berleze, D., Rizzolli, J., Brito, C. L. S., Moretto, M., Casagrande, D. S., Schmitt, M., Tatim, J. O., Rosenfeld, R. S.

Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUCRS

O C. O. M. avaliou 350 pacientes no período de 19 meses, chegando a 108 pacientes operados até o momento. Destes, 80 foram analisados, sendo 61 mulheres (76, 2%) e

19 homens (23, 8%), a idade média foi de 38, 9 anos (19-61) e o IMC médio foi de 48, 1 (37, 1-79, 6). Foi usada em 100% dos pacientes uma técnica mista (restritiva-derivativa), inspirada no Dr. Rafael Capella (gastroplastia redutora vertical com anel de silyastic + gastroenteroanastomose e enteroenteroanastomose em Y de Roux). O tempo cirúrgico médio foi de 3h45min (2h30min-6h35), e tem diminuído com a evolução dos casos e sido maior com o IMC mais alto. Tivemos algumas complicações menores: seromas, infecções respiratórias simples, atelectasias, fêo prolongado e hernias incisionais. As complicações maiores foram: dois tromboembolismos pulmonares(2, 5%), um abscesso profundo (1, 2%), e uma fistula de bolsa gástrica (1, 2%). Tivemos cinco reinternações (6, 2%) e duas reintervenções(2, 5%). Não houve mortalidade. O tempo de internação tem diminuído e apresenta média de 4, 9 dias (3-16). Tem havido queda progressiva do IMC e perda do excesso de peso que variou de 20, 8% no primeiro mês até 92, 4% no décimo-quinto mês. A aplicação do BAROS (Bariatric Analyzys and Reporting Outcome System) resultou MUITO BOM até o presente, com pontuação de 5, 25.

## 5

### CIRURGIA DE CAPELLA – EXPERIÊNCIA DE 200 CASOS

Valezi AC; Brito EM; Souza JCL; Liberatti M; Marson AC; Bocardo SD – Univer. Estadual de Londrina  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

INTRODUÇÃO: A cirurgia de *Capella* indicada para o tratamento da obesidade apresenta ótimos resultados, mostramos nossa experiência com essa técnica adquirida através da supervisão do *Instituto Garrido de Cirurgia da Obesidade*.

CASUÍSTICA: Foram submetidos à cirurgia de *Capella* 200 pacientes; sendo 46 homens e 154 mulheres, idade entre 17 e 64 anos (média 37), IMC entre 36 e 69 (46).

RESULTADOS: Os pacientes apresentaram melhora das comorbidades; melhora do diabetes em 66% e cura em 25%; da hipertensão arterial em 56% e 44% respectivamente. Complicações foram encontradas em 15, 5% dos pacientes, sendo seroma (9%) e hérnia incisional (5%) as mais comuns, apenas 1% necessitou de reoperação. A redução de peso no seguimento de 12 meses foi 43, 5%.

CONCLUSÃO: A cirurgia de *Capella* mostrou-se de excelentes resultados para o tratamento da obesidade. O baixo índice de complicações reforça a importância da supervisão por parte de centros maiores.

## 6

### BYPASS GÁSTRICO COM ANEL (CAPELLA-ABERTO) E BYPASS LAPAROSCÓPICO. AVALIAÇÃO E RESULTADOS DOS PRIMEIROS 400 CASOS.

NASSER, Daoud; SÉSPEDE, Sérgio R.; HARTMANN, Jane; ROSSI, Sônia; IWAMOTO, Marcelo S.; HASHIMOTO, Emerson K.; HAYASHI, Alexandre Y.; MARTINS, Miriam F. –C. de Cirurgia da Obesidade – Maringá-PR  
CENTRO DE CIRURGIA DA OBESIDADE-MARINGÁ-PR

Foram avaliados os resultados de 400 pacientes submetidos à "Cirurgia de Capella", sendo 299 pacientes(74, 7%) do sexo feminino e 101(25, 3%) do sexo masculino; a idade média é de 35, 9 anos e o índice de massa corpórea(IMC) médio é de 45, 5kg/m<sup>2</sup>. A média de perda de peso após 2 anos foi de 40, 17% em relação ao peso inicial. Houve melhora das co-morbidades e qualidade de vida, mostrando ser um método excelente para tratamento do paciente obeso mórbido.

## 7

### CIRURGIA BARIÁTRICA: RESULTADO DOS 110 PRIMEIROS PACIENTES

Chaves, Luiz Claudio\*; Alencar, Francisco de Assis; Madeira Neto, Antenor; Moreira, José Ricardo; Nunes Filho, André.  
Belém-Pará, Hospital Ofir Loyola

A obesidade mórbida é condição clínica grave, reconhecida pela OMS, que desencadeia ou agrava outras doenças. O MS reconhecendo a importância desta patologia autoriza o funcionamento, em hospitais de referência, de serviços de cirurgia bariátrica. Em Belém, o Hospital Ofir Loyola inicia tratamento destes pacientes a partir de abril de 2000 e, no período de 02-06-01 a 01-10-01 já foram operados 110 pacientes.

O objetivo deste trabalho é avaliar o protocolo instituído e os resultados alcançados. São excluídos os pacientes: abaixo de 18 anos e acima de 65 anos; os toxicômanos; os alcoólatras; e, os hepatopatas. A indicação cirúrgica foi a determinada pelo MS, IMC acima de 40 associado a intratibilidade clínica ou IMC acima de 35 com intratibilidade clínica e comorbidades associadas. A idade variou entre 19 anos e 60 anos, sendo o sexo feminino o mais prevalente. No pré-operatório os pacientes foram avaliados com o endócrino, cardiologista, pneumologista, psicólogo e com a nutricionista e, realizaram US abdominal, RX de tórax, ECG, endoscopia digestiva alta com pesquisa de *H. pylori*. A técnica cirúrgica foi a gastroplastia de Capella, com a septação gástrica feita com stapler de 75 mm, anel de silyastic de 7 cm. A exclusão jejunal foi de 1 m e o Y de Roux ficou com 70 cm. A anastomose foi feita em 2 planos e todos os pacientes foram drenados pelo flanco E. com dreno calhado. A anestesia foi Geral, precedida de Peri-dural analgésica. Realizamos antibiótico profilaxia com cefalotina e profilaxia da trombose venosa profunda usando enoxeparina em todos os pacientes. Todos foram para o CTI e receberam alta em torno do 4 DPO. Não houve mortalidade cirúrgica e ocorreu complicação em 04 pacientes, sendo 02 com evisceração pós-tosse, 01 com obstrução intestinal alta precoce e 01 com hemorragia em linha de grampeamento, necessitando, todos, correção cirúrgica. A presença de serogorduroma foi evidenciado em 30% dos casos porém a infecção da ferida ocorreu em apenas 3 pacientes, justamente os que foram re-operados.

Título: Gastroplastia à Capella, videolaparoscópica no tratamento da obesidade mórbida, com e sem anel, comparação dos resultados.

Autores: Garrido Jr, A B.; Oliveira, M. R.; Berti, L. V.; Szegö, T.; Elias, A A.; Gabriel, J.; Matielli, J. D.

Serviço: Instituto Garrido de Cirurgia da Obesidade.

Analisamos 100 pacientes submetidos a cirurgia de Capella por videolaparoscopia, 60 com anel e 40 sem a colocação de anel. O IMC médio foi de 42, 8 Kg/m<sup>2</sup>, idade média 34, 3 anos, 39, 9% homens e 60, 1% mulheres. Não houve nenhuma complicação pós-operatória ou óbitos nesta casuística. Após o seguimento de 18 meses, os pacientes que estavam com anel tiveram uma perda de peso média de 39, 9%, enquanto que os pacientes que estavam sem anel apresentaram uma perda de peso média de 27, 8%.

Portanto a colocação do anel não implica em aumento da morbidade cirúrgica, do ponto de vista técnico não há dificuldade limitante, e não houve acréscimo importante no tempo cirúrgico (média de 2 horas e trinta e dois minutos nas cirurgias sem anel, e 2 horas e quarenta e sete minutos quando colocamos o anel). Do ponto de vista da perda de peso, houve um acréscimo substancial quando colocamos o anel

## 9

Derivação gástrica, análise de 2411 casos. - Garrido Jr, A B.; Oliveira, M. R.; Berti, L. V.; Szegö, T.; Elias, A A.; Gabriel, J.; Matielli, J. D.

Serviço: Instituto Garrido de Cirurgia da Obesidade.

Analisamos 2411 pacientes submetidos à derivação gástrica, tipo Capella, cirurgia aberta e videolaparoscópica; como primeira cirurgia ou correção de tratamentos cirúrgicos anteriores mal sucedidos. As cirurgias foram realizadas no período entre 1993 e 2001, em pacientes em sua maioria mulheres brancas, com idade variando de 12 a 71 anos e IMC médio de 48, 6 Kg/m<sup>2</sup>. Sem comorbidade 11, 5% dos pacientes, 21, 1% apresentavam uma comorbidade associada, e 30, 2% mais de duas comorbidades associadas.

Esta casuística mostra uma perda de peso média em torno de 39%, que se manteve em um seguimento de 60 meses. Os seromas (116, 3%) e as hérnias incisionais (14, 6%), foram as complicações menores mais encontradas. Problemas pulmonares (1, 6%) e as fístulas do "novo estômago", foram as complicações graves que mais apareceram no pós-operatório. A mortalidade caiu de 1, 4 para 0, 65%, analisando-se apenas os pacientes submetidos a cirurgia de Capella como primeiro tratamento da obesidade. Portanto a gastroplastia à Capella apresenta uma perda de peso expressiva e consistente, com índices de complicações e mortalidade aceitáveis.

## 10

GASTROPLASTIA REDUTORA COM ANEL INELÁSTICO ASSOCIADA À BYPASS GASTROJEJUNAL Y-DE-ROUX-ANÁLISE DE 490 DOENTES

J. E. Pareja, L. A. Depieri, R. Delfini, E. A. Chaim, F. Callejas, B. Geloneze, L. S. Leonardi - Grupo de Cirurgia de Obesidade Hospital das Clínicas - UNICAMP

A cirurgia combinada gastro-restritiva associada à bypass gastrojejunal é considerada a técnica de eleição por mais de 90% dos cirurgiões dos EUA. Esta modalidade terapêutica combina baixo índice de morbi-mortalidade no pós-operatório precoce e baixo de índice de complicações na evolução tardia. Analisamos 490 doentes portadores de Obesidade Mórbida foram submetidos à tratamento cirúrgico pela mesma equipe (HC-UNICAMP =120 e CCOC=370) no período de maio de 1998 a setembro de 2001. O grupo apresentava predomínio de mulheres (82%) com IMC médio de 49, 9 kg/m<sup>2</sup> (41% > 49, 59% < 49). Em relação às comorbidades observamos : artropatia (204), HAS (181), Apnéia do Sono (152), DM (36), dislipidemia (153) refluxo gastro-esofágico (68), tireoidopatia (29). A Ultra-sonografia foi identificada alterações sugestivas de esteatose hepática em 81 doentes. Foi realizada gastrostomia descompressiva em 49, colecistectomia em 33, e ambos os procedimentos em nove doentes. Em relação à litíase biliar 25 já haviam sido submetidos à colecistectomia previamente e 39 desenvolveram Colelitíase no seguimento de até três anos. Inicialmente mantínhamos fio de sutura no interior de anel de silastic, porém preferimos não utilizá-lo nos últimos 110 casos. As complicações mais observadas no pós-operatório foram : infecção de FO (16 doentes), hérnia incisional (12), seroma (9), hemorragia (4), TEP (4), estenose/obstrução entero-entero (3), fístula gástrica (3), evisceração (2), úlcera perfurada (1). Foram observados quatro óbitos no PO imediato.

No seguimento pós-operatório a porcentagem de perda de excesso de peso foi de : 70% em 12 meses, 72% em 24 meses e 68% em 36 meses.

Concluímos que a variante técnica de Capella proporciona perda de peso sustentada, com índice de complicações e mortalidade em nosso meio comparáveis à literatura mundial.

## SESSÃO DE VÍDEOS I

### Coordenador de Vídeos I: Jorge L. R. Pereira

## 11

TÉCNICA "BRASILEIRA" DE COLOCAÇÃO DA BANDA GÁSTRICA (LAP-BAND) COM ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO

J. A. Sallet, C. Pizani, R. Habe, M. Ribeiro Jr, C. Pitombo - Clínica Sallet - Hospital 9 de Julho - Hospital São Luiz - São Paulo, SP

A técnica clássica de colocação da banda gástrica, aborda o túnel retrogástrico diretamente entre o pequeno epiplon e a parede gástrica da pequena curvatura. Existe uma variante técnica que realiza o túnel retrogástrico abordando a transição dos pilares diafragmáticos e a face posterior do estômago, sendo que a banda envolve vasos e nervos da pequena curvatura (técnica Mexicana).

Objetivando adequar as vantagens das duas técnicas, os autores passaram a praticar uma combinação das mesmas, a qual denominou-se "Técnica Brasileira", com os seguintes passos técnicos:

- Pneumoperitônio e colocação dos trocárteres para a abordagem da transição esôfago-gástrica (TEG);
- Dissecção ao nível do ângulo de Hiss;
- Abordagem do ligamento hepatogástrico, abaixo do ramo hepático do nervo vago, visualizando-se o pilar direito do diafragma;
- Dissecção anatômica entre a inserção dos pilares diafragmáticos e a face posterior do estômago, até atingir a "janela" criada junto ao ângulo de Hiss;
- Introdução de pinça articulada pelo túnel retrogástrico, com exteriorização no ângulo de Hiss, colocação da banda gástrica na cavidade abdominal com passagem da mesma pelo túnel retrogástrico;
- Colocação de sonda orogástrica balonada com insuflação de 15 cc de ar, para orientar a dissecção entre os vasos e nervos da pequena curvatura e a parede gástrica, sendo então tracionada a banda por esse túnel;
- Fechamento da banda gástrica e plicatura do fundo gástrico à face anterior do neo-estômago, com 4 a 5 pontos separados;
- Exteriorização do catéter da cavidade abdominal, conectando ao "port" que é fixado na aponeurose do músculo reto abdominal;

Essa técnica permite combinar as vantagens de uma dissecção cirúrgica com referências anatômicas definidas, obviando o envolvimento dos vasos e nervos da pequena curvatura, evitando a locação da banda (ao nível da TEG), sem fixar o fundo gástrico aos pilares diafragmáticos.

12

PERDA DE PESO NO SEGUIMENTO TARDIO DE PACIENTES BARIÁTRICOS

M. A. Rudner, J. Faintuch, P. L. R. C. Machado, A. B. Garrido Jr, J. J. Gama-Rodrigues - Grupo de Cirurgia da Obesidade, Hospital das Clínicas, São Paulo, SP

**Introdução:** O emagrecimento nos primeiros 12-18 meses após gastroplastia com derivação está bem documentado, porém respostas em prazos mais alentados são menos previsíveis, e distintos padrões de comportamento podem verificar-se. Visando codificar os resultados neste contexto, procedeu-se a uma análise sistemática de 200 casos submetidos a tratamento cirúrgico.

**Métodos:** Todos os pacientes foram operados pela técnica de Capella pela mesma equipe, e vem sendo acompanhados sob o prisma de perda de peso e prevalência de comorbidades. A idade era de 39, 6 ± 6, 0 anos (82, 0% mulheres), 85, 5% eram portadores de comorbidades, e o tempo de seguimento foi de 28, 1 ± 18, 0 meses. O IMC inicial desta população era de 50, 0 ± 7, 3 kg/m<sup>2</sup> e uma dieta livre foi autorizada em todos os casos, obedecidas apenas as precauções habituais quanto ao volume das refeições, fracionamento e mastigação de sólidos, consumo excessivo de lipídes e líquidos de alta densidade calórica, e necessidade de suplementação vitamínica.

**Resultados:** As gastroplastias combinadas com derivação intestinal promoveram perda continuada de peso dentro do período de seguimento em tela, atingindo-se um IMC de 29, 5 ± 5, 2, com eliminação de 71, 9 ± 9, 9% do excesso de peso. Estes valores são superiores aos registrados no seguimento de 17, 6 ± 13, 8 meses (31, 7 ± 6, 8 e 64, 6 ± 9, 6%), porém com menor velocidade de queda proporcionalmente ao prazo transcorrido. Também as comorbidades evidenciaram tendência à estabilização nesta etapa, na medida em que algumas continuaram em queda enquanto outras se estabilizaram ou passaram a se tornar mais frequentes.

**Conclusões:** Conclui-se que a curva de peso aos 28 meses da operação continua favorável porém sem a inclinação observada em etapas anteriores. As comorbidades passam a refletir o impacto misto de uma melhora progressiva da composição corporal, contrastando com o progresso natural de certos quadros degenerativos.

**Agradecimento:** O apoio valioso da FAPESP Processos 00/01609-9 e 00/01610-7 é reconhecido.

13

AValiação QUALITATIVA DA MASSA MAGRA EM OBESOS MÓRBIDOS CANDIDATOS A CIRURGIA BARIÁTRICA.

R. B. A. Leme, C. A. R. Charles, A. B. Garrido Jr, J. Faintuch, J. J. Gama-Rodrigues

Grupo de Cirurgia da Obesidade, Hospital das Clínicas, São Paulo, SP

**Introdução:** As avaliações de composição corpórea em obesos têm sido efetuadas através de diferentes métodos, procurando dimensionar os macrocompartimentos corpóreos, onde se observam mais facilmente as alterações decorrentes da doença e a resposta às terapias instituídas. No entanto, ainda são poucos os estudos que procuram avaliar a massa magra fracionada (massa celular corpórea (MCC) e tecido extracelular (TEC)) neste tipo de paciente. **Objetivo:** Avaliação pré-cirúrgica da massa magra fracionada e dos compartimentos hídricos.

**Casística:** 30 candidatos a cirurgia bariátrica (23 mulheres e 7 homens), com idade média 41, 6 ± 9, 5 anos.

**Métodos:** Bioimpedância elétrica de frequência única (Biodynamics 310 - Seattle, USA e RJL Systems, Illinois, USA) e antropometria.

**Resultados:** Os dados antropométricos observados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Médias e desvios-padrões de variáveis antropométricas

	Estatura (cm)	Peso (kg)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Média	161	136, 4	52, 3
DP	8	28, 6	10, 7

Os resultados observados da análise qualitativa da massa magra fracionada e dos compartimentos hídricos estão na Tabela 2

Tabela 2 - Médias e desvios-padrões das frações da massa magra e da água corpórea total

MCC (kg)	TEC (kg)	TEC/MCC	ACT (L)	AIC (L)	AEC (L)
Média	29, 1	35, 1	1, 2	53, 3	26, 6 26, 7
DP	9, 0	12, 6	0, 12	14, 2	8, 2 6, 7

**Conclusão:** Observa-se, pela avaliação qualitativa da massa magra fracionada que os indivíduos obesos apresentam relação entre MCC e TEC maior do que 1, 0, em padrão semelhante a indivíduos desnutridos, mostrando expansão do compartimento de tecido extracelular às custas de aumento da massa gorda.

14

REDUÇÃO DE PESO E EVOLUÇÃO DAS COMORBIDADES NO ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO DE 80 PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HSL-PUCRS.

Rizzolli, J., Mottin, C. C., Moretto, M., Toneto, M., Berleze, D., Casagrande, D. S., Brito, L. C., Chiao, I. U., Repetto, G.

Porto Alegre. Hospital São Lucas da PUCRS.

O C. O. M. - Centro de Obesidade Mórbida do Hospital São Lucas da PUCRS iniciou suas atividades em março de 2000, tendo realizado 108 cirurgias nos primeiros 19 meses de funcionamento. Os dados clínicos iniciais, aqui apresentados, correspondem aos primeiros 80 pacientes que já completaram ao menos 1 mês de pós-operatório. Dados gerais: n=80, sexo fem. =61, masc. =19. Técnica utilizada: Cirurgia de Capella: Gastroplastia com gastro-êntero anastomose em Y de Roux + êntero-êntero anastomose e anel de sylastic. Redução do excesso de peso no pós-operatório: 1ºmês 20, 9±6, 2%; 3º mês 41, 9± 11, 9%; 6ºmês 59± 16%; 9ºmês 73, 1± 15, 9%; 12ºmês 83, 1± 20, 5%; 15ºmês 92, 4±2, 4%.

Evolução das Co-morbidades nos primeiros 12 meses de pós-operatório:

	Pré-operatório	Pós-operatório
Problemas Articulares	61 (76, 2%)	40 (50%)
Hipertensão Arterial	45 (56, 2%)	19 (23, 7%)
Diabete mellitus tipo 2	14 (17, 5%)	02 (2, 5%)
Apnéias do Sono	19 (23, 7%)	10 (12, 5%)
Dislipidemias	28 (35%)	05 (6, 2%)

**Conclusão:** A modificação de hábito alimentar e a marcada perda de peso nos primeiros 19 meses de pós-operatório da Cirurgia Bariátrica resultam em importante melhora clínica e resolução de diversas patologias crônicas apresentadas por estes pacientes.

## 15

### TERAPIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA (INSPIRADA NA TÉCNICA DE CAPELLA) DO C. O. M. - CENTRO DE OBESIDADE MÓRBIDA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS

Casagrande, D. S., Colossi, F., Rizzolli, J., Mottin, C., Schmidt, M., Brito, C., Repetto, G.  
Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUCRS.

O acompanhamento nutricional visa, basicamente, a mudança comportamental do paciente frente aos seus hábitos alimentares. A terapia nutricional recomendada no pós-operatório é constituída de 5 fases: 1) Dieta hídrica: inicia no 1º DPO, com água - 30 ml. 30/30 min. 2) Dieta líquida restrita (2º DPO): mantém volume de 30 ml. 5/5 min. É composta por líquidos claros com objetivo de repouso gástrico e evolução da dieta, VCT 400 Kcal. 3) Dieta líquida completa (3º ao 10º DPO): objetiva a manutenção do repouso gástrico devido à consistência e o aumento do aporte proteico, oferecendo melhores condições para a cicatrização e a recuperação do pós-operatório, VCT 800-1200 Kcal e o uso de suplemento alimentar sem resíduos é importante para atingir estes resultados. 4) Dieta semi-pastosa (11º ao 30º DPO): a evolução gradual da consistência, beneficia o paciente na adaptação do volume e frequência dos alimentos, além da manutenção do repouso gástrico, essencial para a finalização do processo de maturação cirúrgica, VCT 1200-1400 Kcal. 5) Dieta normal (a partir do 2º mês PO): normoproteica (0, 8-1, 0 gr. /Kg PI), baixo teor de sacarose, 90-120gr., VCT 1200-1400 Kcal. O paciente continua em acompanhamento durante 5 anos após a cirurgia para avaliação constante da condição de repouso e reajuste na dieta, se necessário. As conseqüências nutricionais mais comuns no primeiro ano de cirurgia (n=80), são: hipoalbuminemia 33, 7%, deficiências de ferro 52, 5%, de ácido fólico 38, 7%, de vitamina B12 17, 5%, anemia 21, 2%. A dietoterapia é fundamental no pós-operatório da cirurgia bariátrica para a obtenção e manutenção de um estado nutricional adequado, evitando a desnutrição e buscando uma vida saudável.

## 16

### COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE CAPELLA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Junqueira Jr. G., Hilgert SLT, Silva RO, Mello LL, Didoné EC, Espíndola MB, Pilla HS. Hospital São Francisco - Complexo Hospitalar Santa Casa. Porto Alegre (RS).

A obesidade mórbida é de meio milhão de brasileiros, causando significativa diminuição da expectativa e qualidade de vida. O tratamento mais eficaz para essa doença é a cirurgia. Ao longo do tempo, o tratamento cirúrgico vem se aprimorando, dando origem a uma perda de peso duradoura com pouca morbidade e mortalidade. A cirurgia de *Capella* estabeleceu-se como um procedimento com resultados satisfatórios e seguro. Nesse trabalho, mostramos as complicações da cirurgia de *Capella* em 34 pacientes operados entre Dez/1999 e Set/2001. A cirurgia consiste em septação gástrica, reconstrução em Y de *Roux* com alça longa e colecistectomia seletiva. Cinco pacientes eram do sexo masculino e 29 do sexo feminino, com idade variando entre 23 e 64 anos (média = 39), peso pré-operatório entre 98, 7 e 156 Kg (122, 8 Kg), índice de massa corporal (IMC) entre 36, 7 e 54, 7 Kg/m<sup>2</sup> (46, 4 Kg/m<sup>2</sup>). Vinte e um pacientes (61, 8%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 6 (17, 6%) *diabetes mellitus*, 8 (23, 5%) artropatias, 3 (8, 8%) insuficiência venosa e 8 (23, 5%) outras doenças associadas. A morbidade consiste em 3 casos de hérnia incisional, 2 casos de pneumonia, 1 caso de seroma de ferida operatória (FO), 1 de celulite de FO, 1 de evisceração, 1 de sangramento anastomótico, 1 de intrusão gástrica do anel de silicone e 1 paciente apresentou vômitos intensos nos dois primeiros meses de pós-operatório. Houve um óbito nesta série, devido a sepse por *Klebsiella pneumoniae*. Todos os pacientes apresentam redução do peso corporal sustentada até o presente momento.

## 17

### GESTAÇÃO E CIRURGIA BARIÁTRICA - RELATO DE CASO

Junqueira Jr. G., Hilgert SLT, Silva RO, Mello LL, Didoné EC, Espíndola MB, Pilla HS.  
Hospital São Francisco - Complexo Hospitalar Santa Casa.  
Porto Alegre (RS).

A maioria dos pacientes de alto risco por obesidade mórbida é do sexo feminino em idade fértil. Porém, muitos são inférteis. Se essas pacientes conseguirem ficar grávidas, são consideradas de alto risco devido a vários fatores de risco associados à obesidade mórbida. O exame físico é limitado e são necessárias ecografias mais frequentes. A gravidez em pacientes que realizaram cirurgia por obesidade mórbida ocorre, muitas vezes, inesperadamente durante o período de perda de peso. A literatura pesquisada mostra que, após o período de perda de peso, a gravidez em mulheres operadas por obesidade mórbida é, geralmente, mais segura para a mãe e para o feto do que em obesas que não realizaram a cirurgia. Isso deve-se principalmente à redução das comorbidades relacionadas a obesidade após a redução de peso ocasionada pela cirurgia. A casuística dos autores consiste em 34 pacientes operados entre Dez/99 e Set/01. A cirurgia consiste em septação gástrica + reconstrução em Y de *Roux* com alça longa + colecistectomia seletiva. Destes, vinte e nove pacientes eram do sexo feminino, com idade variando entre 23 e 64 anos (média = 39), peso pré-operatório entre 98, 7 e 156 Kg (122, 8 Kg), índice de massa corporal (IMC) entre 36, 7 e 54, 7 Kg/m<sup>2</sup> (46, 4 Kg/m<sup>2</sup>). Destas, 21 estavam em idade fértil (entre 18 e 45 anos) na data da cirurgia.

Neste trabalho, relatamos dois casos de gravidez e cirurgia bariátrica. Em um dos casos a concepção ocorreu cerca de uma semana antes do procedimento cirúrgico (as pacientes são orientadas a manterem métodos contraceptivos no período pré e pós-operatório) e no outro, cerca de dois meses após a cirurgia. Os autores relatam a manutenção da perda de peso durante o período gestacional, sendo que não houve complicações materno-fetais em nenhum dos dois casos. Os autores recomendam evitar a gestação no período peri-operatório, e que as mesmas sejam planejadas para após 5 anos de procedimento cirúrgico diminuindo os riscos materno-fetais da obesidade ou da perda rápida de peso.

## 18

### INTRUSÃO GÁSTRICA TARDIA DE ANEL DE SILICONE APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - RELATO DE CASO

Junqueira Jr. G., Hilgert SLT, Silva RO, Mello LL, Didoné EC, Espíndola MB, Pilla HS. Hospital São Francisco - Complexo Hospitalar Santa Casa. Porto Alegre (RS).

Paciente feminina, branca, 40 anos, com obesidade mórbida (peso: 130 Kg, altura: 1, 63 m, IMC: 48, 93), submetida à cirurgia bariátrica em 22/04/2000. A cirurgia consistiu de septação gástrica com reconstrução em Y de *Roux* com alça longa e colecistectomia seletiva. Rotineiramente, os autores procedem a colocação de anel de silicone de 7 cm de circunferência, amarrado com nylon 2. 0, de forma a determinar uma saída justa para o reservatório gástrico. A paciente apresentou broncopneumonia no pós-operatório imediato, tendo resolução completa após tratamento clínico; sem outras intercorrências no pós-operatório.

Durante os 12 primeiros meses, vinha apresentando perda de peso adequada, sem queixas gastrointestinais. Realizou, então, endoscopia digestiva alta de controle, que evidenciou a intrusão gástrica parcial do anel de silicone. Como a paciente apresentava-se assintomática, optou-se por acompanhamento endoscópico bimestral. Desde então, realizou duas novas endoscopias digestivas altas que evidenciaram os mesmos achados da primeira. Segue em acompanhamento clínico, completamente assintomática.

Os autores relatam o caso para salientar a inusitabilidade desta situação e discutir opções terapêuticas.

## RESULTADOS PRELIMINARES DA CIRURGIA DE CAPELLA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Junqueira Jr. G, Hilgert SLT, Silva RO, Mello LL, Didoné EC, Espíndola MB, Pilla HS. Hospital São Francisco – Complexo Hospitalar Santa Casa. Porto Alegre (RS).

O aumento da obesidade nas últimas décadas é tão preocupante que levou a OMS a criar uma "força tarefa" para combatê-la em todo o mundo. Sua forma mais grave, a obesidade mórbida, acomete mais de meio milhão de brasileiros. Nesses casos, são freqüentes os fracassos com qualquer modalidade terapêutica conservadora, como as dietas, exercícios físicos, psicoterapia e medicamentos.

Nesse contexto, o tratamento cirúrgico aparece como opção capaz de proporcionar redução expressiva e permanente do peso corporal. Em consequência, as doenças associadas são melhor controladas e o aumento na duração e na qualidade de vida é marcante.

Nesse trabalho, mostramos os resultados da cirurgia de *Capella* em 34 pacientes operados entre Dez/1999 e Set/2001. A cirurgia consiste em septação gástrica + reconstrução em Y de *Roux* com alça longa + colecistectomia seletiva. Cinco pacientes eram do sexo masculino e 29 do sexo feminino, com idade variando entre 23 e 64 anos (média = 39), peso pré-operatório entre 98, 7 e 156 Kg (122, 8 Kg), índice de massa corporal (IMC) entre 36, 7 e 54, 7 Kg/m<sup>2</sup> (46, 4 Kg/m<sup>2</sup>). Vinte e um pacientes (61, 8%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 6 (17, 6%) *diabetes mellitus*, 8 (23, 5%) artropatias, 3 (8, 8%) insuficiência venosa e 8 (23, 5%) outras doenças associadas. A morbidade consiste em 3 casos de hérnia incisional, 2 casos de pneumonia, 1 caso de seroma de ferida operatória (FO), 1 de celulite de FO, 1 de evisceração, 1 de sangramento anastomótico, 1 de intrusão gástrica do anel de silicone e 1 paciente apresentou vômitos intensos nos dois primeiros meses de pós-operatório. Houve um óbito nesta série, devido a sepse por *Klebsiella pneumoniae*. Todos os pacientes apresentam redução do peso corporal sustentada até o presente momento.

## 20

## CIRURGIA BARIÁTRICA NO RIO GRANDE DO NORTE – ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA INICIAL

Eudes Godoy, Suelene Alencar, Nelson Neto, Thiago Abrantes, Rita Medeiros, Selma Bruno, Sérgio Lima, Rodrigo Diaz, Raimundo Neto, Diego Vasconcelos, Nara Melo. UNICAD (Unidade de Nutrição e Cirurgia do Aparelho Digestivo), Natal / Rio Grande do Norte.

**Introdução :** Os autores analisam a experiência inicial com o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida do primeiro serviço multidisciplinar em atividade regular no Rio Grande do Norte.

**Casuística e Métodos :** Foram operados 55 pacientes, e seguidos dentro do protocolo do programa 54 (aderência ao follow-up inicial de 98%), no período compreendido entre Julho de 2000 a Outubro de 2001. A idade dos pacientes variou de 16 a 60 anos, com a média de 36, 9 anos. O sexo feminino foi mais prevalente (67%). O Índice de Massa Corporal (IMC) pré-operatório variou de 38, 5 a 64 kg/m<sup>2</sup>, com média de 47, 10 kg/m<sup>2</sup>. As comorbidades mais freqüentemente encontradas foram : HAS (49, 1%), dislipidemias (29, 1%), apnéia do sono (22%), diabetes mellitus tipo 2 (14, 5%) osteoartropatias (12, 8%), colelitíase (9, 1%). Foram utilizadas 4 técnicas cirúrgicas distintas, sendo : 49 Operações de *Capella*, 4 Bypass Biliopancreáticos com "Duodenal Switch" (Operação de Marceau), 1 Operação de Scopinaro modificada (com o estômago distal *in situ*), 1 Operação de *Capella* modificada.

**Resultados :** O período de internamento hospitalar variou de 2 a 26 dias (média de 3, 8 dias). As principais complicações precoces evidenciadas foram: Respiratórias (4 casos), lesões de decúbito (3 casos), depressão respiratória no pós-operatório imediato (2 casos), fístulas digestivas (2 casos). A principal complicação mais tardia encontrada foi dificuldade para adaptação aos alimentos sólidos que ocorreu em 2 casos, sendo motivo de reoperação em um deles. A perda média do excesso do peso inicial e a redução do IMC em 3 meses, 6 meses e 1 ano foi: 41, 57% e 19, 02% (31 pacientes); 61, 77% e 29, 47% (18 pacientes); 93% e 37, 58% (4 pacientes), respectivamente. A mortalidade precoce e relacionada a operação foi de 1, 8%.

**Conclusões :** Os autores concluem que o trabalho inicial de um grupo multidisciplinar envolvido com o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida vem sendo realizado no Estado do Rio Grande do Norte de maneira satisfatória e dentro dos índices de sucesso e complicações da literatura mundial.

## SESSÃO PLENÁRIA II

Derivações gástricas: Repercussões tardias  
clínicas e cirúrgicas

Coordenador: Renan C. Tinoco

Secretário: Alexandre A. Elias

## 21

## AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR E FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIAS

D. Paisani, M. Barros, L. Chiavegato, C. Haruo - Disciplina de Pneumologia, UNIFESP/EPM - São Paulo, SP

**Introdução:** Por ser realizada no andar superior do abdome, a gastroplastia pode estar relacionada a um maior risco de desenvolvimento de complicações pulmonares pós-operatórias. Neste tipo de procedimento ocorre diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, os quais explicam a alta incidência de hipoxemia e atelectasia no pós-operatório. A causa mais provável para explicar este comportamento é a disfunção diafragmática, a qual ocorre devido à manipulação das vísceras abdominais durante o ato cirúrgico.

**Objetivos:** Avaliar nos pacientes submetidos à gastroplastias, a ocorrência de diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, da força muscular respiratória e do comportamento tóraco-abdominal.

**Material e Métodos:** Foram estudados 24 pacientes, com média do índice de massa corpórea (IMC)=50Kg/m<sup>2</sup> ± 7, 2 Kg/ m<sup>2</sup>. Foram avaliados no pré-operatório, 1º, 3º e 5º dias de pós-operatório o volume-minuto e a capacidade vital, com um ventilômetro, as forças musculares inspiratória e expiratória, com um manovacuômetro e o comportamento tóraco-abdominal pelo índice diafragmático (ID=DAB/DCT+DAB). Todos os pacientes foram submetidos à realização de fisioterapia respiratória, que consistiu em exercícios diafragmáticos, com inspiração sustentada e inspirações fracionadas em 2 tempos. Estes eram associados aos exercícios ativos de membros superiores e inferiores. **Resultados:** Observou-se que os pacientes evoluíram no primeiro dia de pós-operatório com diminuição média significativa de 36% da capacidade vital, 37% da pressão inspiratória máxima, 39% da pressão expiratória máxima e 27% do índice diafragmático. Todas essas medidas tenderam a aumentar entre o 2 e o 3 pós-operatório (capacidade vital:21%; pressão inspiratória máxima: 30%, pressão expiratória máxima:31% e o índice diafragmático:20%). Entretanto, o volume-minuto manteve os mesmos valores pré-operatórios, não sendo estatisticamente significativo.

**Conclusão:** Nos pacientes submetidos a gastroplastia ocorre a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, da força muscular respiratória e alteração do comportamento toraco-abdominal da mesma forma que ocorre em outras cirurgias abdominais altas, cuja causa é a disfunção diafragmática.

## NEUROPATIA PÓS-GASTROPLASTIA - COMPLICAÇÃO RARA E INCAPACITANTE

G. S. Sousa, J. M. S. Barbosa, H. T. Nunes Jr - Serviços de Cirurgia Geral e Neurologia, Hospital São Marcos e Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Piauí - Teresina, PI

**INTRODUÇÃO:** A neuropatia pós-gastroplastia é uma síndrome de perda sensorial e de força motora, aguda ou subaguda, acompanhada de arreflexia de membros, associados ou não à encefalopatia, que ocorre após um período de dramática perda de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **OBJETIVO:** Descrever patologia rara associada a esta cirurgia, alertando para esta complicação e sua prevenção. **RELATO DE CASO:** Paciente de 25 anos, sexo feminino, peso inicial de 124, 4Kg, IMC 44, 07Kg/m<sup>2</sup> e hipertensão associada, submetida em 12/2000 à cirurgia de Capella. Evoluiu com anorexia, vômitos protraídos que persistiram nos 3 meses seguintes, somando-se a perda de força progressiva, parestesias de mmi, determinando readmissão em 03/2001, constatando-se não adesão à reposição vitamínica recomendada. Durante a internação apresentou episódios confusionais com alucinações e diminuição da acuidade visual e auditiva, além de dores intensas em mmi. Ao ex. neurológico apresentava quadriparesia, hipotonia, arreflexia profunda, disestesias e hiperpatia de mmi, paresia de VI nervo bilateral com nistagmo, disacusia, confabulações. Iniciada vitamina B1 parenteral. **CONCLUSÕES:** A neuropatia pós-gastroplastia é uma síndrome pouco descrita, relacionada provavelmente à deficiência vitamínica, especialmente tiamina, cuja prevenção aparentemente é simples, mas podendo até indicar reversão da cirurgia. A paciente apresentou quadro polimorfo reunindo características também de encefalopatia de Wernicke e síndrome de Strachan de forma grave e incapacitante. O caso é um alerta aos cirurgiões, o que pode contribuir para intervenção precoce, bem como determinar otimização da reposição multivitamínica nesses pacientes, tendo-se atenção especial à composição, dosagem de cada componente e aderência do paciente.

## 23

Cirurgia de Capella no tratamento dos Super-obesos.

Álvaro A. B. Ferraz, Pedro C. L. Arruda, Antônio C. Albuquerque, Edmundo M. Ferraz  
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da UFPE

**INTRODUÇÃO:** Por definição paciente super-obeso é aquele que apresenta um Índice de Massa Corpórea acima de 50 Kg/m<sup>2</sup>. O tratamento cirúrgico destes pacientes tem sido motivo de alguma controvérsia, principalmente, no que diz respeito a técnica cirúrgica. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi de avaliar a cirurgia de Capella como alternativa eficaz no tratamento dos super-obesos. **CASUÍSTICA:** Durante o período de 11/97 a 2/01 foram realizadas no Serviço de Cirurgia Geral do HC da UFPE, 228 cirurgias, para o tratamento da obesidade mórbida. Trinta e sete deste total foram de pacientes super-obesos e 29 pacientes foram submetidos a cirurgia de Capella como opção cirúrgica. **RESULTADOS:** As principais complicações foram seroma (51, 7%), infecção da ferida cirúrgica (31%), atelectasia (24%), infecção urinária (20, 7%), hérnia incisional (31%). Complicações operatórias graves ocorreram em 18% dos pacientes. A mortalidade total dos 228 foram de 4 pacientes, sendo que todos eram superobesos, determinando uma taxa de 10, 8%. Três pacientes foram a óbito decorrente de peritonite e o outro de um extenso infarto agudo do miocárdio no 7 dia de pós-operatório. A perda ponderal média em 24 meses atingiu 43% do peso pré-operatório. **CONCLUSÃO:** A cirurgia de Capella é uma opção efetiva na perda de peso de pacientes superobesos.

## 24

Cintilografia do esvaziamento gástrico após gastroplastia vertical em "Y de Roux" (GVYR): o papel da restrição.  
Berti LV, Oliveira MR, Gabriel J, Elias AA, Matsuda M, Szego T, Matielli JD, Lara P; Garrido AB.

Instituto Garrido de Cirurgia e Obesidade - São Paulo

A importância do anel na perda ponderal após GVYR é contestada por alguns cirurgiões. Buscando melhor compreensão do fator restrição na eficácia dessas operações estudamos o esvaziamento da bolsa gástrica utilizando meio de contraste sólido.

Foram estudados 30 pacientes submetidos à GVYR com e sem anel, 1 ano após a operação. Utilizamos pão italiano marcado com 99m TC. O exame cintilográfico, com duração de 25 minutos, iniciou-se 10' após a ingestão.

Foram analisados: o compartimento superior, da TEG ao anel de silastic; o compartimento inferior ao anel de silastic, até a anastomose gastroenteral, e o coto gástrico funcionante como um todo. Os resultados obtidos foram comparados à porcentagem de perda de peso. Em 22 pacientes tivemos tempo de esvaziamento total > 25' e perda > 40% do peso, 19 tinham GVYRA e 3 GVYR; estes três pacientes foram submetidos a dilatação endoscópica da anastomose gastroenteral estenosada. Oito destes pacientes, apresentaram tempo de esvaziamento <10' e perda < 18% do peso. Seis destes tinham GVYR e 2 GVYRA.

**Conclusão:** Pelo método usado, a participação do anel no processo restritivo, nem sempre é clara. Entretanto na grande maioria dos casos ele representa um fator decisivo para uma redução ponderal eficiente.

## 25

AValiação Endoscópica do Reservatório Gástrico no Pós-operatório da Cirurgia de Capella - Experiência em 189 Doentes

Pareja JC; Pilla VF; Callejas F; Depieri LA; Geloneze B; Chaim EA;

Grupo de Cirurgia de Obesidade Hospital das Clínicas -UNICAMP e Centro de Cirurgia de Obesidade de Campinas

O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida através da técnica de Capella (Gastroplastia Vertical Redutora com Anel Inelástico Associada À Bypass Gastrojejunal Y-De-Roux) apresenta resultados de perda ponderal sustentada satisfatória com baixo índice de complicações metabólicas a longo prazo. Baseados em informações fornecidas pelos doentes relacionadas ao padrão de alimentação após seis meses da cirurgia decidimos estudar sistematicamente o padrão de achados endoscópicos neste grupo de pacientes e sua relação com a performance em termos de perda ponderal.

Foram realizados 240 exames de Endoscopia Digestiva Alta, em 189 pacientes (com uma média de 1, 27 exames/paciente) atentando-se para as características deste pequeno reservatório gástrico, a sua constrição anelar e anastomose gastrojejunal. Houve predomínio do grupo feminino (84%), com idade média de 38 anos, com IMC médio de 49, 9 kg/m<sup>2</sup>. IMC > 50 em 76 doentes (45%) e IMC < 50 em 110 (65, 1%). Sugerimos a criação de uma classificação do aspecto da constrição anelar baseada em características visibilizadas durante o procedimento endoscópico realizado por técnica padrão, sempre com o mesmo aparelho e pelo mesmo observador (JCP). O diagnóstico endoscópico inclui os subgrupos: anel ajustado, médio, alargado, sua ausência ou a sua migração interna.

## 26

COMPLICAÇÃO TARDIA DA CIRURGIA DE CAPELLA

Chaves, Luiz Claudio\*; Homma, Mário; Lobo, Octávio de Paula  
Belém-Pará, Hospital Ofir Loyola

A gastroplastia à Capella é a cirurgia mais realizada no Brasil para Obesidade Mórbida, sendo o tratamento preconizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. As complicações imediatas são bem conhecidas e seu tratamento está estabelecido. As complicações tardias mais comuns são de ordem metabólica ou nutricional e a abordagem terapêutica é também relacionada e já conhecida.

É apresentado uma complicação rara de um paciente de 44 anos que foi operado em 1996 por obesidade mórbida, com IMC de 56 Kg/m<sup>2</sup> e peso de 166 Kg. Em período de 1 ano perdeu 83 Kg. Sua satisfação com a cirurgia era total. Iniciou programa de exercícios que manteve posteriormente, chegando a correr 12 Km por dia e inclusive fazer longas corridas de bicicleta (até 60 Km) em fins de semana.

Após 4 anos da cirurgia o paciente passou a enfrentar sérios problemas de ordem pessoal, profissional e conjugal com consequente crise depressiva e quadro compulsivo alimentar. O quadro compulsivo, mesmo limitado pela gastroplastia, levou o paciente a vômitos frequentes e pequeno aumento de peso. A manutenção desta situação evoluiu com aumento de peso progressivo até alcançar 113 Kg, quando procurou avaliação em serviço especializado. Realizou endoscopia e rx contrastado do esôfago e neo-estômago demonstrando quadro de megaesôfago e fístula entre a porção alta da bolsa gástrica (acima do anel) e o jejuno interposto lateralmente.

A abordagem terapêutica foi orientação alimentar com dieta de 1200 cal, programa de exercícios e psicoterapia. Após 60 dias o paciente havia perdido 11 Kg e encontra-se em manutenção desta conduta conservadora. Este paciente admite que não fez acompanhamento médico ou psicoterápico no pós-operatório, considerando que a cirurgia havia resolvido seus problemas. Fica claro a necessidade de seguimento dos pacientes por período de 12 meses que podem ser ampliados conforme indicação clínica.

## SESSÃO DE VÍDEOS II

### Coordenador de Vídeos II: Dayse C. Valente

#### 27

**RESOLUÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DA FALHA DA ANASTOMOSE GASTRO-JEJUNAL DIAGNOSTICADA NO INTRA-OPERATÓRIO**  
J. A. Sallet, R. Habe, C. Pizani, R. Sallum, P. Arruda - Clínica Sallet - Hospital 9 de Julho - Hospital São Luiz - São Paulo, SP

O objetivo do presente vídeo é demonstrar nossa experiência pessoal e conduta nas falhas das anastomoses realizadas nas cirurgias de gastroplastias para tratamento da obesidade.

É necessário uma padronização técnica e sequencial, que demonstraremos a seguir:

- Realiza-se anastomose gastro-jejunal, manualmente ou por via de stapler
- Locar a sonda de Fouchet próximo a transição esôfago-gástrica, de forma que possamos visualizar a mesma
- Colocar 4 gazes abertas ao redor da linha de anastomose
- Introduzir cerca de 60 ml de azul de metileno diluído em soro fisiológico sem muita pressão, pela sonda orogástrica.
- Fechar a alça eferente com pinça de endoclínch, para evitar perda do azul de metileno
- Introduzir mais azul de metileno, sob visão direta, para que se teste sob pressão a anastomose
- Retirar as gazes e cuidadosamente examinar se não há vestígios do corante

Com este método permite-se o diagnóstico no intra-operatório de qualquer falha na anastomose e consequentemente o tratamento adequado com realização de pontos separados para o reforço da anastomose.

## SESSÃO PLENÁRIA III

### Operações restritivas - Técnicas e resultados imediatos e tardios

#### Coordenador: José Ribamar S. Azevedo

#### Secretário: José A. Sallet

#### 28

**BANDA GÁSTRICA x BYPASS: COMPARAÇÃO DO IMC E % DE PERDA PONDERAL EM OBESOS MÓRBIDOS - FOLLOW-UP SEMESTRAL APÓS TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO**  
C. A. Pitombo, F. Neves, M. F. Oliveira, J. C. Peixoto - Centro de Cirurgia Avançada Dr. Cid Pitombo - Niterói, R. J.

**Introdução:** Objetivou-se comparar, no decurso de 6 meses, a perda de peso percentual e o Índice de Massa Corporal (IMC) em obesos mórbidos entre duas abordagens videolaparoscópicas: colocação de banda gástrica x cirurgia de *Bypass*. **Casística:** população (n = 9) de obesos mórbidos com IMC médio = 47, 5 kg/m<sup>2</sup> (41, 5 - 59, 2), idade média de 32 anos (20 - 42), sendo 4 do sexo masculino e 5 do feminino. **Métodos:** analisou-se em tempo pré-cirúrgico, com 3 e 6 meses o peso em kg através de balança eletrônica e o IMC pela fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ . Daí calculou-se a média do percentual de perda de peso e a média do IMC da população estudada, nos respectivos tempos, dividindo-a em um grupo (n = 3) submetido a colocação de banda gástrica (BD) e outro grupo (n = 6) submetido a redução de câmara gástrica associada a *Bypass* intestinal - técnica de Whitigrove (BP), ambas com abordagem vídeo-laparoscópica. **Resultados:** o grupo BD com peso médio inicial de 147, 83 kg (128 - 176) obteve 14, 06% em média de perda de peso aos 3 meses e 16, 64% aos 6 meses, enquanto o grupo BP com peso médio inicial de 139, 8 kg (112, 6 - 190) perdeu em média 24, 10% e 36, 78% do peso pré-cirúrgico, respectivamente aos 3 e 6 meses de acompanhamento. Em relação ao IMC médio, o grupo BD saiu de 43, 37 kg/m<sup>2</sup> (41, 7 - 46, 7) para 35, 9 e 36, 8 kg/m<sup>2</sup> no 1º e 2º trimestre de follow-up, enquanto o grupo BP de um IMC inicial de 49, 63 kg/m<sup>2</sup> (41, 5 - 59, 2) evoluiu para 41, 6 kg/m<sup>2</sup> aos 3 meses e 29, 7 kg/m<sup>2</sup> findo 6 meses de tratamento.

**Conclusões:** 1) Ao final de 6 meses o grupo BP obteve, em média, o dobro do percentual de perda de peso pré-cirúrgico em relação ao grupo BD (banda). 2) Regrediu-se o grau de obesidade pré-tratamento (III) para o grau I (grupo BP) e grau II (grupo BD).

#### 29

**COMPLICAÇÕES GRAVES NA UTILIZAÇÃO DA FAIXA GÁSTRICA AJUSTÁVEL PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA**  
J. A. B. Noé, M. A. Novaes, E. C. Sudré, M. C. Salvador - Serviço de Cirurgia Bariátrica do Hospital Metropolitano - Vitória, ES

**Introdução:** Relatamos quatro casos de erosão do estômago pela banda gástrica (provenientes de outro serviço) levados a laparotomia exploradora para controle de fístula gástrica e tratamento de sépsis abdominal.

**Métodos:** Quatro pacientes foram submetidos, em caráter de urgência, a tratamento cirúrgico no período de 05/00 a 07/01. Três deles com retirada da banda gástrica no serviço de origem e um com presença do corpo estranho seccionando a cavidade gástrica.

**Resultados:** Nos quatro casos apresentados os pacientes foram submetidos a laparotomia exploradora para correção de perfuração gástrica provocada por corpo estranho (banda gástrica). Um paciente já havia sido submetido a laparotomia anterior no serviço de origem para retirada do corpo estranho. Chegou ao nosso serviço apresentando quadro de choque séptico, devido a uma fístula gástrica corrigida através de nova laparotomia evoluindo para laparostomia e internação prolongada em CTI para controle da sépsis, recebendo alta em 40 dias. Outros dois pacientes retiraram a banda gástrica através de videolaparoscopia no serviço de origem. Mais uma vez, não tiveram a fístula gástrica corrigida, apresentando sépsis abdominal, sendo necessária esplenectomia e pancreatectomia caudal durante laparotomia exploradora. Nos dois casos, os pacientes necessitaram de tratamento intensivo, um deles por mais de 60 dias. O quarto paciente foi submetido a laparotomia exploradora após identificação, através de endoscopia, de erosão gástrica com presença de corpo estranho (banda gástrica) seccionando o estômago em duas cavidades. Foi corrigida a fístula gástrica, impondo-se mais uma vez esplenectomia e pancreatectomia caudal, com posterior

derivação gastrojejunal devido a atonia gástrica, com terapia intensiva também nesse caso e alta após um mês de internação.

Conclusões: O uso da faixa gástrica ajustável no tratamento da obesidade mórbida pode levar a complicações graves que requerem intervenção cirúrgica complexa, levando a um custo hospitalar altíssimo e seqüelas importantes ao paciente.

### 30

#### PERDA DE PESO PÓS-OPERATÓRIA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA PARA OBESIDADE MÓRBIDA: BYPASS X BANDA

J. R. Nicareta, I. Roszkowski, A. C. R. Sena, J. B. Marchesini, S. A. M. Cravo, S. Brenner - Unidade de Cirurgia Bariátrica, Hospital das Clínicas da UFPR - Curitiba, PR

Introdução: A perda ponderal nos obesos mórbidos submetidos a bypass é superior àquela obtida na técnica de banda gástrica laparoscópica. Na literatura médica não há dados suficientes para sustentar esta afirmativa quando se compara as cirurgias bariátricas laparoscópicas: bypass gástrico e bílio-pancreático com a banda gástrica ajustável.

Objetivo: Comparar a curva ponderal dos obesos mórbidos submetidos a videocirurgia bariátrica: bypass gástrico e derivação bílio-pancreática e a banda gástrica ajustável

Resultados: Foram estudados 70 pacientes obesos mórbidos submetidos a cirurgia. Destes, 58 eram mulheres e 12 homens. A idade variou entre 17 e 61 anos, com predomínio entre 20 a 50 anos. O IMC (índice de massa corporal) inicial destes pacientes situava-se entre 35 a 50 Kg/m<sup>2</sup>. Em 26 pacientes colocou-se banda gástrica ajustável, em 40 bypass gástrico e 4 derivação bílio-pancreática. O percentual da perda ponderal em relação ao peso inicial comparando o bypass gástrico e bílio-pancreático com a banda gástrica laparoscópica foi como segue: 1º mês (10, 4% x 6, 5%); 3º mês (21, 1% x 9, 3%); 6º mês (29, 8% x 16, 4%); 9º mês (33, 4% x 21, 6%); 12º mês (36, 8% x 24%) e 15º mês (35% x 17, 6%)

Conclusão: A perda ponderal média percentual foi superior nos obesos mórbidos submetidos a bypass gástrico e derivação bílio-pancreática quando comparada com a banda gástrica ajustável, portanto, repetindo o que ocorre na cirurgia aberta.

### 31

#### BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL - VERDADES E MITOS

M. L. Vilas-Boas, O. Braghirolli Neto, A. C. Rebouças, J. F. M. Santos, O. Casais, L. O. Pinto, I. Oliveira, J. H. Leal - Hospital Santo Amaro - Salvador, BA

Introdução: A banda gástrica ajustável tornou-se nos últimos anos uma das técnicas mais utilizadas na Europa e no Brasil para o tratamento da obesidade mórbida. O objetivo deste trabalho é avaliar prospectivamente os resultados de 91 pacientes operados utilizando a Banda Gástrica Ajustável Sueca após dois anos de seguimento.

Casuística e Métodos: De agosto de 1999 a setembro de 2001 foram operados e analisados consecutivamente 91 pacientes, sendo 72 mulheres e 19 homens, com idade média de 35 anos, peso médio de 131 Kg, e IMC de 46 Kg/m<sup>2</sup>. As co-morbidades mais importantes apresentadas no grupo foram Dislipidemia (51%), Hipertensão (47%), Diabetes Tipo II (23%), entre outras.

Resultados: Após 24 meses, o peso médio caiu de 131 para 81 Kg e o IMC caiu de 46 para 31. Houve uma perda sobre o excesso de peso de 64% e de 35% sobre o peso inicial. As complicações maiores foram quatro migrações (4, 4%), um deslizamento precoce (1, 1%), uma embolia pulmonar (1, 1%), e uma fístula gástrica que culminou com sepse abdominal e óbito (1, 1%). Com um follow up de 92% verificou-se que 71% dos pacientes apresentaram perda ponderal superior a 40% do excesso de peso. Houve resolução total ou parcial da maioria das doenças e um incremento substancial na qualidade de vida avaliado pelo protocolo de Morehead-Ardelt. O questionário BAROS classificou os resultados como excelentes em 42%, muito bom em 29%, bom em 16%, razoável em 10% e falha em 3%.

Conclusões: Os autores concluem que a técnica utilizada apresenta índices de complicações e falha bastante aceitáveis, apresentando uma boa perda ponderal e uma grande melhoria na qualidade de vida e nas co-morbidades.

### 32

#### ANÁLISE DOS RESULTADOS DE 200 PACIENTES CONSECUTIVOS SUBMETIDOS À TÉCNICA DA BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL NO TRATAMENTO DA OBESIDADE SEVERA

J. A. Sallet, P. Arruda, T. Bacellar, C. Pizani, R. Habe, M. Ribeiro Jr - Clínica Sallet - São Paulo, SP

O objetivo do presente estudo é demonstrar nossa experiência pessoal e resultados da Lap-Band®, com acesso videolaparoscópico (VL).

No período de maio de 1999 a outubro de 2001, foram operados 200 pacientes. Cento e vinte pacientes do sexo feminino (60%) e 80 do sexo masculino (40%). A altura média de 1,67 m e peso médio de 125 Kg (min=91 e max=162). O IMC médio foi de 40, 2Kg/m<sup>2</sup>. O excesso de peso médio foi de 42 Kg. Cinquenta e dois pacientes (37%), tinham doenças associadas. Realizamos 21 cirurgias simultâneas (15%). O tempo operatório médio foi de 91 min. O período de internação hospitalar foi de menos de 24 h em 98% dos pacientes e retorno às atividades habituais entre o 5º e o 10º P. O em 97% desses.

A complicação mais freqüente foi seroma no local de implante do "port" em 22 pacientes (11%), todos resolvidos com drenagem ambulatorial. Cinco infecções no local do "port" (3, 5%), tratados ambulatorialmente com drenagem e antibioticoterapia VO.

Três pacientes (1, 5%) necessitaram de reintervenção laparoscópica no P. O imediato devido ao posicionamento inadequado da Banda Gástrica. Houveram seis casos de migração tardia da Banda para o estômago (4, 0%), (9º e 11º mês P. O), sendo então a prótese removida por VL. Ocorreu um hematoma hepático no 14º P. O, evoluindo com sepse tratado por laparotomia.

Os resultados de perda ponderal média foi de 36% do excesso de peso no primeiro trimestre, 51% no segundo, 59% no terceiro, 60 a 65% no quarto e 70% no quinto. Houve perda de peso insuficiente em 19 pacientes (9, 5%).

A análise dos nossos resultados, até o momento, permite afirmar que a Banda Gástrica Ajustável é um método seguro para tratamento da Obesidade Severa, em pacientes selecionados. A incidência de complicações que exijam reintervenção cirúrgica é pequena (4%), e na maioria das vezes relacionadas com a técnica. Não houve óbitos, nem conversão para laparotomia. Os resultados em termos de perda ponderal são bons, mais acentuados nos primeiros 6 meses, tendendo a estabilizar em torno de 70% de perda do excesso de peso ao final dos primeiros 16 meses. O sucesso dessa operação depende da aplicação de técnica correta, seleção adequada dos pacientes e dos cuidados pós-operatórios da equipe interdisciplinar.

Obs.: Trabalho a ser apresentado como comunicação em seção plenária.

### 33

#### BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL : RESULTADOS PRELIMINARES DOS 200 CASOS INICIAIS

Ramos, A; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B.

GASTROMED - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia.

Durante o período de dezembro de 1999 a setembro de 2001 foram submetidos a cirurgia bariátrica com utilização de Banda Gástrica Ajustável (OBTECH®) 200 pacientes sendo 142 do sexo feminino (71%) e 58 do masculino (29%). A idade variou de 18 a 62 anos com média de 36 anos. Peso e IMC variaram de 86 Kg (IMC-38Kg/m<sup>2</sup>-em torno) a 230 Kg (IMC-70 Kg/m<sup>2</sup> -em torno) com média de 120 Kg e 44 Kg/m<sup>2</sup> respectivamente.

O tempo cirúrgico variou de 40 minutos a 180 minutos com média de 80 minutos. O período de internação variou de 10 a 24 horas, sendo que a maioria das operações foram realizadas ambulatorialmente. Apenas 2 pacientes (1%) necessitaram de pós-operatório em UTI.

Todos os pacientes têm evoluído com perda de peso correspondendo a 9% do peso no 1º mês, com subsequente perda de cerca de 2 a 3% por mês até atingir uma média de 30% de perda do peso inicial no 1º ano. Em 4 pacientes (2%) esta perda foi considerada insatisfatória. Reoperação foi necessária em 3 pacientes

(1.5%), 1 por infecção de "Porth", 1 por infecção abdominal e 1 para reposicionamento de Porth. Ocorreu 1 caso (0.5%) de migração o qual vem sendo acompanhado por endoscopia.

Dessa forma pode-se concluir que a Banda gástrica ajustável é uma metodologia eficaz de baixíssimo risco e rápida recuperação, representando alternativa de alto valor no tratamento cirúrgico da obesidade.

## SESSÃO DE VÍDEOS III

### Coordenador de Vídeos III: Francisco Heine F. Machado

#### 34

##### PADRONIZAÇÃO TÉCNICA DA GASTROPLASTIA EM "Y DE ROUX" COM ANEL POR VIDEOLAPAROSCOPIA

J. A. Sallet, R. Habe, C. Pizani, P. Arruda, A. Ferraz, T. Bacellar, G. Wanderley, E. Ferraz - Clínica Sallet - Hospital 9 de Julho - Hospital São Luiz - São Paulo, SP

O objetivo do presente estudo é apresentar uma padronização dos tempos cirúrgicos da gastroplastia em Y de Roux com anel por vídeo laparoscopia, onde os passos técnicos são:

- Pneumoperitônio e colocação de trocateres para abordar corpo e fundo gástrico, TGE, e ângulo de Treitz.
- Identificação do ângulo de Treitz, seguido de secção da alça jejunal com stappler linear a 20 cm do mesmo.
- Realização da anastomose jejuno-jejunal latero-lateral a l. 30m do início da alça eferente
- Dissecção do ligamento gastro-frênico e introdução de pinça articulada no sentido postero inferior
- Identificação da "pata de ganso" na pequena curvatura, marcando o local de início da dissecção do túnel retrogástrico, excluindo-se vasos e nervos da pequena curvatura
- Colocação de sonda orogástrica balonada com insuflação de 20cc de ar, orientando a secção do neo-estômago.
- Septação vertical do estômago com stappler linear até atingir a área dissecada do ligamento gastro-frênico
- Dissecção da área avascular transmesocólica, com passagem da alça jejunal sobre a mesma
- Colocação do anel de "sylastic" no pouch, procedendo a plicatura do mesmo com pontos separados
- Interposição da alça jejunal eferente entre o neo-estômago e o residual, seguido de sutura contínua gastro-jejunal cobrindo toda linha de grampeamento do pouch
- Realização de anastomose gastro-jejunal termino lateral com sutura contínua em dois planos
- Teste com azul de metileno
- Fechamento da brecha do mesentério, drenagem da cavidade

Com esta padronização, acreditamos que ocorra maior integração da equipe, levando a uma otimização do tempo cirúrgico, aperfeiçoamento da técnica, acarretando melhores resultados para o paciente.

## Posters – Tarde – 11/11

#### 35

##### REPERCUSSÕES DA DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM OBESOS MÓRBIDOS

J. Faintuch, P. L. R. C. Machado, M. A. Rudner, A. B. Garrido Jr, J. J. Gama-Rodrigues - Grupo de Cirurgia da Obesidade, Hospital das Clínicas - São Paulo, SP

**Introdução:** A cirurgia bariátrica tem gozado de boa receptividade por reconduzir à vida social obesos previamente discriminados, deprimidos ou marginalizados. Todavia sua importância excede a esfera psico-social e de composição corpórea, ainda que seja debatida sua influência sobre certas comorbidades. Tendo como propósito colher subsídios sobre sua atuação frente às doenças associadas, um estudo quantitativo foi realizado com 200 obesos mórbidos previamente submetidos a operação de Capella.

**Métodos:** Os pacientes foram submetidos a entrevista com aplicação de questionário detalhado cobrindo 16 distintas entidades. A idade da população era de 39.6 ± 6.0 anos (82.0% mulheres), o índice de massa corporal (IMC) era de 50.0 ± 8.9 kg/m<sup>2</sup>, e 85.5% padeciam de comorbidades. A avaliação foi realizada após 17.6 ± 8.0 meses, quando 64.6 ± 9.0% do excesso de peso corporal havia sido eliminado, resultando um IMC de 31.7 ± 4.6 kg/m<sup>2</sup>. Os achados foram classificados como piora ou sem alteração, melhora, e cura, e são apresentados em forma de porcentagem de indivíduos inicialmente afetados.

**Resultados:** As anormalidades que exibiram índice de remissão total (cura) igual ou superior a 50% foram definidas como responsivas à cirurgia. Incluíram-se nesta modalidade apneia do sono (92, 3% de cura), hiperuricemia (90, 0%), esofagite de refluxo (90, 0%), insuficiência respiratória crônica (89, 1%), hiperlipidemia (80, 0%), ronco (77, 7%), taquicardias (73, 3%), hipertensão arterial (62, 8%), artropatia de coluna ou membros inferiores (58, 2%), diabetes mellitus (54, 2%) e angina pectoris (50, 0%). Foram parcialmente refratárias ao tratamento cirúrgico (15 - 50% de remissão total) depressão (46, 2% de cura), ansiedade (23, 5%), e bronquite crônica (16, 7%). Finalmente mostraram melhoras duvidosas ou nulas hipotireoidismo e varizes de membros inferiores.

**Conclusão:** A operação acarretou vantagens para a grande maioria das comorbidades, porém com índices variáveis de sucesso. Foram exceção o hipotireoidismo e as varizes, onde praticamente não ocorreu alívio no pós-operatório.

**Agradecimento:** O apoio valioso da FAPESP Processos 00/01609-9 e 00/01610-7 é reconhecido.

#### 36

##### TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS SEQUELAS DA OBESIDADE MÓRBIDA

W. Cintra Jr, M. Modolin - Disciplina de Cirurgia Plástica, Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo, SP

**Introdução:** Indivíduos caracterizados como obesos mórbidos, após tratamentos para redução do peso corpóreo, clínicos ou cirúrgicos, evoluem com grandes sobras cutâneas que comprometem a qualidade de vida. Após controle das doenças associadas, são submetidos a tratamento cirúrgico sequencial das sequelas da obesidade mórbida.

**Casística e Método:** Entre junho de 1998 e junho de 2001 foram tratados cirurgicamente 45 pacientes com idades entre 19 e 62 anos, sendo 29 caucasianos e 16, não caucasianos. Todos haviam perdido cerca de 40% do peso corpóreo inicial, com IMC variando entre 28 e 51. Nesta série, 34 tinham sido submetidos à cirurgia bariátrica associado à dietas, e 11 pacientes emagreceram exclusivamente devido à dieta. Após 12 meses de estabilização do peso, foram submetidos a cirurgias de ressecção das redundâncias de pele, como abdominoplastias, mastoplastias, braquioplastias, torsioplastias e dermolipectomias femorais, com análise pré e pós-operatórias.

**Resultados:** Dentre os 45 pacientes que participaram do estudo, 43 (95, 5%) foram do sexo feminino e a média etária foi de 38, 4 anos. Os caucasianos corresponderam a 64, 4% dos pacientes e o índice de massa corpórea médio foi de 30kg/m<sup>2</sup>. Os 45 pacientes realizaram um total de 81 cirurgias executadas sob anestesia geral. Os resultados obtidos foram tidos como satisfatórios, uma vez que o objetivo visado era a redução ou remoção total das dobras cutâneas; tendo como adicional, a melhora do contorno corporal. As complicações imediatas encontradas foram: hematoma, seroma, deiscência parcial, infecção, trombose

venosa profunda, anemia, e atelectasia; e as tardias, cicatrização hipertrófica ou alargada, "orelhas" de pele, dobras cutâneas remanescentes e cistos linfáticos. Em 4 pacientes foram efetuadas, concomitantemente, colecistectomias devido à presença de litíase biliar.

**Conclusões:** Observamos uma satisfação importante do ponto de vista dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico seqüencial, com maior facilidade na higiene pessoal, melhor locomoção, menor índice de infecções cutâneas e melhora do desempenho sexual. Todos os pacientes operados, que foram esclarecidos e preparados psicologicamente para aceitarem as cicatrizes extensas em troca da melhora do contorno corporal, apresentaram melhor integração familiar, social e profissional.

## 37

### TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA PELA TÉCNICA DE CAPELLA. EXPERIÊNCIA INICIAL DO HSPE-FMO.

P. Engler-Pinto, A. M. Sipahi, T. D. Schaffa, J. E. Gonçalves, V. L. Teixeira, M. E. Vidigal, E. Nongtchewski, I. S. Vasconcelos, G. S. Aguiar, A. B. Almeida, A. C. Godoy - Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE-FMO), São Paulo, SP

**Introdução.** O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida apresenta baixo índice de complicações pós-operatórias, melhorando significativamente co-morbididades. Analisamos os resultados iniciais obtidos em 24 doentes com a técnica Capella.

**Casística e métodos.** O IMC variou de 38 a 68. Os pacientes apresentaram as seguintes co-morbididades HAS (5), diabetes (5), artropatias graves (4), tromboflebite crônica de MMII (1), displasia fibrosa óssea cística (1). Todos os pacientes foram autorizados à cirurgia, pelo endocrinologista e psicólogo. Realizaram avaliação laboratorial, cardiológica e pulmonar.

**Resultados.** No pós-operatório imediato permaneceram na UTI por 24 horas. Todos foram extubados em menos de 6 horas. Iniciaram dieta líquida no primeiro PO. A alta hospitalar ocorreu entre o 4º e 5º PO, orientados com dieta líquida por 30 dias. Quanto às complicações pós-operatórias imediatas, ocorreu uma trombose de MMID. Um paciente apresentou crise hipertensiva de difícil controle. O tempo de seguimento pós-operatório variou entre 30 dias e 24 meses. Um paciente apresentou hérnia incisional. Uma paciente apresentou diarreia grave após 8 meses da cirurgia. Perda significativa temporária de cabelo foi referido por 5 doentes. Todos apresentaram perda, atingindo cerca de 40% após um ano. Ocorreu melhora importante da HAS e do diabetes. Todos referem satisfação com a perda de peso e melhora na qualidade de vida.

**Conclusões.** Verificou-se queda progressiva e satisfatória do peso em todos os doentes operados. Não ocorreu complicações pós-operatórias significantes, e profissional.

## 38

### PADRONIZAÇÃO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE SEVERA DA UNICAD

Eudes Godoy, Suelene Alencar, Nelson Neto, Thiago Abrantes, Rita Medeiros, Selma Bruno, Sérgio Lima, Rodrigo Diaz, Raimundo Neto, Diego Vasconcelos, Nara Melo. -UNICAD (Unidade de Nutrição e Cirurgia do Aparelho Digestivo), Natal - Rio Grande do Norte.

**Introdução :** Os autores discutem e apresentam à comunidade cirúrgica o protocolo de trabalho pré, trans e pós-operatório do serviço com o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

**Casística e Métodos :** O protocolo, com a padronização dos cuidados e preparo pré-operatórios, técnicas cirúrgicas utilizadas e acompanhamento pós-operatório, é apresentado após sua aplicação em 55 pacientes operados no serviço de julho de 2000 a outubro de 2001.

**Resultados :** As condutas iniciais, discutidas durante os 6 meses anteriores ao início das atividades cirúrgicas propriamente ditas pela equipe multidisciplinar, necessitaram de ajustes em função da experiência prática dos profissionais envolvidos com esse tipo especial de pacientes.

As técnicas cirúrgicas utilizadas, desconhecidas em seus detalhes e aplicabilidade em pacientes grandes obesos até então pela equipe, puderam ser rapidamente incorporadas e reproduzidas com a padronização utilizada.

**Conclusões :** Os autores concluem que a padronização e o preparo prévio com ampla discussão entre os diversos profissionais envolvidos neste tipo de tratamento possibilitou a execução do trabalho com pacientes obesos mórbidos de forma tranqüila, segura e eficaz com altos índices de sucesso, compatíveis com a literatura internacional.

## 39

### DIAGNÓSTICO E MANEJO DE FÍSTULAS DIGESTIVAS APÓS CIRURGIAS BARIÁTRICAS - RELATO DE 2 CASOS

Eudes Godoy, Suelene Alencar, Nelson Neto, Thiago Abrantes, Rita Medeiros, Selma Bruno, Sérgio Lima, Rodrigo Diaz, Raimundo Neto, Diego Vasconcelos, Nara Melo. -UNICAD (Unidade de Nutrição e Cirurgia do Aparelho Digestivo), Natal - Rio Grande do Norte.

**Introdução:** Os autores relatam 2 casos de fístula digestiva, complicação freqüente após operações bariátricas, com apresentação, evolução e gravidade diferentes, o que determinou condutas e resultados distintos. São discutidos os fatores de diagnóstico, determinantes da gravidade e as condutas tomadas, bem como uma breve revisão da literatura sobre o assunto.

**Métodos:** Foram analisados os casos de dois pacientes, com fístulas digestivas pós-operatórias, um após Operação de Capella e outro pós Bypass Biliopancreático com "Duodenal Switch" (Operação de Marceau). O primeiro paciente evoluiu com eliminação de fluidos de características alimentares pela ferida cirúrgica no 5º dia de pós-operatório (DPO), sem sinais de infecção importante intra-abdominal, sendo readmitido e iniciadas as medidas terapêuticas de natureza conservadora. O segundo paciente apresentou evolução pós-operatória insatisfatória, já no 2º dia de pós-operatório, com desenvolvimento de sinais de resposta inflamatória sistêmica (SRIS) em decorrência de coleção intraperitoneal. O diagnóstico correto foi retardado pelas dificuldades peculiares a esse tipo de paciente, sendo reoperado apenas no 11º DPO.

**Resultados:** O primeiro paciente, pós Operação de Capella, evoluiu com algumas complicações como fungemia devido ao catéter venoso central para suporte nutricional parenteral, trombose venosa profunda nos membros inferiores e pneumonia, mas apresentou boa evolução com adequada recuperação e alta hospitalar em excelente estado. O segundo paciente, pós Operação de Marceau, evoluiu com "SRIS" persistente e desenvolveu falência de múltiplos órgãos, evoluindo para óbito no 27º DPO.

**Conclusões:** As fístulas digestivas após operações em pacientes obesos mórbidos constituem importantes desafios diagnósticos e de manejo clínico e cirúrgico, podendo se apresentar com diferentes formas clínicas e gravidades distintas. São necessários cuidados e atenção especial aos sinais e sintomas no pós-operatório e o conhecimento das limitações dos métodos diagnósticos disponíveis para o grande obeso, o que pode determinar a necessidade de uma atitude diferente e mais agressiva por parte da equipe cirúrgica.

## 40

### CONTROLE CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA PELO "BY-PASS" GÁSTRICO COM "Y" DE ROUX

FUNES, H. L. X.; SANTOS, M. C. L.; ANAI, G. K.; LEITE, A. P. M.; MAZZO, A. C. -INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA RIO PRETO -SÃO JOSÉ DO RIO PRETO -SP

**INTRODUÇÃO:** O by-pass com Y de Roux constitui o procedimento de escolha no controle dos pacientes portadores de obesidade mórbida, que apresentam Índice de Massa Corporal (I. M. C.) acima de 35Kg/m<sup>2</sup>. O trabalho tem como objetivo mostrar que o método cirúrgico apresentado é seguro e eficiente no controle da obesidade mórbida. **CASUÍSTICA:** Foram realizados 84 procedimentos cirúrgicos, em 82 pacientes, sendo 64 do sexo feminino e 18 masculino. A idade mínima foi 15 anos, a máxima 59 anos e a idade média de 34 anos. **MÉTODOS:** 82 pacientes foram submetidos ao by-pass gástrico com Y de Roux; sendo 75 à Capella, 7 à Wittgrove e 1 banda gástrica ajustável. **RESULTADOS:** 8, 5% de morbidade, com 2 fístulas, 3 hérnias incisionais, 1 deslocamento da banda gástrica, 1 deslocamento do anel na cirurgia de Capella. mortalidade nula. **CONCLUSÕES:** O by-pass gástrico com Y de Roux é efetivo e seguro no controle da obesidade mórbida.

## 41

Estudo Prospectivo Duplo Cego Randomizado do Efeito da Cisaprida no Período Pós-Operatório Precoce de Cirurgias Bariátricas.

Sousa, Gustavo S; Oliveira, Alessya FMX; Coelho, Silvana AS.

Serviço de Cirurgia Geral do Hosp. São Marcos e FACIME - Univ. Estadual do Piauí.

**Introdução:** A cirurgia bariátrica é um método eficaz e seguro na redução ponderal de obesos mórbidos. Apesar da segurança, inconvenientes como sensação de plenitude, "gases" e demora do retorno do peristaltismo normal não são raros. **Objetivos:** Avaliar o efeito da cisaprida, uma droga procinética, que poderia beneficiar pacientes no período pós-operatório precoce através de um possível estímulo ao retorno do peristaltismo. **Material e Métodos:** 50 pacientes consecutivos foram submetidos a cirurgia bariátrica, incluindo 47 gastroplastias à Capella, 2 reoperações (conversões da técnica de Mason para Capella) e 1 *Duodenal Switch*. Os pacientes foram randomizados com controle duplo cego em 2 grupos, sendo que em um destes os pacientes foram medicados com cisaprida (5mg, VO, 8/8h) a partir do 1º DPO até o dia da alta hospitalar e no outro tomaram placebo. Dados como incidência de sintomas como soluços, eructação, plenitude, sensação de "gases", retorno dos ruídos hidroaéreos, início da eliminação de flatos e/ou fezes, permanência hospitalar bem como complicações pós-operatórias foram coletados de forma prospectiva. **Resultados:** Não ocorreram óbitos. Ocorreram 2 fístulas digestivas, sendo uma delas em uma reoperação e outra em uma gastroplastia à Capella. Os dois casos de fístula aconteceram em pacientes do grupo de estudo. Não foram encontradas diferenças significativas na incidência de sintomas, complicações ou permanência hospitalar. **Conclusões:** Não foi possível identificar benefício no uso da cisaprida no período pós-operatório precoce de cirurgia bariátrica. As 2 fístulas registradas ocorreram em pacientes do grupo de estudo, contudo não é possível fazer afirmações definitivas já que a diferença não foi estatisticamente significativa. Estudos com uma maior casuística são necessários para conclusões mais definitivas.

## 42

MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES NO SEGUNDO MÊS DE PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HSL-PUCRS.

Rizzolli, J.; Brito, C. L. S.; Repetto, G.; Mottin, C. C.; Berleze, D.; Toneto, M.; Casagrande, D.; Chiao, I. U.; Porto Alegre. Hospital São Lucas da PUCRS.

São comparados os resultados dos índices de qualidade de vida medidos durante a triagem dos pacientes do Centro da Obesidade Mórbida do HSL-PUCRS e no segundo mês pós-cirurgia bariátrica. Dados de pacientes obesos mórbidos, avaliados durante a triagem do Centro de Obesidade Mórbida do HSL-PUCRS, n=131, e pacientes em seu segundo mês de pós-operatório de Cirurgia de Capella (Gastroplastia com gastro-êntero anastomose em Y de Roux mais êntero-êntero anastomose e anel de Syllastic), n=26, medidos pelo questionário sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMSQDV-100) - Quality of Life World Health Organisation (WHOQOL-100) em seus domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais. Houve melhora significativa (Teste de Student - teste t - p < 0, 05) em cinco domínios de qualidade de vida:

	Score médio do grupo		p
	Pré-operatório	Pós-operatório	
Domínio físico	11, 6	14, 4	0, 000
Domínio psicológico	12, 8	14, 6	0, 000
Nível Independência	12, 9	15, 7	0, 000
Relações Sociais	14, 1	15, 6	0, 005
Ambiente	13, 7	15, 0	0, 002
Aspectos Espirituais	16, 0	16, 5	0, 453

**Conclusão:** O impacto sobre o nível de qualidade de vida no segundo mês de pós-operatório de cirurgia bariátrica (Técnica de Capella) faz-se estatisticamente significativo nos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, não sendo significativo no domínio espiritualidade. Desse modo a melhora obtida, já no segundo mês de pós-operatório é positiva e repercute não apenas no aspecto biológico dos obesos mórbidos, mas também em seus aspectos psico-sociais mais globais.

## 43

USO DE DRENO SUBCUTÂNEO EM CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA NO C. O. M. -CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HSL- PUCRS

Mottin, C. C., Rosenfeld, R. S Tatim, J. O., Rechia, A., Repetto, G., Toneto, M. G., Chiao, I. U., Berleze, D., Rizzolli, J., Brito, C. L. S., Moretto, M., Casagrande, D. S., Schmitt, M.,

Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUCRS

Foram comparados pacientes que usaram dreno subcutâneo incisional com os que não usaram para avaliar sua influência na morbidade incisional. Observamos, prospectivamente, pacientes um a um, com e sem dreno tubular de aspiração por 48 horas ou enquanto a drenagem fosse significativa. Verificamos o desfecho quanto a seromas, hematomas e infecção de ferida. Foram analisados 100 pacientes de 108 operados. Encontramos um hematoma em paciente com dreno, 16 seromas (cinco com dreno e onze sem dreno) e duas infecções de ferida (um com dreno e um sem dreno). O resultado atual não nos permite estabelecer qual a melhor conduta. Concluímos que deveremos ampliar a análise com os próximos pacientes buscando uma consistência estatística definida.

## SESSÃO PLENÁRIA IV

### Operações disabsortivas

Coordenador: Mitsunori Matsuda  
Secretário: Vitor Strassman

#### 44

##### DERIVAÇÃO BÍLIO-PANCREÁTICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA - ANÁLISE DE 100 CASOS

D. Paiva, L. Bernardes, L. Suretti, C. J. Saboia, T. Sampaio, V. Fonseca, E. Amorim - Hospital Luxemburgo e Hospital Mater Dei - Belo Horizonte, MG

Introdução: A derivação bilio-pancreática idealizada por Scopinaro é um método eficaz no tratamento da obesidade mórbida, com a melhor manutenção da perda de peso a longo prazo. É uma cirurgia comprovadamente eficiente na cura de co-morbidades como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia.

Casuística: No período de jun 2000 a set 2001, 100 pacientes foram submetidos a BPD, sendo 69 mulheres e 31 homens, média de idade de 37 anos (17 a 60). I. M. C. médio de 45 Kg/m<sup>2</sup>(38 a 65). Todos foram submetidos a colecistectomia, um paciente foi submetido a hernioplastia umbilical. O seguimento está em andamento. São vistos no consultório mensalmente até o terceiro mês e após, de 3 em 3 meses, com exames de sangue a cada 3 meses.

Resultados: Em 77 pacientes a cirurgia foi realizada por via laparoscópica e em 23 por via convencional. A perda de peso em relação ao excesso acompanha a média de 30% em três meses, 50% em seis meses e 75% em 12 meses. Um paciente no 5º dia pós-operatório apresentou embolia pulmonar maciça e óbito. A média de tempo operatório foi de 210 minutos (480 - 130) e a média de permanência hospitalar foi de 4, 3 dias (2 - 21). As complicações pós-operatórias foram: 2 embolias pulmonares, 2 sangramentos na linha de sutura, 1 fístula e 1 estenose de anastomose. As complicações tardias específicas foram: diarreia em 3 pac., 2 com PTH elevado e cálcio normal e 1 hipotireoidismo de difícil controle clínico e 1 com hipovitaminose.

Conclusão: BPD é um método eficaz no tratamento da obesidade mórbida com nível aceitável de complicações.

#### 45

##### DERIVAÇÃO BÍLIO-PANCREÁTICA TIPO SCOPINARO - RESULTADOS APÓS O PRIMEIRO ANO DE SEGUIMENTO

H. T. Libanori, S. Szachnowicz, F. C. Atui, A. Segal, C. R. Deutsch, C. Bernini, O. K. Yagi - Clínica de Integração Multidisciplinar e Hospital da Polícia Militar - São Paulo, SP

A operação de Scopinaro vem lentamente ganhando espaço na Europa e América do Norte. A experiência brasileira ainda é restrita a poucos centros. Relatamos a evolução de nossos primeiros casos, que completaram 1 ano de seguimento.

De dezembro de 1999 a novembro de 2000 doze pacientes foram submetidos à derivação bilio-pancreática para tratamento da obesidade mórbida e doenças associadas. Dados demográficos: sexo: 11 pacientes do sexo masculino; idade média: 43 anos; peso médio: 149, 2 kg; IMC médio 47, 9 kg/m<sup>2</sup>.

Os pacientes foram submetidos a hemigastrectomia, reconstrução em Y de Roux com alça comum entre 60 cm e 100 cm do ceco e alça alimentar de 200 a 250 cm de fíleo. Duração média da operação: 4:30 h. A hospitalização média foi 5, 5 dias. Serosidade ou infecção superficial da parede abdominal ocorreu em 7 pacientes. Um paciente necessitou reinternação devido a gastroparesia. Dois desenvolveram hérnia incisional. A perda percentual de excesso de peso foi em média 48, 7 % ao 6º mês e 57, 3 % após 1 ano. Todos os pacientes apresentaram cura ou melhora significativa das doenças associadas. O número de evacuações diárias caiu progressivamente de 6 no primeiro mês para 2, 9 após 1 ano.

Concluímos que a derivação bilio-pancreática segundo a técnica de Scopinaro é operação segura e eficaz no tratamento da obesidade mórbida. O coto gástrico menor assim como os comprimentos das alças alimentar e comum são importantes na determinação da perda de peso, podendo explicar a diferença de resultado nesse quesito quando comparamos a outras séries.

#### 46

"Scopinarização" Uma proposta para correção de operações bariátricas mal sucedidas.

Marchesini, J. B., Marchesini, J. C. D., Marchesini, S. D., Carlini, M. P., Frare, R. C., Strobel, R., Bettini, S. C. M. Hospital Santa Cruz, Curitiba, Pr.

Intervenções bariátricas como a gastroplastia vertical com banda proposta por Mason ou a gastroplastia vertical com banda e derivação em Y de Roux proposta por Capella podem ser mal sucedidas quanto a recidiva da obesidade. Este ganho de peso com insucesso da operação pode ser devido a fistulas gastro-gástricas que permitem ao bolo alimentar alcançar o trânsito gastroduodenal sem restrições ou a passagem de material fluído ou pastoso com alto valor calórico absorvível no intestino delgado. Também pode ocorrer adaptação ileal nos pacientes submetidos a BPD com inesperada manutenção do peso. Os autores apresentam cinco pacientes que haviam sido submetidos a intervenções bariátricas. Três pacientes foram operados pela técnica de Mason e houve ruptura do septo gástrico. Em dois pacientes as operações foram transformadas em derivações biliopancreáticas como propostas por Nicola Scopinaro e no terceiro paciente a operação de Mason passou por uma operação de Capella que não alcançou toda a perda de peso esperada e daí foi transformada em operação de Scopinaro. Um quarto paciente havia sido submetido a operação de Capella e foi reoperado sendo realizada uma BPD de Scopinaro. Uma quinta paciente não perdeu peso pela própria técnica de Scopinaro e foi reoperada com aumento do intestino excluído. As modificações das operações de Capella consistiram e reformar o trânsito delgado segundo os princípios de Scopinaro sem modificar a parte gástrica do procedimento. Todos os pacientes alcançaram a perda ponderal esperada que foi em média 45% do peso corporal inicial. Os autores propõem a BPD ou adaptações dentro dos mesmos princípios para pacientes que tiveram suas operações iniciais mal sucedidas quanto a perda ponderal e propõem o termo "Scopinarização" para definir tais alterações.

#### 47

##### CIRURGIA DE SCOPINARO POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTE DE 250KG, SEGUIDO DE PERDA MACIÇA DE PESO.

Ramos, A; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B. GASTROMED - Instituto de Diagnóstico e tratamento Avançado em gastroenterologia e coloproctologia - São Paulo, SP

Os autores apresentam em vídeo caso de paciente do sexo masculino, 36 anos, portador de obesidade mórbida com IMC de 75 Kg / m<sup>2</sup>, cujo tratamento cirúrgico havia sido indicado há 2 anos sem aceitação do paciente, nesse período o paciente sofreu 3 internações em UTI por Insuficiência respiratória, Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus descompensadas. A última internação durou 35 dias com necessidade de traqueostomia e com distúrbios metabólicos por HAS, DM, e ICC descompensadas.

Apesar da condição clínica, o paciente (após discussão multidisciplinar do caso) foi submetido a procedimento cirúrgico.

A operação realizada foi uma Gastrectomia Parcial com Derivação Bileo - Pancreática Videolaparoscópica onde foram utilizados 5 portais, iniciando-se por demarcação do local da entero-anastomose (70cm da válvula fíleo-cecal). O intestino delgado foi então seccionado a 2, 40m realizando entero-entero anastomose latero-lateral, na sequência realizou-se uma gastrectomia parcial (2/3 inferiores) e gastro-entero anastomose mecânica.

Paciente apresentou boa evolução pós-operatória fechada tendo retirado a traqueostomia no 5º dia de pós-operatório, alta da UTI no 7º dia de pós-operatório e alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório com perda de 70 Kg nesse período pesando 180 Kg. Atualmente o paciente encontra-se clinicamente estável sem uso de nenhuma medicação com perda total de 108 Kg.

# SESSÃO PLENÁRIA

## Temas de Especialidades Complementares

### Coordenador: Alceu Beani Jr

### Secretário: Paulo A. N. Nassif

48

VARIAÇÃO DOS COMPARTIMENTOS CORPORAIS ATRAVÉS DA BIOIMPEDÂNCIA ELÉTRICA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA DE BYPASS GASTRO-JEJUNAL (TÉCNICA DE WHITTGROVE)

J. C. Peixoto, F. Neves, M. F. Oliveira, Cid Pitombo - Centro de Cirurgia Avançada Dr. Cid Pitombo - Niterói, RJ

Introdução: Analisou-se os compartimentos corporais conforme a perda de peso percentual em obesas mórbidas submetidas à cirurgia de *Bypass* por vídeo-laparoscopia.

Casística: população (n = 4) de obesas mórbidas com IMC médio = 49, 28 kg/m<sup>2</sup> (42, 9 - 55, 6) e idade média de 32 anos (20 - 40).

Métodos: avaliou-se em tempo pré-cirúrgico, com 1/2 mês e 5 meses o peso em kg através de balança eletrônica e a média percentual de perda de peso. O IMC pela fórmula: IMC = peso (kg) / altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Com o aparelho Bia-Quantum de análise da bioimpedância elétrica quadripolar obteve-se as seguintes variáveis corpóreas: % massa magra (%mmg<sub>c</sub>), % gordura (%mg<sub>c</sub>), % água (%H<sub>2</sub>O<sub>c</sub>), massa magra (mmg<sub>c</sub>), massa gordurosa (mg<sub>c</sub>) e água corporal (H<sub>2</sub>O<sub>c</sub>). Calculou-se a média das variáveis para os respectivos períodos.

Resultados: Com peso médio inicial de 133, 95 kg (112, 6 - 156, 8) obteve-se 7, 79% em média de perda de peso na 1ª quinzena e 31, 65% aos 5 meses. Em termos absolutos (kg) sugeriu-se em média redução da mmg<sub>c</sub> e H<sub>2</sub>O<sub>c</sub> na metade do mês, isto é de 61, 47 para 57, 55 e de 44, 97 para 42, 13 kg, respectivamente. A mg<sub>c</sub> pareceu aumentar, em média, de 64, 87 até 65, 9 neste período. Percentualmente apresentou-se o mesmo padrão: %mmg<sub>c</sub> de 48, 33 a 46, 5; %H<sub>2</sub>O<sub>c</sub> de 35, 33 a 34, 25 e %mg<sub>c</sub> de 51, 67 para 53, 5. Decorridos 5 meses mostrou-se, em kg, uma mmg<sub>c</sub> de 57, 05; uma H<sub>2</sub>O<sub>c</sub> de 41, 75 e uma mg<sub>c</sub> de 40, 6. Ou ainda 59% de mmg<sub>c</sub> e 43% de H<sub>2</sub>O<sub>c</sub> (elevação) e 41% de mg<sub>c</sub> (diminuição).

Conclusões: Na 1ª quinzena sugere-se perda de peso mais às custas de massa magra e desidratação para, ao fim de 5 meses, demonstrar-se perda efetiva de massa gordurosa com estabilização da massa magra e água corporal (espelhados pelo aumento percentual destes).

49

CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE E ALIMENTAÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUE SE CANDIDATAM A CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA NO CENTRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DE PIRACICABA

F. Cópoli, I. Raseria Jr, I. Arbex, E. F. Broggio, P. C. Nogueira, L. R. G. Coelho, M. R. M. Oliveira - Universidade Metodista e Hospital dos Fomecedores de Cana - Piracicaba, SP

A obesidade mórbida é o resultado extremo do acúmulo de gordura corporal extra, que ocorre pelo desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia. Trata-se de um processo complexo de múltiplas causas e de difícil abordagem e controle, no qual a cirurgia representa a última alternativa para muitos. O objetivo deste trabalho foi levantar as características da saúde e alimentação dos indivíduos que se candidatam à cirurgia de obesidade mórbida no Centro de Cirurgia Bariátrica de Piracicaba. Tratou-se de um estudo transversal, no qual se aplicou um questionário semi-estruturado a todos os candidatos no momento da consulta médica para triagem. Esse questionário se encontra informatizado e faz parte do protocolo de Nutrição para triagem e acompanhamento à cirurgia. Os dados foram coletados entre julho e agosto de 2001 e são referentes a 74 indivíduos (61 mulheres e 13 homens), com idade de 38 ± 11 anos (média ± desvio padrão), IMC 46 ± 9 kg/m<sup>2</sup> (mínimo: 33 e máximo 66 kg/m<sup>2</sup>), razão cintura/quadril de 0, 91 ± 0, 06. As doenças associadas encontradas são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Doenças associadas.

Hipertensão Arterial	54 %	Constipação	32 %
Diabetes Mellitus	18 %	Ronco	61 %
Apnéia do Sono	22 %	Dispnéia	62 %
Gastrite	30 %	Hérnia de Hiato	23 %

Entre os candidatos, 15% eram fumantes e apenas 18% realizam alguma prática de atividade física, 7% já não consegue mais se locomover e 20% não consegue amarrar o próprio sapato. Apenas 36% realiza café da manhã todos os dias, 52% o almoço e 81% o jantar. Em compensação, 68% *belisca* o tempo todo e 49% tem o hábito regular de repetir o prato. Por essas informações, é possível concluir que as pessoas que procuram a cirurgia Bariátrica apresentam, em consequência da obesidade, limitadas condições de saúde.

50

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

P. N. Manfré - Nuctrom - Núcleo de Cirurgia e Tratamento da Obesidade Mórbida, Curitiba, PR

A fisioterapia tem como objetivo principal preparar o paciente para o ato cirúrgico, proporcionando melhores condições cardio-respiratórias, e prevenindo complicações pulmonares ou vasculares, assim como, incentivar a realização de atividade física como prazerosa e necessária para a manutenção da qualidade de vida.

O acompanhamento fisioterápico ao longo do tratamento proporciona ao paciente melhora do padrão respiratório, controle da dispnéia, auxilia o emagrecimento saudável, melhora do condicionamento físico, fortalecimento muscular, reeducação postural e propriocepção do corpo agora mais leve e melhora da qualidade de vida.

É importante uma criteriosa avaliação pulmonar acompanhada de prova de função pulmonar, manovacuometria, ausculta pulmonar, oximetria, determinação do grau de força muscular respiratória, investigar doenças pulmonares prévias (asma, bronquite, apnéia, DPOC, entre outras); deve-se ainda, avaliar outras patologias ou sintomas associados a obesidade como por exemplo: artrites, artroses, encurtamentos musculares, lombalgias, etc.

O tratamento fisioterápico pré-operatório será voltado para o trabalho de força e resistência da musculatura respiratória, melhora da capacidade e volume pulmonar, através de exercícios e incentivadores respiratórios (voldyne, respiron, threshold); quando necessário, uma adequada higiene bronquial. Exercícios de prevenção de trombose, como: metabólicos, já devem ser iniciados, e as orientações pós-operatórias devem ser explicadas de acordo com seu cronograma e variável com a técnica cirúrgica (vídeolaparoscopia ou laparoscopia).

A atuação do fisioterapeuta no pós-operatório visa a manutenção da ventilação e oxigenação pulmonar, utilizando técnicas de padrões ventilatórios, inspirometria de incentivo, técnicas de expansão pulmonar, técnicas de tosse, e se necessário, ventilação por pressão positiva; e exercícios ativos de membros superiores e inferiores, deambulação, e orientação para retornar as suas atividades de vida diária.

## 51

### PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E PREPARO PRÉ-CIRÚRGICO EM OBESIDADE GRAU III

Mingardi, A.; Crozeta, G.; Larino, M. A.; Segal, A.

AMBESO (Ambulatório de Obesidade e Co-morbidez Psiquiátrica do AMBULIM)

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo

A obesidade grau III (I. M. C > 39, 9 kg/m<sup>2</sup>) é considerada doença crônica para a qual os tratamentos clínico e dietoterápico são considerados inferiores aos desejados, com altas taxas de recaída.

O grupo de psicoterapia cognitivo-comportamental do AMBESO visa identificar e definir as dificuldades relacionadas ao peso e ansiedade referente à cirurgia anti-obesidade assim como criar soluções e implementar repertório comportamental adequado para se lidar com estas dificuldades.

15 pacientes do sexo feminino foram submetidas a um atendimento em grupo, de frequência semanal.

Foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais e psico-educacionais assim como participação de pacientes já submetidos ao procedimento para clareamento de dúvidas e expectativas quanto à cirurgia.

Serão discutidos possíveis aspectos centrais ao preparo psicológico pré-cirúrgico destes pacientes.

## 52

### AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL AO PACIENTE OBESO MÓRBIDO NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Autoras: CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I.

Serviço onde foi realizado: Núcleo de Cirurgia e Tratamento da Obesidade Mórbida – Curitiba, PR

Com o objetivo de avaliar a eficácia do Protocolo de Atendimento Nutricional no Pré e Pós Operatório praticado pelo serviço, que realiza a Cirurgia Bariátrica pelo método de Capella, foram estudados 100% dos pacientes atendidos no período de abril de 2000 à agosto de 2001, totalizando 50 pacientes. A proposta de pré-operatório envolve reeducação alimentar tendo como base a Pirâmide de Alimentos, inclusão progressiva de um maior número de refeições, além de orientações quanto às modificações dietéticas no pós-operatório que constam de dieta líquida restrita no 1º dia de alimentação, dieta líquida completa do 2º ao 8º dia, mantendo-se o volume de 50 ml/refeição, seguidos de 1 semana de dieta pastosa com volume de 100ml e posterior liberação de dieta sólida, com volume máximo de 150ml. Alimentos ricos em gorduras e carboidratos simples são evitados. No pós-operatório, reforçam-se as orientações referentes à mastigação, volume, hidratação e cuidados específicos de cada etapa de evolução da alimentação. Os pacientes apresentavam IMC entre 40 e 55kg/m<sup>2</sup>. 15 dias após a 1ª consulta de pré-operatório, 60% dos pacientes reduziram em média 2 kg; 30% mantiveram o peso e 10% ganharam em média 0,6 kg. No 21º dia de pós-operatório, 53, 53% não apresentaram intolerância alimentar, 23, 33% apresentaram intolerância à carne, 3, 33% ao arroz, 3, 33% ao pão; 13, 33% apresentaram intolerância à mais de um alimento. Durante as 3 primeiras semanas de pós-operatório 46, 7% dos pacientes não apresentaram vômitos; 16, 66% relataram 1 episódio, 13, 33%, 2 episódios e 23, 33% 3 ou mais. Neste mesmo período, 76, 67% perderam mais de 10% do peso apresentado na primeira consulta de pré-operatório, 13, 33% perderam entre 9, 5 e 10%; 10% dos pacientes perderam entre 8 e 9, 5%. Conclui-se que os pacientes apresentaram resultados favoráveis quanto à perda de peso e baixa incidência de complicações nutricionais no pós-operatório. Assim, enfatiza-se a importância da elaboração de um protocolo de atendimento nutricional que contemple e priorize aspectos de educação nutricional, preparo cuidadoso do paciente no pré-operatório e monitorização detalhada no pós operatório.

## 53

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DA OBESIDADE MÓRBIDA DO C. O. M. – CENTRO DA OBESIDADE MÓRBIDA DO HSL-PUCRS

Schmitt, M. S., Casagrande, D., Repetto, G., Mottin, C. C., Chiao, I. U.

Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUCRS

A enfermeira do Centro da Obesidade Mórbida faz a visita pré-operatória e participa do trans e do pós-operatório. Foram criados protocolos cirúrgicos e são ministradas palestras para as enfermeiras da unidade de internação. A visita pré-operatória tem como objetivo a preparação física, psicológica e educacional para a cirurgia. Nela os pacientes recebem informações sobre as rotinas de enfermagem no bloco cirúrgico, são orientados e estimulados para os exercícios dos membros inferiores, são esclarecidas dúvidas e antecipadas as rotinas do bloco cirúrgico. A enfermeira auxiliará o anestesiológista no início da cirurgia e fará o alinhamento do paciente na mesa de cirurgia, o preparo do abdome e a colocação das meias elásticas e botas de estímulo de retorno venoso. Durante a cirurgia a enfermeira assiste o anestesiológista e antecipa as necessidades do cirurgião. Documentação da rotina é preenchida do começo ao fim do procedimento cirúrgico pela enfermeira no livro de registro cirúrgico. A enfermeira da sala de recuperação será informada do término da cirurgia e da necessidade de prover qualquer pedido especial. Ao término da cirurgia o paciente será transferido para uma cama especial e será conduzido para recuperação pós-anestésica com acompanhamento da enfermeira.

## 54

### ÁREAS DE COMPORTAMENTO E PAPÉIS FUNDAMENTAIS DE OBESOS MÓRBIDOS ADULTOS, SEGUNDO SUA PRÓPRIA AVALIAÇÃO.

Franques, Aída R. Marcondes – Psicóloga – Realizado em consultório, na avaliação de pacientes obesos mórbidos em preparação para a Cirurgia Bariátrica do Instituto Garrido de Cirurgia da Obesidade – São Paulo

**INTRODUÇÃO:** A obesidade mórbida traz comprometimento ao indivíduo como um todo. Analisamos 5 áreas de atuação que consideramos as mais importantes para um indivíduo adulto: Familiar, Casal, Sexual, Profissional e Social. **CASUÍSTICA E METODOLOGIA:** Foram escolhidos aleatoriamente 100 pacientes obesos mórbidos, 64 mulheres e 36 homens, com idade variando entre 20 e 65 anos (média 36,8 a.), todos com IMC = ou > que 40 Kg/m<sup>2</sup> (média 47,5). Foram analisados os dados colhidos em anamnese na avaliação de pacientes obesos em preparação para a Cirurgia Bariátrica. Atribuiu-se um conceito para cada item: **O = Ótimo, B = Bom, R = Regular, M = Mau, I = Inexistente.**

#### RESULTADOS:

**FAMILIAR:** O=08%, B=79%, R=11%, M=02%, I= 0%.

**CASAL:** O=10%, B=47%, R=04%, M=05%, I=34%.

**SEXUAL:** O=07%, B=26%, R=23%, M=13%, I=31%.

**PROFISSIONAL:** O=12%, B=52%, R=10%, M=01%, I=25%.

**SOCIAL:** O=15%, B=62%, R=21%, M=02%, I=00%.

**CONCLUSÕES:** O resultado parece acima das expectativas que se tem em relação a qualidade de vida do paciente obeso, contudo esta avaliação foi feita pelo próprio paciente. Considerando que por um lado a sua auto estima está bastante comprometida, o que diminui seu nível de exigência e por outro há uma tendência à adaptação, própria do ser humano, achamos interessante a continuidade deste trabalho, com avaliação do paciente já emagrecido.

A obesidade é uma das doenças do mundo atual que atinge cada vez mais números alarmantes. Sabendo-se que o tratamento dietético é empregado e fundamental para o sucesso da estratégia cirúrgica para obesidade, uma abordagem nutricional mais eficaz faz-se necessária para: melhor adesão ao tratamento como um todo, maximização dos resultados com relação a redução de peso e melhora/manutenção do estado nutricional. Para tal, observou-se a necessidade de estabelecer o perfil desta população. Foram avaliados prospectivamente, um grupo de pacientes com obesidade mórbida, candidatos à gastroplastia. Os dados foram coletados no período de Julho de 2000 a Agosto de 2001. Recorreu-se à análise descritiva dos dados de 70 pacientes. Utilizou-se os testes não-paramétricos "Comparação entre duas Proporções" (através do software "Primer of Biostatistics"). O nível de significância mínimo adotado foi de 5%. Em relação ao sexo, idade e estado civil, houve predomínio do sexo feminino (73, 5%) ( $p < 0,0001$ ), idade entre 30 e 49 anos (56, 8%) ( $p < 0,0001$ ) e casados (61, 2%) ( $p = 0,016$ ). A faixa de Índice de Massa Corporal prevalente foi de 40, 1 a 50 Kg/m<sup>2</sup> (67, 7%) ( $p < 0,0001$ ). Considerando a História de Peso Pgressa, a obesidade agravou-se após gestação (30, 3%) ( $p < 0,0001$ ); na História Mórbida Familiar foram encontrados pelo menos 3 doenças associadas: obesidade familiar (85, 7%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS - 66, 1%) e Diabetes Mellitus (60, 7%); na História Mórbida Atual, os pacientes analisados apresentaram pelo menos 2 co-morbidades: HAS (65, 1%) e Alterações Músculo-esqueléticas (41, 9%). A partir destes resultados conclui-se que estes pacientes apresentaram associados ao risco nutricional, maior índice de morbi/mortalidade devido à presença de doenças associadas. A redução de peso associada a reeducação alimentar torna-se imprescindível no pré e pós-operatório melhorando sua qualidade de vida e mantendo a longo prazo os benefícios adquiridos com a gastroplastia, principalmente quando utilizada individualmente de acordo com o perfil de cada população.

## 56

A investigação de hábitos alimentares tem merecido atenção principalmente devido ao aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade no mundo ocidental. Observando-se a importância da mudança das práticas alimentares para melhora do estado nutricional de obesos mórbridos, fica evidente a necessidade de se avaliar a maneira como a orientação nutricional pré-operatória vem sendo empregada, uma vez que esta faz-se fundamental para efetividade da perda de peso de forma saudável antes e após a cirurgia bariátrica. Foram avaliados prospectivamente, um grupo de 70 pacientes com obesidade mórbida, candidatos à gastroplastia, os quais foram orientados nutricionalmente utilizando-se como instrumento a Pirâmide de Alimentos Americana. Dados como: preferências alimentares, hábitos dietéticos, peso usual, peso atual e perda de peso pré-operatória, foram coletados no período de Julho de 2000 a Agosto de 2001. Recorreu-se à análise descritiva dos dados, e utilizou-se os testes não-paramétricos "Comparação entre duas Proporções" (através do software "Primer of Biostatistics"). O nível de significância mínimo adotado foi de 5%. Com relação às Preferências Alimentares, o grupo preferido foi o de "Pães, Cereais, Arroz e Massas" (49, 2%) ( $p < 0,0001$ ). Após orientação nutricional pré-operatória, 69, 7% ( $p = 0,001$ ) dos pacientes alteraram positivamente seus hábitos alimentares. A média de peso usual foi de 116 Kg e a média de peso atual verificada foi de 125 Kg. Houve perda de peso de no mínimo 1 Kg por quinzena em 57, 1%. Portanto conclui-se que pacientes que recebem orientação nutricional pré-operatória e modificam seus hábitos alimentares quantitativa e/ou qualitativamente são capazes de reduzir seu peso e supõe-se que tenham uma melhor adaptação às mudanças alimentares que serão impostas no pós-operatório.

## SEGUNDA, 12/11

SESSÃO PLENÁRIA V  
Novas propostas terapêuticas  
Coordenador: José Carlos Pareja  
Secretário: Cid A. Pitombo

## 57

## I- CASUÍSTICA:

Durante o período de novembro de 2000 a julho de 2001, foram tratados por essa técnica 219 pacientes obesos.

O sexo feminino foi predominante com 56% dos pacientes e o masculino 44%, a idade mínima foi de 14 anos e máxima 61 (média 50, 6 anos). Em relação as indicações tivemos 37% dos pacientes com IMC < 35 (obesidade grau I), 33% com 35 ≤ IMC < 40 (obesidade severa), 21% dos pacientes com 40 ≤ IMC < 50 (obesidade mórbida) e 11% com IMC > 50 (super obesos).

Em relação as características desses pacientes o IMC mín. foi de 30 e máx. de 110, 5 Kg/m<sup>2</sup>, com média de 45, 32 Kg/m<sup>2</sup>, peso mín. de 71 e máx. 350, com média de 141, 06 Kg.

## II- RESULTADOS:

Os resultados foram analisados considerando a média de perda do excesso de peso

(P ideal = IMC i (22, 5) x h<sup>2</sup>), no grupo de obesidade grau I a perda média do excesso de peso foi de 38, 01%, no grupo de obesidade severa a perda média do excesso de peso foi de 35, 09%. No grupo de obesidade mórbida a perda média do excesso de peso foi de 27, 11% e no grupo de super obesos foi de 31, 7%.

Consideramos falha do método em relação a perda de peso uma perda menor que 10% do peso total ou menor que 20% do excesso de peso. Isso ocorreu em 25 pacientes representando uma falha global de 11, 66%.

Em relação ao grupo de super obesos em preparo pré-operatório, o total de peso perdido mínimo foi de 23 kg máximo 48 kg (média 39 kg), a redução do IMC mín. foi de 7, 2, máx. de 17, 1 (média de 14 kg/m<sup>2</sup>). O percentual de excesso de peso perdido mín. 22%, máx. 43% (média 31, 7%).

## IIa- EFEITOS COLATERAIS:

O efeito colateral mais significativo foi náuseas e vômitos em 42% dos pacientes predominando nos primeiros três dias pós colocação do balão, dor epigástrica ocorreu em 21% dos pacientes, desidratação com necessidade de reposição hidroeletrólítica endovenosa a nível ambulatorial ou internação hospitalar ocorreu em 5% dos pacientes, intolerância precoce com remoção da prótese foi necessária em 4, 2% dos pacientes.

## IIb- COMPLICAÇÕES:

IIb1- Complicações menores: esofagite de refluxo controlada clinicamente em 12% dos pacientes e estase gástrica sintomática em 10% dos pacientes.

IIb2- Complicações maiores: Impactação do balão no antro com hiperdistensão gástrica necessitando de remoção do conteúdo gástrico com sonda de 50 Fr.

Ocorreu um caso (0, 45%), de desinsuflação espontânea do balão e migração para o trato digestivo, causando obstrução intestinal, sendo submetido a tratamento clínico conservador nas primeiras 24 horas, sem resultado satisfatório, optamos então por procedimento de mini-laparotomia, localizando-se a prótese a 40 cm da válvula ileo-cecal e induzimos a sua progressão até o colon direito com remoção simultânea por colonoscopia, obviando complicações maiores.

Os nossos resultados preliminares permitem afirmar que o Balão Intragástrico é uma técnica transitória, não-cirúrgica, efetiva no controle temporário da obesidade, induzindo a uma perda superior a 35% do excesso de peso inicial. Não está relacionado a mortalidade e apresenta risco mínimo de complicações maiores.

## 58

### LAP-BAND - TÉCNICA VIA "PARS FLACIDA" PARA A ÓRTESE DE 11 cm

H. T. Libanori, S. Szachnowicz, F. C. Atui - Clínica de Integração Multidisciplinar - São Paulo, SP

Visando a diminuição das complicações relacionadas à LAP-BAND, principalmente o deslizamento da parede gástrica posterior, foi lançada recentemente a versão de 11cm da LAP-BAND. Além do maior comprimento, a área de contato com a parede gástrica é maior conferindo menor pressão.

A técnica, ilustrada no vídeo, consiste na dissecação do túnel retrogástrico a partir da "pars flácida" do ligamento gastro-hepático. Visualiza-se a crura e aborda-se o plano abaixo da TEG até o ângulo de Hiss. Dessa forma, evita-se a entrada na retrocavidade dos epiplons, causa freqüente de deslizamento posterior. A estabilização da parede anterior se dá da forma tradicional, com pontos gastro-gástricos sobre a órtese.

Acreditamos que essa técnica venha a simplificar o procedimento e diminuir a possibilidade de complicações.

## 59

### Complicações do Balão Intragástrico

Marchesini, J. C. D., Sallet, J. A., Paiva, D. S. - Curitiba, PR

Protocolo Nacional do Balão Intragástrico

O balão intragástrico é mais uma ferramenta utilizada no tratamento da obesidade. Publicações internacionais têm citado várias complicações referentes a este novo método. Introduzido no Brasil desde novembro de 2000, já foram colocados 239 próteses nos três centros designados para o estudo do protocolo nacional. Durante este período foram observadas complicações que subdividimos em três grupos: 1) complicações durante a colocação; 2) durante o uso e 3) durante a retirada. No primeiro grupo foram observados casos de depressão respiratória, broncoespasmo, dificuldade na passagem pela orofaringe, dificuldade na passagem pelo esôfago e vazamento pela válvula. No segundo grupo foram observados em 60% dos casos, efeitos colaterais precoces secundários à adaptação do balão que cederam nas primeiras 48-72 horas como náusea e vômitos, dor tipo cólica e desconforto epigástrico; e um conjunto de complicações tardias como gastrite, esofagite de refluxo, intolerância precoce, deslocamento do balão com ou sem obstrução pilórica e desinsuflação com migração e oclusão intestinal. No terceiro grupo as complicações são referentes à técnica endoscópica e material utilizado para retirada do balão. Entre elas observamos dificuldade na penetração do cateter para desinsuflação, desinsuflação incompleta, dificuldade em transpor a cárdia, prótese se desprender ao nível do esfíncter superior. Em nossa casuística não tivemos nenhum caso úlcera de decúbito, eliminação por via natural ou atraso na retirada do balão como descrito em publicações estrangeiras. Os autores acreditam que devido aos baixos índices de complicações, facilidades de manuseio da prótese, ausência de mortalidade e índice de insucesso aceitável, que o balão intragástrico é um bom método desde que seja bem indicado.

## 60

### INCISÃO SUBCOSTAL BILATERAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA,

Barreto, O; Menelau, G; Lapenda, G; Uellendahl, M; Tosta, P; Mamede, L; Castro, I; Souza, S; Branco, C; Branco, J. J. Branco & Associados / Sêrio Hospitalar Albert Sabin. Recife-PE

Os autores apresentam uma série de 300 (trezentos) pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica (Técnicas de Capella e/ou Mason) no período de junho de 1998 a março de 2001, com idades mínimas de 16 anos e máxima de 63 anos, em que utilizou-se a incisão subcostal bilateral.

A técnica mostra incisão por mínima, facilitando o acesso ao abdome superior em que não houve necessidade de afastadores especiais que são, habitualmente, utilizados em Cirurgia Bariátrica quando realizada a incisão mediana. Relata-se ainda um levantamento das complicações mediantes, imediatas e tardias, tais como: Hérnia incisional, deiscências, seroma e infecção.

Como conclusão observa-se que a incisão subcostal bilateral permite:

- Um melhor campo operatório sem necessidade dos equipamentos específicos;
- Melhor expansibilidade torácica, pois apresenta menor dor no pós-operatório, diminuindo as complicações pulmonares.
- Linha de cicatriz mais estética e para uma posterior plástica pode ser utilizada a técnica do abdome reverso.

## 61

### ANESTESIA PARA CIRURGIA BARIÁTRICA AMBULATORIAL.

Ramos, A; Lombardi, M; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B.

GASTROMED - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo, SP

Durante o período de janeiro de 2000 à outubro de 2001, foram submetidos à cirurgia bariátrica ambulatorial 112 pacientes. A cirurgia realizada foi a Colocação de Banda Gástrica Ajustável por Videolaparoscopia Na consulta pré-anestésica classificou-se os pacientes incluídos no estudo, em ASA I e ASA II, excluindo os demais.

O índice de massa corpórea (IMC) não representou critério de exclusão. A técnica anestésica utilizada visa um pós-operatório com uma boa analgesia, alerta adequado para que o paciente não fique sonolento, e antieméticos para evitar náuseas - tudo visando uma deambulação precoce, boa aceitação da dieta e analgesia eficiente para que possa ser dada alta hospitalar em torno de 8 horas após procedimento cirúrgico.

A anestesia é feita sempre pela mesma equipe e baseia-se tecnicamente em anestesia Geral combinada, inalatória e venosa (a ser apresentada).

Concluindo-se, a alta hospitalar precoce na cirurgia ambulatorial é viável quando o paciente é submetido a técnica anestésica com medicações preventivas que evitem intercorrências como - dor, náuseas e sonolência e que o paciente seja orientado a deambular precocemente.

## SESSÃO DE VÍDEOS IV

### Coordenador de Vídeos IV: Edivaldo M. Brito

62

**PADRONIZAÇÃO TÉCNICA DO IMPLANTE DO ANEL DE "SYLASTIC" NA GASTROPLASTIA EM "Y DE ROUX" VIDEOLAPAROSCÓPICA - P. Arruda, T. Bacellar, C. Pizani, E. Ferraz, J. A. Sallet, A. Ferraz - Departamento de Cirurgia Geral - Universidade Federal de Pernambuco e Clínica Sallet - Hospital 9 de Julho - Hospital São Luiz - São Paulo, SP**

Tem por objetivo estabelecer uma padronização nas medidas e na técnica para o implante do anel de "sylastic", com os seguintes passos técnicos:

- Após a septação gástrica, realizamos a confecção do anel

- O anel de "Sylastic" deve medir 7 cm e ser previamente preparado com ponto de prolene 2-0, de forma que seu diâmetro seja de 3, 2 cm.

- É colocado envolvendo o mini-estômago cerca de 3cm acima da linha de grampeamento

- Essa colocação é facilitada com a orientação da sonda de "Fouchet", que deve ser introduzida e controlada pelo anestesista

- Realiza-se a plicatura do anel com pontos separados nas faces anterior e posterior

- do neo-estômago, tomando-se cuidado especial com a vascularização do mesmo.

- Procedem-se então a anastomose gastro-jejunal término lateral.

Existem dúvidas entre os cirurgiões que realizaram o "bypass" gástrico, da real necessidade do uso do anel de "sylastic", existe a possibilidade de que, com o tempo, ocorra um alargamento da anastomose do neo-estômago, permitindo ao paciente comer mais e assim recuperar seu peso progressivamente. O anel funciona controlando o esvaziamento do "pouch", ajuda a manter a perda de peso. Muitos autores argumentam dificuldade técnica de colocação do anel por via laparoscópica, essa padronização técnica facilita o procedimento clássico proposto por Fobi e Capella com acesso laparoscópico.

## Posters - Manhã - 12/11

63

**CONTEXTO PATOLÓGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA**

J. Faintuch, M. A. Rudner, P. L. R. C. Machado, A. B. Garrido Jr, J. J. Gama-Rodrigues - Grupo de Cirurgia da Obesidade, Hospital das Clínicas - São Paulo, SP

**Introdução:** A obesidade tornou-se a enfermidade nutricional mais frequente no Brasil, e suas consequências malélicas podem ser significativas na sua forma mórbida. Todavia, poucos estudos delineiam claramente a frequência destes distúrbios. Num estudo prospectivo com 200 pacientes ambulatoriais, um levantamento sistemático foi realizado visando quantificar as principais ocorrências.

**Métodos:** Os pacientes foram submetidos a entrevista com aplicação de questionário detalhado cobrindo 16 distintas entidades. A idade da população era de 39,6 ± 6,0 anos (82,0% mulheres), e o índice de massa corporal era de 50,0 ± 8,9 kg/m<sup>2</sup>. Os achados são apresentados em forma de porcentagem de indivíduos afetados.

**Resultados:** A afecção significativa mais frequente foi insuficiência respiratória crônica, presente em 53,5% do grupo, seguida de hipertensão arterial (43,0%), apnéia do sono (32,3%), taquicardias (22,5%), hiperlipidemia (20,0%), depressão (13,0%) e diabetes mellitus (12,3,0%). Dentre as entidades mais benignas porém ainda assim capazes de interferir na qualidade de vida salientaram-se ronco noturno (51,5%), dores de coluna e membros inferiores (39,5%), ansiedade (8,5%), hipotireoidismo (8,5%), varizes de membros inferiores (8,0%), bronquite crônica (6,0%) e hiperuricemia (5,0%). Angina pectoris (4,0%) e refluxo gastroesofágico (2,5%) completaram o panorama central, que foi complementado ainda com informações gastrointestinais e nutricionais. De uma forma global, perceberam-se 4,1 queixas por pacientes, referentes a uma ou mais enfermidades, e somente 14,5% dos casos estavam livres de comorbidades.

**Conclusão:** A obesidade ainda é considerada simples anomalia da composição corpórea em algumas circunstâncias, porém a obesidade mórbida confirmou-se no presente estudo uma nosologia grave, passível de sérios e frequentes comprometimentos.

**Agradecimento:** O apoio valioso da FAPESP Processos 00/01609-9 e 00/01610-7 é reconhecido.

64

**O IMPACTO DAS CIRURGIAS DE OBESIDADE SOBRE A AUTO-ESTIMA DOS PACIENTES**

M. F. Oliveira, Cid Pitombo, F. Neves, J. C. Peixoto - Centro de Cirurgia Avançada Dr. Cid Pitombo - Niterói, RJ

**Introdução:** Nosso trabalho tem como objetivo investigar a construção da auto-imagem de pacientes submetidos à cirurgia para obesidade mórbida e as repercussões da mesma no âmbito psicológico e na socialização destes pacientes, a partir desta investigação pretendemos indicar a abordagem psicológica que possa fornecer a cada paciente a possibilidade de compreender o desajuste entre a expectativa pré-cirúrgica e a percepção da sua imagem após a cirurgia, reforçando a importância de uma equipe multidisciplinar, com ênfase na presença do psicólogo em trabalho conjunto com a equipe médica.

**Pacientes e Método:** Empregamos o *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System* (BAROS) e um questionário retirado do artigo Emagrecimento e Benefícios Emocionais (RAMUTH, Edson. In: Artigos de Saúde. 1998) para avaliação pré e pós-operatória de 15 pacientes (7 submetidos à colocação de Banda Gástrica ajustável e 8 à *Bypass* gastro-jejunal em *y-de-roux*) operados no período entre Novembro de 1999 e Setembro de 2001.

**Resultados e Conclusões:** Constatamos que, em todos os casos, houve melhora da auto-estima dos pacientes após a cirurgia e o papel do psicólogo se mostrou extremamente importante no que se refere à preparação dos mesmos para reintegração social e reconstrução da auto-imagem, principalmente considerando-se que eles necessitarão de cuidados e acompanhamento por tempo indeterminado de vida.

65

**EVOLUÇÃO NO PÓS OPERATÓRIO PRECOZE DOS PORTADORES DE OBESIDADE MÓRBIDA NO CENTRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DE PIRACICABA**

J. P. Camargo, I. Rasera Jr, I. Arbex, I. Libori, P. Valerio, M. Aragon, N. B. Ferreira, M. R. M. Oliveira - Universidade Metodista e Hospital dos Fornecedoros de Cana - Piracicaba, SP

A gastroplastia surgiu como a última alternativa aos indivíduos portadores de obesidade mórbida. A cirurgia promove o balanço energético negativo, pela redução da ingestão de alimentos e, consequentemente, a perda de peso. O objetivo desse estudo foi de avaliar o período de pós operatório precoce, a evolução clínica, a ingestão alimentar e a redução ponderal de indivíduos submetidos à gastroplastia nos meses de julho e agosto de 2001 no Centro de Cirurgia Bariátrica de Piracicaba. Foram estudados 38 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 19 e 56 anos. As técnicas cirúrgicas utilizadas incluíram 27 gastroplastias do tipo Capella e 11 do tipo Scopinaro. Esse trabalho foi realizado como parte de um protocolo de assistência da equipe multiprofissional ao paciente, o qual inclui entre outros, o treinamento pré operatório, a observação da perda ponderal e de outras variáveis antropométricas e as alterações no consumo alimentar. Dos pacientes analisados, o IMC pré operatório foi de 51 Kg/m<sup>2</sup> ± 7 (média ± desvio padrão). Todos eram sedentários, não fumantes e 3 dos homens ingeriam bebidas alcoólicas com frequência. A maioria dos indivíduos (81%) eram obesos desde a infância e na mesma proporção apresentavam alguma doença associada. No que diz respeito a ingestão alimentar prévia, a ingestão energética média era de 2200 Kcal por dia. Na primeira semana pós cirurgia a ingestão média diária foi de 130 kcal, o que resultou na redução de 5% do peso corporal (mínimo: 3 e máximo: 9 kg). Esses resultados mostram que a evolução clínica ocorreu com sucesso e isso foi atribuído ao cuidadoso trabalho da equipe.

**AVALIAÇÃO DAS VILOSIDADES E CRIPTAS JEJUNAIS EM SUINOS SUBMETIDOS A GASTROPLASTIA VERTICAL RESTRITIVA EM Y DE ROUX**  
S. C. Bettini, J. B. Marchesini, S. Yoshii, C. Bellaver- Universidade Federal do Paraná e EMBRAPA, Curitiba, Paraná

**Introdução:** Na cirurgia bariátrica a GVRYR, que tem sido considerada pela literatura, "padrão ouro" para tratamento cirúrgico da obesidade, modifica a ordem anatômica do tubo digestivo. Havendo segmentos intestinais: sem trânsito alimentar e outro sem trânsito de sucos digestivos provenientes do estômago, duodeno, e jejuno proximal (suco biliopancreático). Estes fatos nos levaram a estudar a mucosa jejunal destes segmentos visando entender melhor o processo adaptativo do intestino delgado e se as secreções biliopancreáticas interferem no trofismo intestinal.

**Casuística e Método:** Oito suínos machos MS58 EMBRAPA foram submetidos à biópsias no segmento alimentar (alça alimentar - Biópsia I<sup>90</sup>) e no segmento excluído (alça biliopancreática - Biópsia II<sup>90</sup>) no momento da realização da operação. Após 90 dias realizou-se uma laparotomia, sob anestesia geral, quando foram colhidas novas biópsias da alça alimentar (Biópsia I<sup>290</sup>) e da alça biliopancreática (Biópsia II<sup>290</sup>), após o que os animais foram submetidos à eutanásia por eletrocução. As amostras, biópsias, foram incluídas em parafina e coradas por hematoxilina e eosina. As variáveis altura das criptas e altura das vilosidades foram mensuradas, bem como a relação entre elas em D0 e D90.

**Resultados:** Na avaliação pós-operatória (D90), houve aumento ( $p < 0,05$ ) somente da altura das criptas na alça biliopancreática e aumento ( $p < 0,05$ ) da altura das criptas e das vilosidades na alça alimentar, mantendo-se constante, na segunda, a razão cripta/vilosidade.

**Conclusões:** as vilosidades intestinais sofrem um processo de adaptação, em que o fator suco biliopancreático tem uma ação trófica na mucosa jejunal promovendo uma resposta positiva na porção proliferativa (cripta), sendo que a porção absorptiva (vilosidade) só mostra a mesma resposta na presença de alimentos (alça alimentar).

## 67

**GASTROPLASTIA VERTICAL RESTRITIVA COM DERIVAÇÃO GASTROINTESTINAL EM Y DE ROUX EM SUINOS**  
A. S. Brenner, J. B. Marchesini, S. C. Bettini, R. DeMarchi, L. Muller Jr, C. Bellaver- Hospital das Clínicas da UFPR, Curitiba, PR

**Introdução:** O objetivo do estudo foi avaliar os aspectos macroscópicos da mucosa e histopatológicos da parede do segmento gástrico isolado em suínos submetidos à gastroplastia restritiva com derivação gastrointestinal em Y de Roux. **Material e Método:** O Grupo Cirurgia incluiu 8 animais submetidos a gastroplastia restritiva com derivação gastrointestinal em Y de Roux. O Grupo Controle foi composto por 8 suínos intactos. Após 3 meses de seguimento, avaliou-se alterações macroscópicas da mucosa, características histopatológicas e quantidade de colágeno tipos I e III na mucosa do segmento gástrico isolado do Grupo Cirurgia. **Resultados:** O peso dos animais e a ingesta alimentar foi significativamente maior no Grupo Controle que no Cirurgia. Ocorreu diminuição no tamanho das glândulas gástricas, maior quantidade de colágeno tipo I na camada mucosa e deposição de tecido gorduroso na camada muscular do segmento gástrico isolado. **Conclusão:** Conclui-se que, a curto prazo, a gastroplastia restritiva com derivação gastrointestinal em Y de Roux em suínos não proporciona alterações macroscópicas no segmento gástrico isolado e que os achados histopatológicos são compatíveis com atrofia inicial.

## 68

**PERDA PONDERAL DE PACIENTES DE CIRURGIA DE BYPASS E DERIVAÇÕES BÍLIODIGESTIVAS VERSUS CIRURGIA DE CAPELLA MODIFICADA**  
S. C. Bettini, J. B. Marchesini, J. R. Nicareta, Igor, F. S. Afonso, S. Brenner - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR

**Introdução:** Desde a década de 50 vem-se procurando uma técnica ideal para tratamento da obesidade, ou seja, favorecer a melhora das morbidades associadas, sem comprometer o restante do metabolismo corporal e obtendo-se uma perda de peso de até 100% do excesso (ou atingir o peso esperado pelo paciente). A literatura mundial tem-nos apresentado como padrão ouro a técnica Fobi-Capella. E por isto no nosso meio tem sido a técnica mais utilizada e assim sofrendo também mais modificações. E é uma destas modificações relacionadas ao aumento da alça biliopancreática para 1,5 metros, comparada a proposta inicial de 60 cm de Capella que pretendemos comparar.

**Casuística e Método:** Foram operados 50 pacientes com a técnica de Capella modificada sendo po a grande maioria do sexo feminino e acompanhado por um período de 2 à 24 meses e controlamos a sua perda ponderal.

## 69

**CIRURGIA BARIÁTRICA: ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO**  
Chaves, Luiz Claudio\*; Alencar, Francisco de Assis; Moreira, José Ricardo; Bembom, Jaime; Fascio, Mário Chaves  
Belém-Pará, Hospital Ofir Loyola

A obesidade é problema de saúde pública declarado pela OMS e a obesidade mórbida tem caracter de gravidade pelos transtornos clínicos, econômicos e sociais que causa aos pacientes. É estimado que 0,5% da população brasileira apresente esta condição. Em 1999 o Ministério da Saúde-MS incluiu a gastroplastia entre os procedimentos autorizados pelo SUS para o tratamento de obesos mórbidos. O Hospital Ofir Loyola criou o "Núcleo de Tratamento Cirúrgico de Obesidade" em março de 2000, obtendo seu credenciamento no MS. Este núcleo é coordenado pela cirurgia e dele fazem parte várias especialidades e outros profissionais: endocrinologia, cardiologia, pneumologia, clínica médica, endoscopia, anestesiologia, enfermagem, psicólogo, assistente social, e fisioterapeuta.

Protocolos clínicos foram discutidos e preparados, fluxograma de atendimento aos pacientes, critérios de exclusão e de inclusão no programa, indicação cirúrgica conforme o estabelecido em portaria do MS e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, seguimento pós-operatório. O ambulatório é feito 1 dia por semana e as cirurgias também ocorrem 1 vez por semana.

Até o momento foram operados 110 pacientes de forma sequencial, sem mortalidade operatória e são discutidos os problemas na implantação do serviço e a complexidade do tratamento e acompanhamento deste tipo de paciente, ficando claro a necessidade de equipe motivada e bem estruturada para obter-se bons resultados nesta cirurgia.

## 70

**COMPLICAÇÃO POUCA RELATADA EM CIRURGIA BARIÁTRICA - Síndrome de Wernicke-Korsakov**  
Chaves, Luiz Claudio\*; Kahwage, Salomão; Alencar, Francisco de Assis; Faintuch, Joel. Belém-Pará, Hospital Ofir Loyola

A gastroplastia à Capella é a cirurgia mais realizada no Brasil para Obesidade Mórbida, sendo o tratamento preconizado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica. As complicações imediatas são bem conhecidas e seu tratamento está estabelecido. As complicações tardias mais comuns são de ordem metabólica ou nutricional e a abordagem terapêutica é também relacionada e já conhecida.

É apresentada uma complicação rara, pouco relatada na literatura, especialmente nas grandes séries, que pode estar sendo negligenciada ou não diagnosticada. Trata-se da Síndrome de Wernicke-Korsakov - um quadro neurológico caracterizado por polineurite consequente a depleção aguda de Tiamina. Este quadro foi observado por nós em 04 pacientes submetidos a gastroplastia à Capella. No 1º caso o paciente estava em 2º mês de pós-operatório e evoluiu com náuseas e após repetidos vômitos passou a referir dormência em MMII e MMSS e, posteriormente diminuição de força muscular até total plegia. A terapêutica intuitiva foi Vitamina B1, sem sucesso e fisioterapia com melhora lenta e progressiva até que, após 4 meses, ocorreu a recuperação total. No caso 2 a paciente evoluía com frequentes vômitos e passou a referir diminuição de força em MMII e dormência em MMSS. Instituída precocemente a Vit. B1 e fisioterapia houve melhora do quadro. O caso 3, com cerca de 45 dias de pós-operatório, passou a ter vômitos e fez quadro de desidratação sendo internada. Em seu período de internação

e sob vigilância médica passou a referir dormência de membros e em seguida diminuição de força até ficar sem deambular e sem força para alimentar-se (levar a comida até a boca). Foi tratada com B1 e fisioterapia e está evoluindo bem, porém ainda com melhora parcial do quadro. O 4º paciente ao 1º sinal de dormência e leve diminuição de força introduzimos de imediato a Vitamina B1 com melhora rápida. Todos os 4 pacientes foram avaliados por clínico geral, neurologista e realizaram além de exame neurológico completo, CT e MR de crânio e coluna e eletromiografia com caracterização de quadro de polineurite inespecífica. É importante estar atento a possibilidade deste quadro e instituir precocemente a reposição de B1 sempre que houver suspeita do quadro. A ocorrência desta síndrome é em geral até o 3º mês de pós-operatório quando através da alimentação pode-se não ingerir a dose fisiológica de tiamina, que é 1,5 mg/dia. O tratamento precoce com tiamina em altas doses (100 mg/dia) possibilita rápida recuperação enquanto que, após instalada a polineurite, a reposição de tiamina não é suficiente e, nesta situação, é necessário o tratamento fisioterápico com consequente recuperação longa e vagarosa.

## 71

Impacto do anel de silicone ausente ou aberto na perda ponderal em 5 pacientes submetidos a gastroplastia com bypass.  
Rodrigues, M. P. F\*.; Rodrigues, L. C.; Alonso A.; Barroso, F. L.  
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Ipanema

O anel de silicone vem sendo utilizado como fator limitador da passagem de grandes partículas e portanto da dilatação do reservatório gástrico, não exercendo função de constricção. Sua ausência pode implicar em resultados não tão satisfatórios como os observados naqueles pacientes onde o anel permaneceu intacto, logo, trata-se de um tempo cirúrgico indispensável. Foi analisada então, a perda ponderal de 5 pacientes que apresentaram complicações relativas ao anel de silicone, três deles com comprovação radiológica de ruptura ou afrouxamento do anel, um deles reoperado com retirada do anel, por estenose conferida pelo próprio anel, e a última, na qual não foi colocado o anel de silicone pela presença de leiomioma da junção esofago-gástrica que necessitou ressecção, o que constituiria um risco elevado. Observamos perda de peso progressiva nos primeiros três doentes, temporariamente até determinado momento em que perceberam maior facilidade na ingestão de alimentos, todos eles apresentando perda de peso inferior ao restante do grupo, ou até ganho de peso constituindo insucessos do ponto de vista dos objetivos da operação. Foi realizada revisão cirúrgica com troca do anel e consequente perda de peso adequada na terceira doente. A quarta paciente foi submetida a revisão e retirada do anel por apresentar quadro clínico compatível com estenose do mesmo, apresentava perda de peso satisfatória, tendo atingido seu peso ideal. Após a cirurgia, obteve ganho de peso de 15 Kg. A última paciente teve perda de peso adequada, a despeito da ausência do anel. Estes resultados nos permitem concluir que o anel é suficientemente necessário para o bom resultado da operação, a ponto de dizermos que a sua não colocação significa que estamos realizando outra operação.

## 72

### EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

E. Anderi Jr, R. R. M. Cruz, R. B. Oliveira - CHMSA-FUABC, Santo André, SP

A obesidade hoje é reconhecida como grave problema médico, social e de saúde pública, pela morbidez e exclusão social que acarreta. O reconhecimento de suas múltiplas causas impôs a alternativas cirúrgicas à farmacopéia tradicional. Sendo cosmopolita, universal e vitalícia, a obesidade impõe à todas instituições de ensino, aperfeiçoamento multidisciplinar no manejo dos obesos mórbidos.

É relatada a experiência inicial do Serviço de Cirurgia Bariátrica da FMABC na abordagem, diagnóstico e terapêutica da obesidade mórbida (IMC>40), tendo atendido desde sua criação em outubro de 2000 a 95 obesos mórbidos e realizado com sucesso e sem mortalidade 38 Gastroplastias Verticais em Y de Roux com banda (Cirurgia de Capella), e 1 Banda Gástrica Ajustável Videolaparoscópica.

A variação de peso foi de 94 kg a 203 kg e o IMC de 42 a 68. A evolução da perda ponderal foi em média de 430 g/dia no 1º mês. O estudo contrastado do estômago excluído no 7º e 30º PO, através da sonda de gastrostomia revelou adaptação funcional e adequado esvaziamento pilórico.

Os animadores resultados técnicos e a plena satisfação e adaptação dos pacientes operados demonstra ser válida esta iniciativa institucional no controle da obesidade mórbida.

## 73

### USO DO BIB EM PACIENTES SUPEROBESOS COM ALTO RISCO CIRÚRGICO: PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

J. A. Sallet, R. M. Nakagawa, H. J. Yoo, H. T. Libanori, A. Segal, A. J. Rodrigues Jr - Serviço de Cirurgia da Obesidade HC-FMUSP- INCOR - São Paulo, SP

#### I- CASUÍSTICA:

Durante o período de novembro de 2000 a julho de 2001, foram tratados por essa técnica 102 pacientes obesos.

O sexo feminino foi predominante com 56% dos pacientes e o masculino 44%, a idade mínima foi de 14 anos e máxima 61 (média 50,6 anos). Em relação as indicações tivemos 37% dos pacientes com IMC < 35 (obesidade grau I), 33% com 35 ≤ IMC < 40 (obesidade severa), 21% dos pacientes com 40 ≤ IMC < 50 (obesidade mórbida) e 11% com IMC > 50 (super obesos).

No grupo de super-obesos o peso mín. foi 182 Kg e máx. 350 Kg, com IMC médio de 63 Kg/m<sup>2</sup>, tendo como doenças associadas (HAS 100%, DM 80% e Apnéia do Sono de média a severa em 100%, Osteoartrite 100% foram os mais frequentes). Esses pacientes foram submetidos a colocação do BIB<sup>3</sup>, por um período mín. de 4 meses, sendo submetidos a seguir ao tratamento cirúrgico proposto.

Os resultados obtidos nesse grupo foram: total de peso perdido mínimo de 23 kg máximo 48 kg (média 39 kg), a redução do IMC mín. de 7,2, máx. de 17,1 (média de 14 kg/m<sup>2</sup>). O percentual de excesso de peso perdido mín. 22%, máx. 43% (média 31,7%).

Houve facilidade de controle clínico de HAS e DM, em relação a apnéia do sono antes do BIB<sup>3</sup> a média de episódios era de 41,2/h, com desaturação mínima de 62%; depois do BIB<sup>3</sup> a média de episódios caiu para 15,4/h, com desaturação mínima de 88%. Houve decréscimo no risco cirúrgico pré-BIB<sup>3</sup> de ASA=IV, para pós-BIB<sup>3</sup> ASA=II, além de permitir um acesso cirúrgico mais fácil e seguro, viabilizando inclusive o procedimento videolaparoscópico.

Os nossos resultados preliminares permitem afirmar que o Balão Intra-gástrico é uma técnica transitória, não-cirúrgica, efetiva no controle temporário da obesidade. Muitas questões ainda precisam ser respondidas, porém a indicação mais nobre na área médica e com futuro mais promissor, parece ser em pacientes super obesos em preparo pré-operatório.

## 74

### O PAPEL DA ENDOSCOPIA EM UM SERVIÇO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Chaves, Luiz Claudio\*; Alencar, Francisco de Assis; Kahwage Neto, Salomão; Homma, Mário; Almeida, Antônio Cerejo  
Belém-Pará, Hospital Ofir Loyola

A cirurgia tem se mostrado como forma eficiente de tratamento para os pacientes com obesidade mórbida onde, o tratamento clínico não apresentou sucesso. Este tipo de tratamento reveste-se de complexidade e obriga a formação de equipe multidisciplinar para a avaliação e seguimento adequados destes pacientes. A gastroplastia à Capella é o procedimento mais realizado no Brasil e isto se deve ao fato desta técnica ter um resultado final bom. Nela há a separação de uma porção pequena de outra grande do estômago. A menor será mantida no trânsito alimentar enquanto que a maior será excluída deste trânsito, ficando portanto sem acesso futuro para que o órgão possa ser examinado por endoscopia ou rx contrastado.

No protocolo adotado, todos os pacientes fazem endoscopia antes da cirurgia, com pesquisa da presença do H. pylori e no pós-operatório, a qualquer momento se o paciente apresenta dor epigástrica ou vômitos frequentes e incoercíveis.

Em 110 pacientes que foram operados entre junho/2000 e outubro/2001, 100 foram endoscopados no pré-operatório e evidenciou-se úlcera gástrica cicatrizada em 01 pac., úlcera duodenal cicatrizada em 01 pac. hérnia hiatal em 41 pacientes., gastrite endoscópica em 52 pac.. A pesquisa do H. pylori foi através da histopatologia e foi positiva em 32 pac.. Todos foram tratados e o H. pylori foi erradicado através de esquema triplíce utilizando

IBP+amoxicilina+claritromicina. No pós-operatório 16 pacientes foram endoscopados e foi evidenciado 01 com úlcera jejunal, 01 com úlcera gástrica, 03 com erosão jejunal, 01 com sangramento da linha de grampeamento vertical, 02 com obstrução do reservatório gástrico, sendo 01 por bolo de carne e outro por bagoço de laranja e em 08 situações a endoscopia foi normal. Enfatizamos a importância do endoscopista na equipe, com conhecimento da técnica empregada na cirurgia e da realização da endoscopia rotineira e obrigatória na avaliação pré-operatória de todos os pacientes.

## 75

Assistência Nutricional ao Obeso Mórbido com Diagnóstico de Psicose: Relato de Caso  
CRUZ, M. R. R. - Núcleo de Cirurgia e Tratamento da Obesidade Mórbida - Curitiba.

O presente estudo tem a finalidade de mostrar a atuação do serviço de nutrição dentro de uma equipe multidisciplinar de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e principalmente a importância de uma avaliação minuciosa no pré-operatório, com conduta nutricional adequada ao paciente. Foi relatado o caso de C. B., 30 anos, sexo masculino, obeso mórbido com IMC (índice de massa corpórea) = 56 kg/m<sup>2</sup>, que associado a este quadro apresentava hipertensão, hérnia de hiato, bronquite, depressão, psicose e compulsão alimentar. A princípio, apenas o quadro de psicose e compulsão alimentar já descartariam a possibilidade deste paciente ser liberado para a cirurgia porém optou-se por um tratamento personalizado o qual incluiria consultas com todos os profissionais da equipe: nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra e cardiologista. O nutricionista, através de consultas semanais, estaria avaliando a evolução dietética do paciente e também do estado nutricional, além de hábitos alimentares, capacidade de auto-controle frente a alimentação e redução de peso. Ao final de 4 meses, o paciente apresentava uma alimentação que em termos qualitativos era muito melhor do que a apresentada no início do tratamento, conseguia monitorar sua alimentação e controlar quantidades consumidas, o que foi comprovado com o desaparecimento dos vômitos e apresentou uma redução de peso de 10 Kg, o que comprovou a possibilidade do paciente se submeter à cirurgia.

## 76

Neuropatia periférica responsiva a Tiamina como complicação de by-pass gástrico para tratamento de obesidade mórbida  
Nicolau Fernandes Krueel, Lara Patrícia Kretzer, Marino Muxfeldt Bianchin, Cristiane Lima Carqueja, Ademir da Silva Raupp, Aldo von Vanghemheim  
Hospital Regional de São José- Homero de Miranda Gomes. São José/ SC

A. C., 30 anos, feminina, submetida a by-pass gástrico em Y de Roux, bem sucedido. Iniciou com vômitos de difícil tratamento após a cirurgia. Com dois meses de pós-operatório havia perdido 20 Kg de peso, e iniciou com queixas de hipoestesia em membros inferiores e superiores. No exame neurológico foi evidenciada diminuição de sensibilidade de membros inferiores e, em menor intensidade, mãos e pontas dos dedos. Reflexos profundos estavam diminuídos. A eletromiografia mostrou polineuropatia axonal sensitiva e motora. Ferro, ácido fólico e vitamina B12 séricos estavam em níveis normais. Ela foi tratada com tiamina parenteral com melhora importante e progressiva dos sintomas em um mês.

By-pass gástrico para tratamento de obesidade mórbida vem sendo associado a diversas complicações agudas e tardias, entre elas deficiências nutricionais. Deficiência de vitamina B1 (tiamina) é considerada uma complicação rara. Na maioria dos casos relatados as complicações neurológicas decorrentes da deficiência de tiamina pós gastroplastia estão relacionados à síndrome de Wernicke-Korsakoff. Polineuropatia é uma complicação neurológica importante da deficiência de tiamina. Não encontramos muitos casos relatados na literatura de tal quadro associado à cirurgia.

Deficiência de vitamina B1 é uma causa conhecida de polineuropatia, comumente associada a falta de ingestão e vômitos incoercíveis e deve ser considerada em by-pass gástrico complicado por tais sintomas.

## 77

BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX NO TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA: EFEITOS SOBRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E PRESSÃO ARTERIAL NO PÓS-OPERATÓRIO DE 90 DIAS

Nicolau Fernandes Krueel, Pablo Daniel Huber, Ana Clarice de Oliveira Silva  
Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - Universidade Federal de Santa Catarina

**INTRODUÇÃO:** A obesidade mórbida é uma condição de saúde que cursa com graves comorbidades, como a hipertensão arterial sistêmica, que ocorre em aproximadamente 59% dos pacientes. A pobreza dos tratamentos convencionais em trazer resultados no tratamento de obesos mórbidos tem inspirado interesse no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. O objetivo deste estudo é analisar os efeitos do Bypass Gástrico em Y de Roux sobre o índice de massa corporal (IMC) e pressão arterial (PA) no pós-operatório de 90 dias. **CASUÍSTICA:** Constatou-se de 15 pacientes, 7 masculinos e 8 femininos, todos obesos mórbidos, com idade média de 40, 7 +/-4, 7 anos e 33, 6 +/-3, 3 (média +/- EPM) respectivamente. **MÉTODOS:** Os pacientes tiveram seus IMC e PA medidos no pré-operatório e no pós-operatório de 90 dias, sendo os resultados comparados entre si (p < 0, 05 para todas as diferenças entre pré e pós-operatório). **RESULTADOS:** A redução média do IMC foi de 20, 9 +/-2, 3% nos homens e 24, 8 +/-3, 5 nas mulheres. A redução média da PA sistólica foi de 12, 5 +/-3, 7% nos homens 13, 3 +/-3, 3% nas mulheres. A redução média da PA diastólica foi de 17, 2 +/-6, 1% nos homens e 11, 1 +/-1, 8% nas mulheres. A eficácia do Bypass Gástrico em Y de Roux em reduzir a prevalência de obesidade mórbida no pós-operatório de 90 dias foi de 42, 9% nos homens e 37, 5% nas mulheres. Quanto à hipertensão, a redução na prevalência foi de 60, 1% nos homens e 20% nas mulheres. **CONCLUSÕES:** Os efeitos do Bypass Gástrico em Y de Roux no pós-operatório de 90 dias são os de reduzir os valores do IMC e da PA, diminuindo também a prevalência de obesidade mórbida e hipertensão arterial sistêmica na casuística estudada.

## SESSÃO PLENÁRIA VI Consequências clínicas e metabólicas Coordenador: Carlos A. Malheiros Secretário: Luiz G. Moura Filho

## 78

ESTUDO DA FLORA BACTERIANA EM ESTÔMAGO EXCLUSO APÓS GASTROPLASTIA RESTRITIVA COM DERIVAÇÃO EM Y DE ROUX EM SUÍNOS

L. C. Muller, S. C. Bettini, J. B. Marchesini, O. Malafaia - UFPR/ FURB/ EMBRAPA - Curitiba, PR

**Introdução:** Nas últimas três décadas muitas cirurgias de Bypass gástrico foram realizadas. E muitas são as discussões sobre a colonização bacteriana no estômago exclusivo, e a relação deste fato com neoplasia gástrica neste segmento. E foi com este objetivo de avaliar as alterações da flora bacteriana pós cirurgia de Capella que realizamos este estudo.

**Casuística e Método:** Foram selecionados 9 animais, machos, com peso entre 47, 8 kg e 56, 1 kg e com média de idade de 98, 8 dias, os quais foram alocados em baias individuais. Foram submetidos à gastroplastia e estabelecido estudo comparativo entre o pré-operatório (T0) e pós-operatório (T90). Os animais foram desenvolvidos e operados na EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), tendo sido coletado aspirado do estômago e duodeno em T0

e estômago e duodeno excluídos em T90 através de inoculação transparietal de solução salina isotônica. Os materiais coletados foram encaminhados para a realização de culturas para bactérias aeróbicas e anaeróbicas. Analisou-se o desenvolvimento da flora bacteriana no pré e pós-operatório, quanto ao número de colônias e quais bactérias foram encontradas.

**Resultados:** Na avaliação quanto ao número de colônias bacterianas aeróbicas, houve diferença estatisticamente significativa quando comparados o estômago em T0 e o estômago excluído em T90 ( $p = 0,041$ ), o mesmo ocorrendo quando comparados o duodeno em T0 e duodeno excluído em T90 ( $p = 0,023$ ). Não houve desenvolvimento de bactérias anaeróbicas em nenhum dos materiais coletados. Houve o crescimento de 2 tipos de bactérias: *Escherichia coli* e *Proteus mirabilis*.

**Conclusão:** Os resultados permitem concluir que há colonização bacteriana no segmento gástrico e duodenal excluídos em suínos.

## 79

### AValiação DA FUNÇÃO PULMONAR COM ESPIROMETRIA NO BYPASS GÁSTRICO

C. A. Madalosso, C. A. S. Madalosso, L. A. Palma, M. Socorro, R. Zanin - Serviço de Gastroenterologia, Hospital S. Vicente de Paulo - Passo Fundo, RS

**INTRODUÇÃO:** Foram avaliados prospectivamente 60 pacientes submetidos a By Pass Gástrico com espirometria no pré-operatório e pós-operatório imediato. Dos 60 pacientes 43 eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino, com média de idade 36,03 (16-61 anos).

O Peso variou de 86 a 193 e o IMC de 35 a 70,9

**MÉTODO:** Todos os pacientes foram avaliados no pré-operatório e pós-operatório imediato com espirometria realizado com o espirômetro Flow Screen (Jaeger) sempre no período da manhã e com o mesmo técnico. Os pacientes eram colocados na posição sentada, realizavam manobras inspiratórias e expiratórias, afim de identificar sua melhor manobra basal, após inalada 400mg de sal butanol com uso de aerocâmara. As manobras eram repetidas 20 minutos, após sendo suspenso quando não ocorreu melhora da capacidade vital forçada (CVF) ou volume expiratório forçado da 1ª segundo (UEF1) superior a 3%.

**RESULTADOS:** Ocorre redução do VEF1 e CUF em todos os pacientes submetidos a By Pass Gástrico e ocorreu com uma variabilidade grande (30-60%) do melhor exame no pré-operatório. Nota-se uma recuperação progressiva destes valores nas 2 semanas seguintes. Observamos, em alguns pacientes uma melhora dos valores (VEF1 e CUF) comparativamente com os valores pré-operatórios.

#### CONCLUSÃO

Os pacientes submetidos ao By Pass gástrico apresentam redução importante no VEF1 e CUF. No período pós-operatório.

Os pacientes tabagistas e com asma brônquica apresentam uma lentarecuperação destes valores mas a médio prazo são superiores (em alguns pacientes) aos valores pré-operatórios.

## 80

### GRAVIDEZ APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA - RELATO DE DOIS CASOS

W. R. Freitas Jr, C. A. Malheiros, F. C. M. Rodrigues, V. Pereira, F. Rahal - Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina da Santa Casa - São Paulo, SP

A gestação que começa até o décimo oitavo mês pós operatório de cirurgia bariátrica tem risco aumentado tanto para a mãe quanto para o concepto e decorre principalmente de fatores nutricionais (Scopinaro, 1996), podendo relacionar-se também a deficiência de ferro (Gurewitsch, 1997) ou alteração eletrolítica (Weissman, 1995), o que levaria a maior número de abortos e de partos prematuros.

Relatamos dois casos de gravidez após cirurgia bariátrica.

Caso um: paciente de 34 anos com um parto normal anterior, operada com IMC de 46,6 kg/m<sup>2</sup>, que engravidou no segundo mês de pós-operatório. Durante seu acompanhamento, teve curva de perda ponderal normal até a 25ª semana, com desenvolvimento fetal normal. A partir daí, houve ligeiro ganho de peso até a 36ª semana, quando teve parto normal de criança com 2.750 gramas. Voltou a perder peso até 18 meses após a cirurgia, tendo estabilizado em 35% abaixo do peso inicial.

Caso dois: paciente de 36 anos e IMC de 46,0 kg/m<sup>2</sup> que engravidou no pós-operatório 45 dias. A curva de perda ponderal foi normal, acompanhada de gestação com pequeno desenvolvimento fetal, oligoâmnio e abortamento espontâneo aproximadamente na 18ª semana e peso fetal de 137 gramas (6º mês após a cirurgia bariátrica). Durante seu acompanhamento, não apresentou distúrbio hidroeletrólítico ou hematológico aos exames.

O fato de uma de nossas pacientes ter tido evolução satisfatória, não diminui a necessidade de alertar-se as mulheres em idade fértil com intenção de submeter-se a cirurgia bariátrica sobre o alto risco que pode representar a gestação, tanto para a mãe como o concepto, durante o período de perda ponderal.

## 81

### OPERAÇÃO DE CAPELLA EM ADOLESCENTES: REDUÇÃO DO IMC COM MANUTENÇÃO DO CRESCIMENTO.

Matielli JD, Oliveira MR, Berti LV, Elias AA, Szego T, Matsuda M, Gama-Rodrigues JJ, Garrido Jr AB - Hospital Beneficência Portuguesa (SP), Hospital das Clínicas - FMUSP - São Paulo, SP

**Introdução:** Há muita preocupação na indicação cirúrgica do tratamento da obesidade mórbida em adolescentes, com medo que haja um prejuízo no crescimento. Tendo em conta que a obesidade mórbida também é prejudicial pela associação de doenças e pela inatividade física, avaliamos a evolução nestes pacientes.

**Casuística:** Foram avaliados 15 adolescentes, sendo 8 meninos e 7 meninas com idade de 13 a 16 anos ( $m=15$ ); altura inicial: 1,59 a 1,83m ( $m=1,71$ ); peso máximo: 120 a 259kg ( $m=148,84$ ); IMC máximo: 42,46 a 59,88kg/m<sup>2</sup> ( $m=50,23$ ); peso pré-operatório 118 a 195,8kg ( $m=144$ ); IMC pré-operatório 42,76 a 59,76kg/m<sup>2</sup> ( $m=48,9$ ). Foram seguidos 5 pacientes por 6 meses, 1 por 1 ano, 3 por 2 anos, 2 por 2 anos e 1 paciente por 4 anos. O estágio puberal destes pacientes era variado.

**Resultados:** A perda de peso percentual média foi: -27%/6 meses ( $n=5$ ), -31%/1 ano ( $n=1$ ), -35%/2 anos ( $n=3$ ), -34%/3 anos ( $n=2$ ), -37%/4 anos ( $n=1$ ). (A redução média do IMC pré-op: 48,91kg/m<sup>2</sup>, 6m=36,37kg/m<sup>2</sup>, 1 a =35,77kg/m<sup>2</sup>, 2 a =28,45kg/m<sup>2</sup>, 3 a=30,27kg/m<sup>2</sup>, 4 a =30,61kg/m<sup>2</sup>. A média de crescimento em 6 meses: 1,7cm; 1 ano: 5cm; 2 anos: 1cm; 3anos: 2,5 cm; 4 anos:11cm. O crescimento foi maior quando a cirurgia foi realizado no início da puberdade. A co-morbidade, inclusive os aspectos comportamentais associados à obesidade, apresentou notável melhora com a redução ponderal.

**Conclusão:** Os adolescentes respondem muito bem ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, mesmo quando estão em fase de crescimento, o qual se mantém apesar da redução ponderal.

## 82

Seguimento de 100 pacientes diabéticos tipo I, submetidos a gastroplastia tipo Capella.

Garrido Jr, A. B.; Oliveira, M. R.; Berti, L. V.; Szegő, T.; Elias, A. A.; Gabriel, J.; Matielli, J. D.. Instituto Garrido de Cirurgia da Obesidade - São Paulo, SP

Diabetes mellitus tipo I, é uma patologia freqüentemente associada à obesidade, em nossa casuística, 14,9% dos 2411 pacientes submetidos gastroplastia à Capella, apresentavam diabetes tipo I. Foram avaliados 120 pacientes, 68 mulheres, 52 homens, idade média 41,1 anos, e IMC médio de 49,3 kg/m<sup>2</sup>. A perda de peso média após 18 meses, foi de 36,8 kg/m<sup>2</sup>. Desta casuística, 12% tiveram diagnóstico na avaliação pré-operatória, portanto não faziam uso de medicação; 16% usavam insulina associada a metformina e/ou sulfoniluréia; 34% usavam metformina e sulfoniluréia, e; 38% faziam uso apenas de metformina. Após 18 meses de seguimento, nenhum deles ainda fazia uso de insulina, e apenas 14% ainda necessitavam de medicação que diminuem a resistência periférica à insulina.

### AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE LEPTINA E RESISTÊNCIA À INSULINA APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Gelonese B; Pareja, JC; Tambascia M; Repetto E; Pilla VF; Chaim EA; Leonardi LS

Serviço de Cirurgia de Obesidade Hospital de Clínicas -UNICAMP

Nos indivíduos obesos os níveis de leptina estão elevados porque a produção e a liberação de leptina estão diretamente relacionados à adiposidade. A redução ponderal é acompanhada de redução dos níveis de leptina. A relação entre leptina e resistência à insulina na obesidade bem como suas mudanças após perda maciça de peso são ainda controversas. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre leptina e resistência à insulina em doentes com obesidade severa após perda maciça de peso.

Foi desenvolvido estudo clínico longitudinal em 36 doentes com obesidade mórbida que foram submetidos à tratamento cirúrgico (gastroplastia redutora vertical com anel inelástico associada à bypass gastrojejunal Y-de-Roux) durante um ano de seguimento.

Foram medidos os níveis de leptina sérica e estimada a resistência à insulina pelo teste de tolerância à insulina (KITT) no pré-operatório, 2, 4, 6 e 12 meses após a cirurgia.

O IMC diminuiu de  $56, 2 \pm 9, 4$  para  $35, 6 \pm 6, 7$  Kg/m<sup>2</sup>. A leptina diminuiu e o KITT elevou-se significante e linearmente durante o seguimento ( $p < 0,001$ ),  $78, 8 \pm 30, 0$  para  $17, 9 \pm 11, 5$  ng/ml e  $2, 5 \pm 1, 2$  para  $5, 1 \pm 1, 7$  %min, respectivamente. Houve uma correlação positiva e significante entre leptina e KITT durante o seguimento ( $R=0, 64, p < 0,001$ ). Correções posteriores levando-se em conta o IMC determinaram uma diminuição da importância desta associação. Finalmente observamos que a redução da leptina apresenta uma correlação mais intensa com o IMC do que com a resistência à insulina.

Concluimos que os níveis de leptina podem ser reduzidos após perda ponderal maciça nos doentes com obesidade mórbida submetidos à tratamento cirúrgico independentemente da redução de resistência à insulina.

## SESSÃO PLENÁRIA VII

### Complicações e falhas das intervenções bariátricas

Coordenador: Daoud Nasser

Secretário: Luiz Cláudio Chaves

### ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E DO SIGNIFICADO DE ÚLCERAS E EROSÕES APÓS GASTROPLASTIA COM ANEL DE SILICONE E BYPASS: ESTUDO EM 168 PACIENTES

- L. G. O. Silva, F. L. Barroso, A. M. Zucaro, D. C. Valente, A. M. Studart, J. A. O. Barros Neto - Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Ipanema - Rio de Janeiro, RJ

Erosões e úlceras são complicações frequentes do tratamento cirúrgico da Obesidade Mórbida, e por isto, devem ser sempre pesquisadas e tratadas. O objetivo deste estudo é analisar a incidência, e o real significado destas lesões no pós-operatório de pacientes submetidos à "gastroplastia vertical com anel de silicone e bypass".

Foram analisados 168 pacientes submetidos ao procedimento no período de março de 1997 à dezembro de 2000. A endoscopia digestiva alta foi realizada de rotina no pré e pós operatório (6 meses), e todos os pacientes usaram inibidores da bomba protônica por dois meses após a cirurgia, como profilaxia contra o aparecimento destas lesões. Em 19 pacientes operados (11, 3%) foram diagnosticadas 11 erosões (6, 5%) e 8 úlceras (4, 7% do total). As lesões ocorreram com maior frequência na região de boca anastomótica (6). Aqueles que apresentavam doença péptica e/ou *Helicobacter pylori* na mucosa gástrica foram tratados no pré-operatório. O aparecimento das lesões ocorreu entre o segundo e o vigésimo primeiro mês após a cirurgia. A maioria dos pacientes portadores de úlcera, apresentavam sintomas exuberantes (7/8), enquanto, os portadores de erosões eram assintomáticos (6/11), ou apresentavam apenas sintomas leves (5/11). Por este estudo não foi possível correlacionar a presença do *Helicobacter pylori*, e o uso de fios inabsorvíveis, com a ocorrência das úlceras ou erosões.

O tratamento instituído foi clínico com inibidores da bomba protônica ou bloqueadores H2 e o resultado foi satisfatório para os dois tipos de lesão. O tratamento operatório ou endoscópico não foi indicado em nenhum caso. Também não foram observadas complicações como perfuração, sangramento ou obstrução. Concluimos que as erosões e úlceras são lesões frequentes após esta operação, sendo as erosões lesões pouco sintomáticas e de fácil controle. Como a grande maioria dos pacientes assintomáticos portadores de lesão apresentavam erosões (6/7), acreditamos não ser obrigatória a endoscopia digestiva alta de rotina no pós-operatório. O estudo dos fatores envolvidos na gênese destas lesões deve ter continuidade à fim de conseguirmos dados mais conclusivos.

Cirurgia da Obesidade: Análise das complicações pós-operatórias

Álvaro A. B. Ferraz, Pedro C. L. Arruda, Antônio C. Albuquerque, Edmundo M. Ferraz

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas da UFPE- Recife, PE

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia da obesidade mórbida tem se consolidado como o tratamento mais efetivo e duradouro de pacientes com IMC acima de 40. No entanto, o procedimento cirúrgico em um paciente de alto risco de desenvolver complicações pós-operatórias faz com que este tipo de cirurgia seja recomendado à centros de alta complexidade e realizado por equipes multidisciplinares e bem treinadas. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é de avaliar as principais complicações do pós-operatório da cirurgia de obesidade em 228 pacientes. **CASUÍSTICA:** Durante o período de 11/97 a 2/01 foram realizadas no Serviço de Cirurgia Geral do HC da UFPE, 221 cirurgias, para o tratamento da obesidade mórbida. **RESULTADOS:** As comorbidades mais frequentemente encontradas foram hipertensão arterial sistêmica (68%), refluxo gastroesofágico (36%), dislipidemias (21%) e diabetes (19%). O acompanhamento ambulatorial demonstrou uma perda ponderal média de 41% em 12 meses. As principais complicações foram seroma (33%), infecção da ferida cirúrgica (8, 1%), atelectasia (8, 5%), infecção urinária (5, 4%), hérnia incisional (4, 5%). Complicações graves ocorreram em 7, 8% dos casos e a mortalidade foi de 4 pacientes (1, 8%). **CONCLUSÃO:** Apesar da alta complexidade do procedimentos as complicações pós-operatórias e a mortalidade apresentada permitem que este procedimento seja introduzido na rotina de uma Serviço de Cirurgia Geral.

Gastrotomia e Drenagem da cavidade (GSDR) nas GVYRA

Berti LV, Oliveira MR, Gabriel J, Elias AA, Matsuda M, Szego T, Matielli JD, Garrido AB

Instituto Garrido de Cirurgia e Obesidade - São Paulo

Este estudo tem por finalidade demonstrar a eficiência das GSDR, comparando duas séries de pacientes submetidos à GVYRA. Na série A não realizamos GSDR, foram estudados 1375 pacientes operados de 31/07/200 à 01/02/2001, IMC variando de 39 à 126 kg/m<sup>2</sup>, m: 77 kg / m<sup>2</sup>. Esta série apresentou: 26 fistulas do neo estômago 1, 8%, 19 obstruções gastrointestinais 1, 3%, 12 outras fistulas 0, 8%, 32 problemas pulmonares 2, 3%, 49 reoperações imediatas 3, 5%, 8 óbitos por fistula do neo estômago 0, 5%, 3 óbitos por outras fistulas 0, 2%, 5 óbitos por problemas pulmonares 0, 3%, total 16 óbitos 1, 1%.

Na série B realizamos GSDR sistematicamente em 721 pacientes de 01/08/2000 à 01/08/2001, IMC variando de 35 à 112 Kg / m<sup>2</sup>, m : 73, 5 Kg / m<sup>2</sup>. Esta série apresentou 12 fistulas do neo estômago 1, 6%, 4 obstruções gastrointestinais 0, 5%, 5 outras fistulas 0, 6%, 3 problemas pulmonares 0, 4%, 7 reoperações imediatas 0, 9%, 2 óbitos por problemas pulmonares 0, 2%, total 2 óbitos 0, 2%. Comparando as duas series, concluímos que a porcentagem de fistulas diminuiu 15%. Em contrapartida, as reoperações imediatas diminuíram 74%, e o índice de óbitos 81%, mostrando ser o método eficaz na prevenção e tratamento das complicações graves pós GYYRA.

87

#### COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O ANEL DE SILICONE NA OPERAÇÃO DE CAPELLA-FOBI.

Elias AA, Matielli JD, Oliveira MR, Berté LV, Gabriel J, Szego T, Matsuda M, Maluf F, Garrido T, Garrido Jr AB.  
Instituto Garrido de Cirurgia da Obesidade- São Paulo, SP.

O anel associado ao "by pass" gástrico é considerado um recurso adicional á eficácia dessas operações, mas em alguns casos pode causar complicações. Em 2411 operações da Capella-Fobi realizadas, observamos 28 complicações relacionadas com o anel de silicone: em 4 casos, houve erosão para dentro da luz gástrica (série "e") e em 24, deslocamento do anel, causando suboclusão ao nível da anastomose gastrojejunal (série "o"). Na série "e", houve manifestações clínicas (dor ou vômitos) em 3 dos 4 casos, com início respectivamente 2, 11 e 15 meses após a operação. Nessa ocasião a redução percentual do IMC era, em média 30, 4%. O tratamento foi a retirada endoscópica do anel nos 3 pacientes sintomáticos, respectivamente 4, 15 e 21 meses após a operação. Houve desaparecimento dos sintomas. 2 dos pacientes perderam mais peso e 1 recuperou 3 Kg. Um paciente assintomático com 55 meses de PO mantém-se em observação. Na série "o", todos apresentaram manifestações clínicas (vômitos), com início entre o 2º e 33º mês PO. Foram tratados cirurgicamente quando sua redução percentual do IMC era, em média 40%. Á laparotomia, o anel foi removido em 19 casos e trocado em 2 casos; a alça interposta foi reposicionada em 5 casos e a anastomose gastro-jejunal refeita em 1 caso. Houve complicações em 3 casos: reobstrução pelo novo anel, que levou a nova operação com retirada e boa evolução, em 1; abscesso subcutâneo em 1 e deiscência da alça interposta reposicionada em 1 paciente, que foi reoperado com ressecção da alça, reanastomose e evolução favorável. No seguimento médio de 7 meses após á reoperação, houve uma recuperação percentual média do peso de 5, 4%. Em conclusão: complicações do anel da operação de Capella-Fobi podem ocorrer em uma pequena proporção de pacientes (±1%); seu tratamento é eficiente, seja endoscópico ou cirúrgico, mas pode apresentar complicações também.

88

#### COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS NA GASTROPLASTIA À CAPELLA

M. E. V. M. Costa, M. G. Girundi, M. W. Farah, M. Juntolli, H. P. V. Marques - Hospital Mater Dei, Hospital São Francisco - Belo Horizonte - Minas Gerais

Ojetivos: Avaliar complicações clínicas e cirúrgicas de pacientes em pós operatório de gastroplastia vertical com derivação em Y de Roux. Pacientes e Métodos: Foram avaliados 520 pacientes, quanto a complicações clínicas e cirúrgicas, operados no período de setembro de 1995 à outubro de 2001, submetidos à gastroplastia vertical com derivação em Y de Roux. A amostra compreende 346 (66, 5%) mulheres e 174 (33, 5%) homens. A idade média dos pacientes foi de 39, 2 anos, o peso médio de 136 kg e o IMC médio foi de 48, 3 kg/m<sup>2</sup>, o tempo médio de internação foi de 4 dias. Resultados: dentre as complicações cirúrgicas pode-se observar: 8 seromas incisionais, 6 abscessos de parede, 6 aviscerações, 3 fistulas anastomóticas, 3 hérnias incisionais, 1 migração do anel de contenção e 1 úlcera de boca anastomótica. Ocorreram 28 casos de complicações cirúrgicas, em 18 pacientes, perfazendo 5% das complicações. Dentre as complicações clínicas observadas citam-se: 8 atelectasias, 3 derrames pleurais, 7 pneumoniais, 1 SARA, 3 obstruções intestinais, 1 IRA, 3 embolias pulmonares, 4 trombozes venosas profundas, 1 trombose venosa profunda que evoluiu com síndrome de compartimento do membro inferior esquerdo, 1 caso de mioglobínúria e um caso de distensão gástrica aguda. Observou-se 33 casos de complicações clínicas em 23 pacientes, perfazendo 6% das complicações. Dentre toda a casuística de 61 complicações em 41 pacientes (8% complicações), apenas 4 pacientes foram à óbito. Dois casos por TEP maciço, apesar de medidas preventivas, 2 casos por pneumonia grave, uma delas após uma fistula anastomótica. A taxa de mortalidade foi de 0, 76%. É importante salientar que mais de uma complicação esteve presente em um mesmo paciente. Conclusão: A taxa de complicações clínicas e cirúrgicas foi de 8%, salientando-se que a maioria delas trata-se de complicações menores. A taxa de mortalidade foi de 0, 76%. Estes dados mostram que o procedimento bariátrico à Capella é um método seguro de tratamento da obesidade mórbida, estando bem padronizado em nosso grupo.

## SESSÃO DE VÍDEOS V

### Coordenador de Vídeos V: Nivaldo H. Schaffer

89

#### CONTRIBUIÇÃO PESSOAL À TÉCNICA DA BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL SUECA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

M. L. Vilas-Boas - Hospital Santo Amaro, Fundação José Silveira - Salvador, BA

O autor apresenta um vídeo utilizando a Banda Gástrica Ajustável Sueca (BGAS) - Obtech Medical AG, empregando-se a técnica descrita por Forsell com pequenas modificações técnicas.

A técnica apresentada consiste em: Indução de pneumoperitônio com agulha de Verres. Colocação de 04 trocartes (dois de 5 mm, um de 11 mm e um de 15 mm), dispostos de forma semelhante à utilizada para a cirurgia anti-refluxo porém mais alto e sem a punção mais latero-esquerda. Adaptação de um afastador-retrator de fígado com a haste em "gancho" sob o apêndice xifóide. Dissecção do ângulo de Hiss, com abertura do ligamento gastro-frênico, expondo a porção postero-superior do fundo gástrico e o ramo esquerdo do pilar diafragmático. Abertura da "pars flácida" do pequeno omento e dissecção da porção inferior do ramo direito do pilar direito, abrindo-se um estreito túnel posterior ao estômago cerca de 2, 0 cm abaixo do cárdia e acima da artéria gástrica esquerda para passagem do dissector articulado - "gold finger". Introdução da BGAS na cavidade abdominal pelo trocarte de 15 mm e passagem da mesma pelo túnel retrogástrico. Calibração do reservatório gástrico com o auxílio de um tubo oro-gástrico com um balão na sua extremidade distal que depois de inflado com 15 a 20 ml delimita o neo-estômago acima da banda. Fechamento da BGAS e colocação de pontos de segurança. Sutura entre a face anterior e o fundo do estômago, que é feita de forma contínua, não ancorada, tunelizando a banda e evitando o seu deslizamento (modificação pessoal). Exteriorização do tubo de silicone e fixação do portal de injeção sob a pele ao nível da porção inferior do esterno.

90

#### SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA PARA COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL. ALTERNATIVAS PARA EVITAR COMPLICAÇÕES.

Ramos, A; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B.

GASTROMED - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo, SP

O vídeo mostra os pontos técnicos importantes para cirurgia bariátrica com Banda gástrica ajustável (BGA). Enfatizando os aspectos mais importantes para diminuir a incidência de complicações. Foram utilizados 5 trocâteres de modo semelhante a abordagem para esofagite de refluxo, porém a inserção deve ser em posição mais cranial. Iniciava-se a abordagem pela secção da membrana frenoesofageana no lado esquerdo e com o Goldfinger ampliava-se a dissecção para o lado direito por via retrogástrica. Passava-se a dissecção para o lado direito do pilar junto a intersecção dos braços direito e esquerdo do pilar diafragmático de modo a formar um túnel retrogástrico. Com o auxílio do Goldfinger a BGA era colocada neste espaço e fechada de modo a delimitar uma

bolsa gástrica de 20ml. Para impedir o deslizamento realizava-se uma sutura entre o fundo gástrico e a bolsa gástrica de modo a fixar a BGA. O "port" para ajuste era colocado em posição supraesternal ou no hipocôndrio esquerdo.

## 91

### OPERAÇÃO DE FOBI-CAPELLA POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA

Almino C. Ramos; Manoel Galvão Neto; Manoela de Santana Galvão; Bruno Zilberstein.

Gastromed - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo - SP

**INTRODUÇÃO:** A operação de Fobi-Capella é das operações mais realizadas para tratamento da obesidade mórbida. Tradicionalmente é realizada por via laparotômica (convencional), recentemente foi introduzida a via de acesso por vídeo-laparoscópica que teria vantagens sobre a via convencional em termos de diminuir complicações gerais, de um rápido retorno as atividades e de resultado estético superior, porém ainda é necessário firmar os passos técnicos da via vídeo-laparoscópica. **OBJETIVO:** Demonstrar em vídeo os passos técnicos da operação de Fobi-Capella **MÉTODO:** Apresentação de vídeo demonstrativo das diversas etapas na realização da operação a saber: Acesso através de 5 portais. Preparo de alça jejunal a ser utilizada no by-pass com secção da mesma a 50cm do ângulo de Treitz e confecção de entero-entero anastomose em Y de Roux a cerca de 100cm da secção; secção do estômago com endogrampeadores, iniciando a cerca de 12cm na pequena curvatura do estômago, sendo o 1º grampeamento horizontal de 4cm e os seguintes verticais até delimitar uma pequena bolsa com cerca de 20ml de volume, excluindo o restante do estômago do trânsito; anastomose gastro-jejunal manual e mecânica com colocação de anel de silicone de modo a limitar o esvaziamento da mesma a um orifício com cerca de 1,5cm. **DISCUSSÃO:** A via de acesso vídeo-laparoscópica vem ganhando terreno no caminho de substituir a via laparotômica na realização da operação de Fobi-Capella, porém deve ser demonstrado que os preceitos técnicos da via convencional podem ser respeitados na via vídeo-laparoscópica. **CONCLUSÃO:** A realização da operação de Fobi-Capella por vídeo-laparoscopia é factível e respeita os preceitos da via convencional com mínimas adaptações.

## 92

### EROSÃO E MIGRAÇÃO INTRA-GÁSTRICA DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL. RETIRADA E RECOLOCAÇÃO POR LAPAROSCOPIA

Almino C. Ramos; Manoela de S. Galvão; Manoel Galvão Neto; Bruno Zilberstein

Gastromed - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo - SP

A migração da Banda Gástrica Ajustável (BGA) para o interior do estômago é uma complicação séria que ocorre em cerca de 1 a 3% das cirurgias realizadas, e invariavelmente resulta na retirada da banda e ganho de peso. A migração ocorre geralmente por erro de técnica com posicionamento incorreto ou lesão da parede gástrica; ou ainda por manejo inadequado com ajuste com uma pressão acima da recomendada.

Neste trabalho será apresentado um caso de paciente com BGA há um ano, que subitamente começou a apresentar dor epigástrica e retroesternal. Como a dor retornava com frequência foi realizada endoscopia digestiva alta que demonstrou migração parcial de cerca de um terço da banda para a luz gástrica. Foi tentado tratamento conservador na expectativa de que houvesse a migração total da BGA para o estômago (como ocorre em alguns casos). Na semana seguinte a banda já estava com metade de sua circunferência no estômago, porém o paciente começou a piorar dos sintomas, com dor intensa e contínua, vômito e intolerância para alimentação. Devido a esta piora foi optado por tratamento cirúrgico laparoscópico para retirada da BGA.

A dificuldade cirúrgica foi relacionada ao grande número de aderências firmes e intensa fibrose entre fígado, estômago e BGA. Utilizando-se como referência o cateter da banda, a dissecação chegou ao mecanismo de fechamento da banda que foi cortado e a BGA retirada.

O paciente recebeu alta no 03º P. O. terceiro dia de pós-operatório, apresentando evolução sem intercorrências. 03 meses após essa operação paciente foi operado novamente para colocação de nova BGA

A erosão e migração é uma complicação grave da BGA, que deve ser evitada quer por adequada sistematização cirúrgica para colocação, quer pelo correto manejo no pós-operatório. Neste caso após a retirada da banda, o paciente engordou 15Kg e em virtude do bom (em termos de redução de peso) da primeira operação na qual o paciente havia perdido 43Kg, optou-se por colocação de nova BGA. Apesar das dificuldades para dissecação do túnel retrogástrico, o procedimento pode ser realizado sem intercorrências com boa evolução pós-operatória.

## SESSÃO DE VÍDEOS VI

### Coordenador de Vídeos VI: Victor F. Pilla

## 93

### TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DA OBSTRUÇÃO PELO ANEL DE SILICONE UTILIZADO NA CIRURGIA DE CAPELLA CONVENCIONAL

L. E. Silva, A. R. Sazaki, H. Gondim, M. Santana - Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo - ICAD - Goiânia, GO

**Introdução** - descrição da técnica de troca de anel de silicone via laparoscopia em doentes com quadro obstrutivo alto pelo deslocamento do anel

**Casística e Método** - análise de 6 doentes operados via convencional aberta pela técnica de Capella no tratamento da obesidade grau III. Todos os doentes foram submetidos a exames radiológicos contrastado que confirmou o diagnóstico de obstrução alta.

**Resultados** - Em nenhum doente houve a necessidade de conversão para a via convencional aberta. Não houve mortalidade assim como morbidade pós-operatória. O tempo de internação foi de 2±1 dias.

**Conclusão** - a troca do anel de silicone, quando necessário, após a cirurgia de Capella via convencional é um procedimento seguro e factível.

## 94

### RETIRADA DE BANDA GÁSTRICA (LAP BAND) POR VÍDEO LAPAROSCOPIA

JOSÉ ANTÔNIO VERBICÁRIO CARIM ALEXANDRE ROCHA, ALEXANDRE NAEGELE, SERAFIM PERALVA, JORGE BALBI DAY HOSPITAL NOSSA SENHORA DO LÍBANO - NOVA FRIBURGO- RJ

O objetivo deste trabalho é mostrar a retirada da banda gástrica (Lap Band) em um paciente operado de obesidade mórbida com IMC 58, e que foi observado ao iniciarmos a cirurgia sinais de cirrose micronodular. Foi aventada a hipótese de suspender a intervenção cirúrgica, entretanto continuamos com facilidade e colocamos de maneira intra-meso a banda gástrica (Lap-Band).

O paciente apresentou vômitos nas primeiras 12 horas. Após a sondagem gástrica não apresentou melhoras. Decidimos no terceiro dia de pós operatório retirar a banda e se possível recolocar uma de outra qualidade, mais comprida. Conseguimos abrir o "lock" da banda por vídeo e a retiramos do paciente.

Por decisão de momento, não achamos conveniente recolocar outra banda. O paciente era cirrótico e apresentava sangramento maior que o normal. Concluímos ser possível a abertura do "lock" da banda (Lap-Band) por vídeo laparoscopia e concluímos também que em pacientes cirróticos devemos ponderar muito a indicação cirúrgica.

95

Estudo dos pacientes com mais de 3 anos de pós-operatório de gastroplastia a Capella, quanto ao sexo, através do sistema BAROS.  
Leonardo Corrêa de Oliveira Rodrigues\*; Fernando Luiz Barroso; Glower Braga; Felipe Francescutti Murad, Marcello Paiva Rodrigues

Aplicamos o BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), sistema reconhecido internacionalmente, nos pacientes operados de gastroplastia com anel e bypass, no Hospital Geral de Ipanema e em hospitais particulares, com o objetivo de avaliar o próprio sistema e os resultados obtidos até quatro anos de pós-operatório, quanto ao sexo (homens e mulheres).

Analizamos, através de entrevista direta, 88 pacientes com um ano de operado, sendo 69 mulheres e 19 homens (3, 6:1); 19 pacientes com 2 anos de operado, sendo 17 mulheres e 2 homens (8, 5:1) e 16 pacientes com mais de 3 anos de operado, sendo 14 mulheres e 2 homens (7:1). As idades variaram entre 19 e 64 anos (= 37, 3 anos) e IMC entre 36, 7 e 92, 07 Kg/m<sup>2</sup> (= 55, 92Kg/ m<sup>2</sup>).

A redução percentual de excesso de peso perdido foi em média de 65, 41% no primeiro ano, 73, 83% até o segundo ano, 77, 37% até o terceiro ano e 80, 15% até o quarto ano. Os resultados "muito bom" e "excelente" foram no primeiro ano de 91, 3% de mulheres (63/65), e 94, 7% dos homens(18/19); no segundo ano de 94, 1% (16/17) das mulheres e 100% (2/2) dos homens; no terceiro ano, 88, 8% (8/9) das mulheres e 100% (2/2) dos homens; no quarto ano 100% (5/5) das mulheres.

Concluímos que a operação proporcionou ao longo dos 4 anos estudados, uma melhoria da qualidade de vida e das principais comorbidades, além da redução do percentual de excesso de peso, com 100% de resultados "bom", "muito bom" e "excelente" a partir de 2 anos de operados, sem diferença significativa entre homens e mulheres, na amostra estudada. O sistema BAROS apresenta alguns critérios a discutir, porém é o método mais útil que dispomos na atualidade.

96

Estudo dos pacientes com mais de 3 anos submetidos à gastroplastia a Capella, quanto ao índice de massa corporal, através do sistema BAROS.  
Leonardo Corrêa de Oliveira Rodrigues\*; Fernando Luiz Barroso;  
Glower Braga; Felipe Francescutti Murad, Marcello Paiva Rodrigues

Aplicamos o BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System), sistema reconhecido internacionalmente, nos pacientes operados de gastroplastia com anel e bypass, no Hospital Geral de Ipanema e em hospitais particulares, com o objetivo de avaliar o próprio sistema e os resultados obtidos até quatro anos de pós-operatório, quanto ao índice de massa corporal (IMC).

Analizamos, através de entrevista direta, 88 pacientes com um ano de operado, 19 pacientes com 2 anos de operado e 16 pacientes com mais de 3 anos de operado. As idades variaram entre 19 e 64 anos (= 37, 3 anos), IMC entre 36, 7 e 92, 07 Kg/m<sup>2</sup> (= 55, 92 Kg/m<sup>2</sup>). A distribuição dos pacientes quanto ao IMC e os resultados ao longo dos 4 anos foram demonstrados na tabela a seguir:

IMC e resultados	1 ANO			2 ANOS			>3 ANOS		
	<50	>50	TOTAL	<50	>50	TOTAL	<50	>50	TOTAL
Insuficiente	1 (3%)		1			0			
Aceitável	1 (3%)		1			0			
Bom	3 (9%)	3 (5,7%)	6	1 (20%)		1	1 (33,3%)		
Muito Bom	9 (18%)	21 (40,3%)	30		6 (42,8%)	6		3 (37,5%)	2 (40%)
Excelente	22 (66,6%)	28 (53,8%)	50	4 (80%)	8 (57,1%)	12	2 (66,6%)	5 (62,5%)	3 (60%)
TOTAL	36	52	88	5	14	19	3	8	5

A redução percentual de excesso de peso perdido foi em média de 65, 41% no primeiro ano, 73, 83% até o segundo ano, 77, 37% até o terceiro ano e 80, 15% até o quarto ano. Os resultados "muito bom" e "excelente" foram no primeiro ano de 91, 3% de mulheres (63/65), e 94, 7% dos homens(18/19); no segundo ano de 94, 1% (16/17) das mulheres e 100% (2/2) dos homens; no terceiro ano e 88, 8% (8/9) das mulheres e 100% (2/2) dos homens.

Concluímos que a operação proporcionou aos pacientes com mais de 3 anos estudados, uma melhoria da qualidade de vida e das principais comorbidades, além da redução do percentual de excesso de peso, com 100% de resultados "bom", "muito bom" e "excelente" a partir de 2 anos de operados, sem diferença significativa entre os obesos mórbidos e super obesos e os super-super obesos, na amostra estudada. O sistema BAROS apresenta alguns critérios a discutir, porém é o método mais útil que dispomos na atualidade.

97

PEQUENAS INTERCORRÊNCIAS TARDIAS DA GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO

S. Z. Gil, J. Faintuch, M. M. Silva, P. L. R. C. Machado, M. A. Rudner, A. B. Garrido Jr, J. J. Gama-Rodrigues - Grupo de Cirurgia da Obesidade, Hospital das Clínicas - São Paulo, SP

Introdução: A morbidade e mortalidade das operações anti-obesidade está em declínio na maior parte do mundo e também em nosso país, como decorrência de avanços técnicos e profissionais. Não obstante, pequenas queixas e intercorrências que algumas vezes passam despercebidas interferem no conforto dos pacientes e merecem ser levantadas. No presente estudo, 200 pacientes observados no seguimento tardio foram pesquisados sob este prisma.

Métodos: Quatro categorias de anormalidades foram objeto de estudo: problemas de parede abdominal (hérnia, eventração), gastrointestinais (vômitos, diarreia, flatulência, dumping), metabólico-nutricionais (anemia, queda de cabelo, câimbras, hipopotassemia, fraqueza), e miscelânea. Excluíram-se todos os quadros já existentes antes da operação, os da esfera bariátrica (emagrecimento excessivo ou insuficiente), os psico-sociais (ansiedade, depressão, dependência de drogas), e as complicações sérias requerendo pronta investigação e terapêutica. Por definição portanto os casos incluídos eram compatíveis com evolução geral e qualidade de vida satisfatória.

Resultados: Foram poucas as hérnias e eventrações (respectivamente 5, 5% e 3, 0%) assim como a maioria das aberrações gastrointestinais (dumping 5, 5%, diarreia 3, 0%, flatulência 3, 0%), ressaltados os vômitos, que afetaram 33, 5% da população em algum momento. Perda de cabelo de alguma intensidade foi bastante prevalente também (28, 0%), porém o mesmo não sucedeu com anemia (8, 0%), câimbras e hipopotassemia (5, 5% de cada), ou fraqueza (3, 0%). Completaram a investigação perda de memória (3, 0%) e tonturas (3, 0% também).

Conclusões: 1) Queda e cabelo é um evento pouco comentado e aqui ocorreu com grande regularidade, embora pequena intensidade; 2) Vômitos ocasionais também afetaram parcela elevada da população; 3) As hérnias foram comparativamente infrequentes, analogamente às demais anormalidades rastreadas.

Agradecimento: O apoio valioso da FAPESP Processos 00/01609-9 e 00/01610-7 é reconhecido.

## IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Uellendahl, M.; Barreto, O.; Menelau, G.; Lapenda, G.; Tosta, P.; Mamede, L.; Castro, I.; Souza, S.; Branco, C.; Branco, J. J. Branco & Associados / Centro Hospitalar Albert Sabin. Recife-PE.

A Obesidade é indiscutivelmente, um importante fator de risco cardio-vascular sob o qual abrigam-se vários outros, tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus Dislipidemia e Sedentarismo. O tratamento cirúrgico da obesidade mórbida vem permitindo a estabilização e controle desses fatores, retirando o paciente da faixa de morbidade.

Os autores apresentam as comorbidades presentes numa população de 300 pacientes portadores de obesidade mórbida avaliados no período de junho de 1998 a março de 2001, numa faixa etária que variou de 16 a 63 anos, candidatos à Cirurgia Bariátrica. Essa população submetida à gastroplastia (Mason e/ou Capella) foi seguida num período de 6 meses a 2 anos e 09 meses e observou-se o impacto da redução do peso nos fatores de risco presentes nesse grupo.

O seguimento pós-operatório da população estudada evidenciou a importância da Cirurgia Bariátrica no controle das comorbidades e redução do risco cardiovascular desses pacientes.

## 99

## COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Lapenda, G.; Uellendahl, M.; Barreto, O.; Menelau, G.; Tosta, P.; Mamede, L.; Castro, I.; Souza, S.; Branco, C.; Branco, J. J. Branco & Associados / Centro Hospitalar Albert Sabin. Recife-PE

A Cirurgia Bariátrica por abordar um paciente clinicamente complexo implica em uma relativa maior incidência de complicações relacionadas ao procedimento. Os autores apresentam as principais complicações clínicas e relacionadas à técnica cirúrgica, mediatas, imediatas e tardias, numa série de 300 casos de Gastroplastia à Capella e/ou Mason no período de junho de 1998 à março de 2001 operados por uma mesma equipe.

Durante o período de acompanhamento observou-se um baixo índice de morbimortalidade o que foi atribuído à rotina adequada de avaliação pré-operatória e acompanhamento pós-operatório pela equipe multidisciplinar e mesma equipe cirúrgica.

## 100

## OBESIDADE E TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR: INTERVENÇÕES E DESAFIOS

Juliana Scarcello, Daniele Pompei Sacardo – Universidade do Grande ABC e Faculdade de Saúde Pública - USP

**Introdução:** Na sociedade contemporânea, percebe-se o fenômeno da crescente importância que beleza vem ganhando na constituição da subjetividade das pessoas, caracterizando-se como um dos fatores que provém segurança e êxito social. Uma breve revisão bibliográfica demonstra que o padrão de beleza mudou ao longo do tempo e não é o mesmo em todas as sociedades. A obesidade hoje é considerada um problema importante de Saúde Pública (Brownell & Wadden 1992), porque acarreta risco substancial para doenças graves, como a hipertensão, diabete, doença cardiovascular e alguns tipos de câncer (Pi-Sunyer 1991). Na literatura, defende-se que a demarcação dos conceitos do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCC) pode contribuir tanto para o desenvolvimento da área de transtornos alimentares, como também para uma melhor compreensão e classificação da obesidade (Appolinário, Coutinho 1995). Diante desta realidade, parece necessário conhecer algumas práticas médicas que têm sido desenvolvidas nas instituições de saúde. **Objetivos:** investigar as representações sobre o conceito e investigar as práticas relacionadas à obesidade e ao TCC em instituições de saúde. **Método:** Foram realizadas entrevistas em profundidade com 5 médicos que atuam na Saúde Pública da região metropolitana da grande São Paulo. A partir da análise dos discursos, realizada pela abordagem da Análise de Conteúdo (Bardim, 1994). **Resultados:** 1- Representação da obesidade – Há inúmeras definições sobre obesidade; fatores genético e fatores ambientais atuam de maneira dinâmica; não se trata de um distúrbio de caráter ou personalidade. 2) Representação do Transtorno do Comer Compulsivo: as causas caracterizam-se pela somatização de distúrbios emocionais, afetivos e bioquímicos; há alteração da imagem corporal; comer por necessidade emocional. 3) Principais queixas relacionadas à Obesidade e ao TCC: angústia/culpa; sentimento de inferioridade; falta de auto-controle; perseguição por parte dos profissionais; discriminação social, profissional e afetiva; doenças associadas/ comorbidades. 4) Tratamento: a) Obesidade: trabalho com equipe multidisciplinar: nutricionista, clínico/endócrino, psicólogo/psiquiatra. Ações educativas: respeitar o doente; dialogar e ensinar; resgatar auto-estima; correção alimentar; estimular prática de atividade física. As ações médicas dependem da causa da enfermidade, considerando o uso de medicamentos e a cirurgia. b) TCC: médico/farmacológico; psicológico (terapia comportamental); atividade física. 5) Prevenção: trabalho coletivo no âmbito da Saúde Pública (educativo); criação de programas em equipes multiprofissionais;

**Conclusões:** Os profissionais referiram-se tanto a obesidade quanto ao TCC como apresentando causa multifatorial, destacando os aspectos genéticos e bioquímicos. Em relação ao TCC, também foi enfatizada a causa pela somatização de distúrbios emocionais e afetivos. As principais queixas dos pacientes com estes problemas estão voltadas principalmente para os aspectos emocionais e em alguns casos para queixas de ordem fisiopatológicas. É de consenso que o tratamento deve ser multidisciplinar, já que tanto a obesidade quanto o TCC envolvem problemas físicos (biológicos) e emocionais (afetivos), necessitando de uma abordagem ampla e integrada do indivíduo. Diante deste quadro, a grande maioria dos profissionais entrevistados ressaltam que a prevenção deve ocorrer através de um trabalho coletivo de saúde pública, voltado para a educação comunitária e prática de programas no sentido da Promoção da Saúde e da qualidade de vida. Ainda sobre a prevenção, foi citado o fato de que a mesma deve iniciar-se na vida intra-uterina.

## 101

## AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA.

Daniela R. Antonini, Cíntia R. V. Parreira, Nelson Simões, Admar Concon Filho. Instituição : Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos, S. P.

**Introdução :** A reeducação nutricional tem como objetivo proporcionar a perda do peso no período pré-operatório, para que doenças associadas à obesidade sejam mais facilmente controladas, diminuindo os riscos da cirurgia. A ingestão de uma dieta pobre em calorias, mas nutricionalmente balanceada, é importante para prevenir as deficiências nutricionais e promover uma perda de peso bem sucedida após a cirurgia.

**Casuística :** Dentre os 40 pacientes já operados em nosso grupo, observou-se que 50% dos pacientes ingeriam 4000 kcal diariamente na fase pré-operatória, 40% dos pacientes ingeriam de 2500 à 3000 kcal diariamente e 10% ingeriam 2000 kcal diariamente.

**Método :** Com todos os pacientes é feita uma anamnese alimentar onde é calculado a ingestão calórica dos pacientes e avaliado seus hábitos e preferências alimentares. Após esta avaliação é feita uma orientação dietética de uma dieta hipocalórica de 1200 à 1500 kcal, onde se leva em conta o peso, altura, idade e gasto energético diário de cada paciente. Tentando assim eliminar aos poucos os excessos alimentares que após a cirurgia não serão permitidos.

**Resultados :** Após a cirurgia inicia-se com uma dieta líquida com 500 kcal até atingir 800 kcal nos primeiros 30 dias. Após 1 mês de cirurgia, na segunda fase, a consistência líquida será substituída por uma dieta pastosa. A dieta de 800 kcal já é aumentada para 1000 kcal nesta fase. De acordo com a aceitação do paciente, a consistência da dieta vai evoluindo gradativamente, chegando na terceira fase da dieta, que é de consistência branda normal, hipocalórica fracionada com pequenos volumes, que pode chegar a 1200 kcal. E assim vai evoluindo até atingir uma dieta de consistência normal.

**Conclusões :** O acompanhamento nutricional é de extrema importância para avaliar e adequar a alimentação do paciente na adaptação de seu novo sistema digestório.

### AValiação Psicológica dos Pacientes Submetidos à Cirurgia Bariátrica.

Cíntia R. V. Parreira, Daniela R. Antonini, Nelson Simões, Admar Concon Filho.  
Instituição : Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos, S. P.

**Introdução :** A avaliação psicológica tem como objetivo obter mais rapidamente o conhecimento do indivíduo e seu funcionamento psíquico. Além de uma reunião mensal onde se descreve a intervenção cirúrgica, psicológica e nutricional para os pacientes e seus familiares, é feito um grupo operativo de apoio com os pacientes já operados juntamente com os que estão se preparando para a cirurgia.

**Casuística :** Apareceram as seguintes dificuldades pessoais (qualidade de vida) na avaliação psicológica dos 40 pacientes tratados neste serviço : ansiedade (85%), sentimento de inferioridade (76%), baixa auto-estima (76%), sofrimento físico (60%), insegurança (55%), mudança de humor (45%), solidão e isolamento (45%), dificuldades de relacionamento com a família ou cônjuge (38%), estados depressivos (35%), dificuldade na sexualidade (28%), perda de autonomia (25%), adinamia (18%) e idéias suicidas (8%).

**Métodos :** É realizada inicialmente uma entrevista onde é feito uma anamnese e nas sessões seguintes são aplicados testes psicológicos e quando necessário entrevistas com a família. Depois de concluída a avaliação, ocorre uma sessão de devolutiva de toda a avaliação ao paciente e cada caso é discutido individualmente com a equipe.

**Resultados :** O período imediato após a cirurgia é o mais difícil, pois os pacientes estão enfrentando a fase das restrições alimentares e físicas, além de perder a autonomia, mesmo que por pouco tempo. No nosso serviço, 90% dos pacientes retornam para o acompanhamento psicológico no pós-operatório, assim como para o grupo operativo de apoio e para a psicoterapia quando ele já tem a indicação na avaliação pré-cirúrgica.

**Conclusões :** Os pacientes que mantêm um acompanhamento psicológico no pós-cirúrgico conseguem lidar melhor com as possíveis dificuldades emocionais que podem aparecer após a cirurgia, ocorridas em termos físicos, emocionais e sociais.

### COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA.

Admar Concon Filho, Nelson Simões, Paulo A. S. Faria, Rodrigo Soato, Ito Meireles Filho, Débora C. Pereira, Fabrício M. Cardoso, Luiz Felipe Constanzo.  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos, S. P.

**Introdução :** A incidência de complicações intra e pós operatórias nos pacientes submetidos a uma cirurgia bariátrica é considerável, sendo divididas em complicações clínicas ou cirúrgicas, precoces ou tardias, menores ou maiores.

**Casuística :** Estudamos nossos primeiros 40 casos submetidos à cirurgia bariátrica, de dezembro de 2000 a agosto de 2001, sendo 34 pacientes do sexo feminino (85%), com a idade variando de 16 a 56 anos, com uma idade média de 38 anos. Trinta e nove pacientes (97, 5%) foram submetidos a uma gastroplastia vertical com anel e derivação gástrica ("Fobi-Capella") e um (2, 5%) submetido a uma gastrectomia com derivação bíleo-pancreática ("Scopinaro").

**Método :** Consideramos as complicações ou intercorrências intra-operatórias, as complicações clínicas ou cirúrgicas no pós-operatório, precoces ou tardias.

**Resultados :** Das complicações intra-operatórias, tivemos um caso de lesão da cápsula esplênica, que resolveu com tratamento conservador. Das complicações clínicas menores tivemos epigastria e queda de cabelo (20% dos casos), vômitos (15%), dor abdominal e náuseas (7, 5%), dispnéia (5%) e compulsão alimentar em 1 caso (2, 5%). Das complicações clínicas maiores tivemos um caso com trombose venosa profunda sintomática e tromboembolismo pulmonar assintomático (2, 5%), um caso com pneumonia (2, 5%) e um caso com úlcera jejunal junto à anastomose gastro-jejunal (assintomática), todos resolvendo com tratamento clínico. Das complicações cirúrgicas menores tivemos 4 casos (10%) com hiperemia na ferida operatória, 2 casos (5%) com abscesso de parede. Das complicações cirúrgicas maiores tivemos uma precoce, com visceeração, necessitando reoperação (2, 5%), e 2 casos (5%) que evoluíram com hérnia incisional.

**Conclusões :** A incidência de complicações pode ser diminuída com os cuidados pré e pós-operatórios, e mesmo quando acontecem, se tratadas em tempo hábil e de forma efetiva, costumam ter boa resolução.

### PERDA PONDERAL PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA – RESULTADOS PRELIMINARES.

Admar Concon Filho, Nelson Simões, Paulo A. S. Faria, Rodrigo Soato, Ito Meireles Filho, Daniela R. Antonini, Cíntia R. V. Parreira, Débora C. Pereira.  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos, S. P.

**Introdução :** O emagrecimento após uma cirurgia bariátrica varia segundo a técnica operatória utilizada, oscilando, em média, entre 20 a 40% do peso inicial após 2 anos de cirurgia. Considera-se, como uma cirurgia ideal, aquela que, além de outros requisitos, permita uma perda de, no mínimo, 50% do excesso de peso.

**Casuística :** Estudamos nossos primeiros 40 casos submetidos à cirurgia bariátrica, de dezembro de 2000 a agosto de 2001, sendo 34 pacientes do sexo feminino (85%), com a idade variando de 16 a 56 anos, com uma idade média de 38 anos. Trinta e nove pacientes (97, 5%) foram submetidos a uma gastroplastia vertical com anel e derivação gástrica ("Fobi-Capella") e um (2, 5%) submetido a uma gastrectomia com derivação bíleo-pancreática ("Scopinaro").

**Método :** Avaliamos a perda de peso com 1, 3, 6 e 9 meses de pós-operatório, uma vez que nossos primeiros casos estão completando 10 meses de pós-operatório. Estudamos a porcentagem de peso reduzida em relação ao peso inicial e em relação ao excesso de peso.

**Resultados :** No 1º mês de PO, os quarenta pacientes tiveram uma perda de peso média de 9% (5 a 13%) em relação ao peso inicial e de 20% (13 a 35%) em relação ao excesso de peso. No 3º mês, a perda média de peso para os trinta casos foi de 19% (13 a 24%) do peso inicial e de 41% (24 a 59%) do excesso de peso. Com seis meses de PO, perda média de peso de 27% (22 a 35%) em relação ao peso inicial e de 62% (40 a 88%) do excesso de peso, para vinte casos. E dos oito pacientes já com 9 meses de PO, a perda média de peso foi de 31% (23 a 37%) do peso inicial e de 70% (53 a 91%) do excesso de peso.

**Conclusões :** Nossos resultados preliminares estão compatíveis com o que é preconizado pela literatura como ideal. Devemos ainda conseguir que essa redução do peso seja mantida e duradoura.

### ANÁLISE CRÍTICA DOS EXAMES LABORATORIAIS PRÉ E PÓS OPERATÓRIO EM CIRURGIA BARIÁTRICA.

Admar Concon Filho, Nelson Simões, Paulo A. S. Faria, Rodrigo Soato, Ito Meireles Filho, André L. C. Gomes, Luiz Felipe Constanzo, Fabrício M. Cardoso.  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos, S. P.

**Introdução :** Os exames pré-operatórios realizados para um paciente candidato a uma Cirurgia Bariátrica são numerosos, segundo protocolos preconizados por grandes serviços. Contudo, o custo excessivo para a realização destes exames, associado a uma alta porcentagem de exames normais, faz-nos refletir sobre a real necessidade da realização de todos eles.

**Casuística :** Avaliamos nossos primeiros 40 casos submetidos à Cirurgia Bariátrica, sendo realizado a cirurgia de "Fobi-Capella" em 39 (97, 5%) e a de "Scopinaro" em apenas 1 (2, 5%) caso.

**Métodos :** Fizemos uma análise de todos os exames realizados no pré-operatório, com 15 dias e com 30 dias de pós-operatório, verificando os exames alterados, sua frequência e seu significado clínico.

**Resultados :** Dos quarenta pacientes operados, 27 (67, 5%) apresentavam um ou mais exames alterados no pré-operatório, diminuindo para 14 (35%) pacientes com algum exame alterado no 15º dia de pós-operatório (PO) e para 4 (10%) pacientes com exame alterado no 30º dia de PO. Dos exames alterados no pré-operatório, a dosagem da glicemia foi a mais frequente (20% dos casos), seguida do ácido úrico, TSH e gama GT (12, 5%) e da urina tipo I, HDL, colesterol total e triglicérides (10%).

**Conclusões :** Ainda que em se tratando de um paciente de alto risco cirúrgico devido ao seu peso corpóreo, índice de massa corpórea e as comorbidades existentes, a análise do custo-benefício da realização dos exames laboratoriais deve ser feita, tornando a cirurgia bariátrica menos dispendiosa e mais viável em diferentes centros de nosso país.

## 106

**VARIAÇÃO DO PESO CORPÓREO E DO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA DURANTE O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO PARA CIRURGIA BARIÁTRICA.** Admar Concon Filho, Nelson Simões, Paulo A. S. Faria, Rodrigo Soato, Ito Meireles Filho, Cíntia R. V. Parreira, Daniela R. Antonini, André L. C. Gomes, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valinhos, S. P.

**Introdução :** Durante o período pré-operatório para a cirurgia bariátrica, o ideal seria que o paciente conseguisse uma redução do seu peso e, conseqüentemente, do I. M. C., diminuindo a incidência de complicações e morbidades pós-operatórias, assim como facilitando a técnica operatória. No entanto, apesar de todo esforço da equipe multidisciplinar que acompanha e prepara este paciente, esta redução de peso só ocorre numa minoria, ocorrendo, na maioria das vezes, um aumento do peso e do I. M. C..

**Casuística :** Estudamos nossos primeiros 40 casos submetidos à cirurgia bariátrica, de dezembro de 2000 a agosto de 2001, sendo 34 pacientes do sexo feminino (85%), com a idade variando de 16 a 56 anos, com uma idade média de 38 anos.

**Método :** Comparamos os valores do peso corpóreo e o I. M. C. na primeira consulta com os valores do dia da internação para a cirurgia. O período entre a primeira consulta e a cirurgia variou de 1 a 7 meses, com uma média de 3 meses.

**Resultados :** O peso corpóreo na primeira consulta variou de 96 a 212 Kg, com um peso médio de 132, 6 Kg. O I. M. C. variou, na primeira consulta, de 39 a 67 Kg/m<sup>2</sup>, com uma média de 47, 7. No dia da internação para a cirurgia, o peso médio foi de 133, 8 Kg (média de 1, 2 Kg a mais por paciente), com um I. M. C. médio de 48, 5 Kg/m<sup>2</sup> (aumento de 0, 8 Kg/m<sup>2</sup> por paciente). Conseguiram reduzir o seu peso na fase pré-operatória 9 pacientes (22, 5%), mantiveram o peso 11 pacientes (27, 5%) e tiveram um ganho de peso 18 pacientes (45%).

**Conclusões :** Mesmo com uma abordagem multidisciplinar, a maioria dos pacientes (45%) aumenta o seu peso na fase pré-operatória. Isso ocorre devido à doença "obesidade" e o seu distúrbio com o centro de controle da saciedade. Ainda assim, deve-se insistir nesta perda ponderal que facilitará o período per e pós-operatório.

## 107

**CIRURGIA BARIÁTRICA EM PACIENTE COM POSSÍVEL CONTRA-INDICAÇÃO CIRÚRGICA** Azevedo, A. P.; Segal, A. **AMBESO** (Ambulatório de Obesidade e Co-morbidez Psiquiátrica do AMBULIM) Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo

A obesidade grau III (I. M. C > 39, 9 kg/m<sup>2</sup>) é considerada doença crônica para a qual os tratamentos clínico e dietoterápico são considerados inferiores aos desejados, com altas taxas de recaída.

Ainda neste sentido, os resultados mais consistentes são aqueles obtidos através de procedimentos cirúrgicos. Vários autores discutem as reais indicações e principalmente as contra-indicações para a realização das cirurgias anti-obesidade.

Com frequência, transtornos psiquiátricos costumam ser considerados contra-indicações para a realização da cirurgia bariátrica, principalmente transtornos afetivos, quadros psicóticos e transtornos de personalidade.

Os autores relatam o caso de uma paciente de 37 anos, com história de obesidade desde os 12 anos, e abuso de anorexígenos (derivados de anfetamina) ao longo de 20 anos. Apresentava também episódios de compulsão alimentar e atitudes compensatórias purgativas, além de sintomas depressivos recorrentes. Foi submetida à cirurgia anti-obesidade em agosto de 2000 (IMC = 40, 4 kg/m<sup>2</sup>).

Atualmente mantém acompanhamento ambulatorial, com redução de seu IMC para 32, 7 kg/m<sup>2</sup>, mantendo-se eufímica. É proposta uma discussão sobre as possíveis contra-indicações psiquiátricas para a realização da cirurgia anti-obesidade.

## 108

**PERDA DE PESO E CARACTERÍSTICAS DIETÉTICAS DE 9 PACIENTES INTERNADOS PARA PREPARO PRE-CIRURGICO DE CIRURGIA BARIÁTRICA** Larino, M. A.; Cardeal, M. V.; Segal, A. **AMBESO** (Ambulatório de Obesidade e Co-morbidez Psiquiátrica do AMBULIM) Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo

9 (nove) pacientes, com idade média de 40, 7 ± 10, 7 anos, com Obesidade mórbida (IMC inicial médio de 54, 2 ± 14, 7 kg/m<sup>2</sup>) e transtornos psiquiátricos, de ambos os sexos (8 mulheres, 1 homem) foram internados para preparo pre-operatório clínico e psiquiátrico (cirurgia bariátrica, técnica de Capela) na Enfermaria Mista do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. O peso médio de entrada foi de 144, 1 ± 33, 1 kg. O peso médio na alta foi de 110, 7 ± 25, 6 kg. Dados relativos a histórico ponderal e falência de tratamento clínico ambulatorial prévios, assim como dados evolutivos pós-operatórios serão discutidos.

Além disso, nesta população, o diagnóstico psiquiátrico prévio não foi preditivo de sua evolução tanto no período pré quanto no pós-operatório.

## 109

**RELATO DE CASO - OBESIDADE MÓRBIDA, EPILEPSIA REFRACTÁRIA, APNÉIA DO SONO E PROGRAMA DE EMAGRECIMENTO** Segal, A.; Alóe, F.; Larino, M. A. **AMBESO** (Ambulatório de Obesidade e Co-morbidez Psiquiátrica do AMBULIM) Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo

Paciente do sexo masculino, 28 anos, com obesidade grau III (IMC=46 kg/m<sup>2</sup>), histórico de epilepsia refratária desde os 8 anos de idade (sem nunca ter tido controle adequado das crises convulsivas), heteroagressividade importante, antecedente de polirradiculoneurite há 10 anos e com Apnéia Obstrutiva do Sono (AOS) foi internado para compensação dos quadros neurológico e psiquiátrico.

Durante a internação, foi programada cirurgia anti-obesidade e iniciado tratamento para redução ponderal e iniciado tratamento da AOS com CPAP.

Ao final da internação (137 dias), houve redução do IMC para 33 kg/m<sup>2</sup>, a dose do esquema anti-convulsivante havia sido substancialmente reduzida, o paciente não apresentava mais crises convulsivas e o encaminhamento para cirurgia anti-obesidade foi postergado.

Detalhes do tratamento multidisciplinar e da evolução atual dos quadros clínicos serão apresentados.

SESSÃO PLENÁRIA VIII

Presidente: J. J. Gama-Rodrigues

Comentários: Hilton T. Libanori, Edmundo M. Ferraz, José Carlos Pareja

110

CONVERSÃO DE BANDA GÁSTRICA EM BYPASS GÁTRICO COM ACESSO VIDEOLAPAROSCÓPICO - J. A. Sallet, R. Habe, C. Pisani, R. Sallum, C. Pitombo - Clínica Sallet, Hospital 9 de Julho, Hospital São Luiz - São Paulo, SP

O vídeo mostra a conversão da banda gástrica ajustável após 12 meses de colocação, onde a paciente teve perda de peso de 50% do excesso de peso, persistindo com ingestão de líquidos hipercalóricos. Optamos pela conversão da técnica para "by-pass" gástrico com os seguintes passos técnicos:

- Realização do pneumoperitônio e colocação de 5 trocárteres no andar superior do abdome
- Dissecção e isolamento da banda gástrica com secção da mesma junto a pequena curvatura gástrica;
- Secção com stapler 33 do fundo do estômago que cobria a banda gástrica;
- Septação gástrica com stapler, criando um mini-pouch de aproximadamente 30 cm<sup>3</sup>;
- Sutura contínua com fio de ethibond 2-0 em toda a extensão do grampeamento (mini-pouch e estômago remanescente);
- Secção do jejuno à +ou- 20 cm do ângulo de Treitz com stapler 35mm
- Entero-entero anastomose latero-lateral com alça jejunal aferente de +ou- 120 cm
- Abertura do mesocólon-transverso com passagem da alça jejunal em situação pré-gástrica;
- Realização de anastomose término lateral em 2 planos com sutura contínua;
- Teste com azul de metileno nos mostrou que pequena falha na anastomose, que foi corrigida com pontos separados;

A paciente teve boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no 3º P. O.

111

ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL VIDEOLAPAROSCÓPICA - ASPECTOS DA POSIÇÃO DA ALÇA JEJUNAL -

A. C. R. Sena, S. M. C. Bettini, A. S. Brenner, J. B. Marchesini, S. Brenner - Serviço de Cirurgia Geral, Hospital das Clínicas da UFPR - Curitiba, PR

A anastomose gastrojejunal durante a confecção da Operação de Capella ou de Wittgrove pode ser feita de várias maneiras: retrocólica e retrogástrica, retrocólica e pré-gástrica, pré-cólica e pré-gástrica. Em uma casuística de 40 pacientes, mostramos em vídeo a confecção de cada uma destas anastomoses, chamando a atenção para as indicações e detalhes na sua realização. As anastomoses devem ser bem vascularizadas, sem tensão, sem torção, sem comprimir estruturas vizinhas e sem ser comprimidas. Existem fatores relacionados ao acesso laparoscópico que podem dificultar muito a confecção das anastomoses, exigindo do cirurgião a capacidade para mudar a sua tática frente à estas dificuldades. São estes fatos que procuraremos apresentar neste vídeo.

112

OPERAÇÃO DE SCOPINARO POR VIDEOLAPAROSCOPIA: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA

H. T. Libanori, M. Nakaie, Jin HY, R. Nakagawa, A. J. Rodrigues Jr - Unidade de Cirurgia Geral, INCOR, HC-FMUSP - São Paulo, SP

Nos últimos anos, a cirurgia laparoscópica vem tomando importante espaço também no campo da cirurgia bariátrica. Os pacientes obesos, mais que todos, beneficiam-se dos procedimentos minimamente invasivos. Com o desenvolvimento da técnica e de material adequados passamos a realizar a operação de Scopinaro por essa via. Trata-se, no entanto, de procedimento avançado com detalhes técnicos importantes que devem ser enfatizados, conforme o vídeo a ser apresentado. Iniciamos a operação com a medição do íleo, a partir do ceco, marcando com ponto os 50 cm e seccionando-o aos 250 cm com grampeador linear cortante (GLC). O meso é seccionado para a liberação da alça distal, com bisturi ultrassônico. Realizamos então a anastomose da boca proximal ao fleo a 50 cm do ceco, com GLC. Fechamos a brecha mesentérica com sutura manual. A gastrectomia parcial é realizada com secção dos vasos da grande curvatura gástrica na metade distal com bisturi ultrassônico. Secciona-se a primeira porção duodenal com GLC. Segue-se com a secção dos vasos na pequena curvatura gástrica até 4 cm da TEG. Secciona-se então o estômago nesse nível com o grampeador linear cortante. A anastomose gastro-ileal é realizada com GLC na parede gástrica posterior por via transmesocólica. Damos grande ênfase à necessidade de fechamento de todas as brechas mesentéricas. A operação é terminada com a colecistectomia.

A operação de Scopinaro pode ser realizada de forma segura por videolaparoscopia.

113

GASTROPLASTIA REDUTORA COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE MÓRBIDA

R. C. Tinoco, A. C. A. Tinoco, L. J. El-Kadre, L. A. Tinoco, L. F. Crespo - Departamento de Cirurgia, Hospital São José do Avai - Itaperuna, RJ

No período de agosto de 1999 a agosto de 2001 150 doentes com diagnóstico de obesidade mórbida foram submetidos à gastroplastia redutora com Y de Roux por via laparoscópica. Desses, 66% eram do sexo feminino e 34% do sexo masculino.

A idade variou de 18 a 61 anos.

O índice de massa corporal (IMC) variou de 35 a 80 kg/m<sup>2</sup>.

Em 15 casos (10%) havia colecistolitíase tratada no mesmo tempo cirúrgico.

Em 36 casos (24%) havia esteatose hepática macroscópica e em dois (1, 3%) casos cirrose hepática.

Houve três óbitos (2%) nesta série, todos por complicações pulmonares. Três pacientes (2%) apresentaram fístula da anastomose gastrojejunal que foi tratada conservadoramente, com boa evolução. Em 15, 3% dos casos houve estenose da anastomose gastrojejunal tratada com dilatação endoscópica.

A cirurgia mostrou-se excelente método para tratar esta doença, com seguimento de 86% dos casos, e as morbidades a ela relacionadas.

114

GVYR VIDEOLAPAROSCÓPICO - DETALHES TÉCNICOS - T. Szego et al.

115

BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL - DIFERENTES TÉCNICAS - T. Szego et al.

## 116

BYPASS GÁSTRICO VIDEOLAPAROSCÓPICO – R. V. Cohen et al.

## 117

DERIVAÇÃO GÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA – N. T. Kawahara

## 118

RECOLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA

José Antonio Verbicario Carim Co-Autores: Alexandre Rocha, Alexandre Naegele, Serafim Peralva, Jorge Balbi  
Instituição: Day Hospital Nossa Senhora do Líbano Nova Friburgo – RJ

O objetivo deste trabalho é mostrar um vídeo de reoperação laparoscópica para corrigir o deslizamento de duas bandas gástricas operadas recentemente (1 e 3 dias antes) de obesidade mórbida. Nós inicialmente operamos os pacientes e colocamos as bandas gástricas (Lap-Band) com fixação do estômago aos pilares diafragmáticos e sutura estômago - estômago. Os pacientes apresentaram vômitos 4/12 horas após as cirurgias e evoluíram com persistência dos vômitos com radiografia contrastada evidenciando uma grande bolsa gástrica. Após 24 e 72 horas respectivamente, reoperamos e encontramos rotura dos pontos do pilar esquerdo do diafragma ao estômago. Recolocamos as bandas no devido local e utilizamos vários pontos de fixação conforme a técnica normalmente utilizada por nós. Concluímos que a reoperação é viável como foi em outros centros, porém alguns lugares optaram pela intervenção com cirurgia aberta. Todos os nossos pacientes tiveram evolução excelente, com alta hospitalar em menos de 24 horas tendo acompanhamento de 2 anos e o outro de 18 meses.

## 119

BY-PASS GÁSTRICO COM “Y” DE ROUX, POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA, EM PACIENTE COM MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL  
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA RIO PRETO-SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.

FUNES, H. L. X.; SANTOS, M. C. L.; ANAI, G. K.; LEITE, A. P. M.; MAZZO, AC.

Os autores apresentam um by-pass gástrico com “Y” de Roux, por vídeo-laparoscopia, em paciente obesa mórbida, do sexo feminino, 56anos, que no per operatório apresentava alteração anatômica, onde a primeira alça jejunal, emergia na região do hipocôndrio direito. Devido a má rotação intestinal, após realizado a gastroplastia optamos por uma gastroenteroanastomose à “Y” de Roux anti-cólica e anti-gástrica, que se mostrou eficaz nesta situação.

## SESSÃO DE VÍDEOS VII

Coordenador de Vídeos VII: Orlando F. Faria

## 120

TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DOS DESLIZAMENTOS GÁSTRICOS ANTERIOR E POSTERIOR APÓS LAP-BAND

H. T. Libanori, S. C. Nahas, M. Borba, J. L. Lourenção, S. Szachnowicz, F. C. Atui - Clínica de Integração Multidisciplinar e Clínica Privada - São Paulo, SP

O deslizamento cranial da parede gástrica é a principal complicação tardia pós LAP-BAND. Em nossa série de 75 pacientes, 3 (4%) apresentaram essa complicação e necessitaram reoperação. Um paciente, com intolerância ao procedimento mesmo antes da complicação, foi tratado com conversão para operação de Scopinaro. Outros dois pacientes, um com deslizamento da parede anterior e outro da parede posterior, foram tratados de forma bem sucedida por videolaparoscopia, conforme ilustrado no vídeo a ser apresentado. No deslizamento da parede anterior, basta desfazer-se a sutura de estabilização gástrica, reduzir a parede gástrica herniada e proceder nova sutura de estabilização. Já no deslizamento da parede posterior, é necessária a abertura da órtese e seu reposicionamento completo, preferencialmente através de dissecação via “pars flácida”.

O deslizamento tardio da LAP-BAND freqüentemente evolui com obstrução gástrica necessitando reoperação. Havendo reconhecimento do tipo de deslizamento, pode-se realizar sua correção por videolaparoscopia, sem necessidade de utilização de nova órtese.

## 121

Cirurgia bariátrica videolaparoscópica: Avaliação de 73 casos operados. Métodos restritivos e Bypass Gástrico.

A. Beani Jr, A. Goldenberg, C. H. Arasaki, J. C. Del Grande, J. F. Farah, M. A. Pedroso, N. Ribeiro Jr; R. A. Lupinacci.

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e Serviço de Gastrocirurgia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP- São Paulo, SP.

Entre junho de 1999 e Outubro de 2001 foram operados consecutivamente, por videolaparoscopia, 73 pacientes com obesidade mórbida pelo grupo de cirurgia bariátrica do Serviço de Cirurgia Geral do HSPE-SP e do Serviço de Gastrocirurgia da EPM – UNIFESP, utilizando-se o mesmo protocolo para seleção de pacientes para cirurgia restritiva ou mista. A mesma equipe cirúrgica realizou todos os procedimentos com técnica padronizada. Foram 49 pacientes submetidos à cirurgia restritiva exclusiva, gastroplastia vertical calibrada (GVC) segundo a técnica de Mason-McLean e 24 submetidos à cirurgia mista, com restrição e bypass gastro-jejunal, segundo técnica de Capella -Wittgrove (BPGYR). O IMC médio foi de 47 (40 a 55 Kg/m<sup>2</sup>). Houve 1 conversão no grupo BPGYR (defeito do aparelho) e 2 no grupo GVC (1 hepatomegalia esquerda, 1 dúvida quanto a integridade do grampeamento). Apenas 1 reoperação, por fístula gástrica precoce, em paciente submetido a GVC. Não houve infecção de ferida cirúrgica ou hérnia incisional. Entre as complicações clínicas foram 3 casos de TVP (GVC), 6 de atelectasia (4 GVC/ 2 BPGYR), 1 de pneumonia (BPGYR) e 1 úlcera gástrica (GVC). Até o momento não ocorreram complicações tardias. Não houve óbito nesta casuística. O tempo de pneumoperitônio nos primeiros 18 casos (GVC) foi em média de 3, 5h diminuindo para 2, 8h nos casos seguintes. No grupo de BPGYR o tempo médio dos primeiros 6 casos foi de 4, 6 h; nos 18 seguintes esta média foi de 3, 5h.

CONCLUSÃO: Concluímos que ambas as técnicas são seguras para realização por videolaparoscopia e factíveis com tempo de pneumoperitônio aceitável. A maior freqüência de complicações na GVC pode corresponder ao fato destes terem sido os primeiros pacientes do grupo. Ressaltamos a importância de se manter critérios de seleção de pacientes para cirurgia restritiva exclusiva ou mista, sendo que no início da casuística a seleção dos pacientes para BPGYR por vídeo deve ser mais cuidadosa devido ao maior grau de dificuldade técnica e maior custo.

## GASTROPLASTIA À CAPELLA COM VIA DE ACESSO

BICOSTAL ARCIFORME LUIZ MOURA (CE); HELÁDIO FEITOSA (CE); HEINE MACHADO (CE).  
NÚCLEO DO OBESO DO CEARÁ – HOSPITAL REGIONAL DA UNIMED – FORTALEZA –CE.

**A. INTRODUÇÃO:** A Gastroplastia Vertical com Banda (Técnica de Capella) para obesidade mórbida, pode ser executada por várias vias de acesso (incisão mediana supra umbilical ampla – original, mine-laparotomia vídeo-assistida, vídeo-laparoscopia, incisão bicostal ampla, incisão bicostal arciforme) com segurança.

**B. CASUÍSTICA:** O Núcleo do Obeso do Ceará realizou 157 Gastroplastias de Capella, entre o período de Dezembro de 1998 e Setembro de 2001, sendo 87 por via mediana e

70 por via transversa bicostal arciforme, a partir de uma primeira paciente operada de colecistectomia por via subcostal e teve ampliação desta incisão por motivo estético.

**C. MÉTODOS:** Cirurgias realizadas com acesso bicostal arciforme, três cm abaixo do rebordo costal, secção da pele, tecido adiposo, ambos os músculos retos, ligamento redondo e peritônio. Exposição do epíploon e cólon em leque, visualização ampla do ângulo de Treitz, confecção da anastomose jejuno-jejunal, fixação da falha do mesentério e a ascensão cefálica retrocólica e retrogástrica da alça exclusiva do Y de Roux.

A posição do afastador autostático de Garrido exige apenas uma válvula no centro superior da incisão e o afastador do fígado para visualização da junção esofagogástrica e confecção da bolsa gástrica e da anastomose gastro-jejunal.

**D. RESULTADOS:** A via de acesso bicostal arciforme possibilita ampla exposição do andar infracólico e superior do abdome, favorecendo a execução de todos os tempos cirúrgicos com segurança, diminuindo o número de válvulas do afastador autostático, o uso de relaxante muscular, o tempo da confecção das anastomoses, a dor pós-operatória e a formação de hérnia incisional.

**E. CONCLUSÃO:** A via de acesso bicostal arciforme pode ser utilizada para realizar a Gastroplastia Vertical com Banda (Cirurgia de Capella) com segurança e vantagens técnicas quando comparada com a via de acesso mediano.

## Posters - Manhã - 13/11

### INFLUÊNCIA DO TEMPO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES BARIÁTRICOS

P. L. R. C. Machado, J. Faintuch, M. A. Rudner, A. B. Garrido Jr, J. J. Gama-Rodrigues - Grupo de Cirurgia da Obesidade, Hospital das Clínicas - São Paulo, SP

**Introdução:** O emagrecimento nos primeiros 12-18 meses após gastroplastia com derivação tradicionalmente se segue de grande otimismo e até euforia, à medida em que comorbidades são amenizadas e novas perspectivas pessoais se abrem. Em prazos mais alentados alguns recebem a erosão deste panorama favorável inicial. Visando codificar os resultados neste contexto, procedeu-se a uma análise sistemática de 200 casos submetidos a tratamento cirúrgico.

**Métodos:** Todos os pacientes foram operados pela técnica de Capella, e vem sendo acompanhados pela mesma equipe. A idade era de  $39,6 \pm 6,0$  anos (82,0% mulheres), 85,5% eram portadores de comorbidades, e o tempo de seguimento foi de  $28,1 \pm 18,0$  meses. O IMC inicial desta população era de  $50,0 \pm 7,3$  kg/m<sup>2</sup>, e o protocolo BAROS foi adotado como parâmetro de qualidade de vida desta população, desdobrado em BAROS parcial (questionário Moorehead-Ardelt de qualidade de vida), e BAROS total, que agrega a este dados nutricionais e cirúrgicos evolutivos.

**Resultados:** As gastroplastias combinadas com derivação intestinal promoveram perda continuada de peso dentro do período de seguimento em tela, atingindo-se um IMC de  $29,5 \pm 5,2$ , com eliminação de  $71,9 \pm 9,9\%$  do excesso de peso. Neste mesmo período os valores de BAROS parcial ( $1,9 \pm 1,0$ ) e de BAROS total ( $5,2 \pm 1,3$ ) revelaram-se globalmente satisfatórios, porém com uma relação divergente em relação ao seguimento anterior de  $17,6 \pm 13,8$  meses. Enquanto o primeiro índice melhorou (valor prévio  $1,6 \pm 1,2$ ), coerentemente com o emagrecimento adicional, o BAROS completo se deteriorou ligeiramente (valor prévio  $5,2 \pm 1,8$ ), em decorrência de reoperações e pequenas complicações tardias.

**Conclusões:** 1) A qualidade de vida propriamente dita, estimada pelo questionário Moorehead-Ardelt (BAROS parcial), continuou a melhorar na direta proporção da normalização da composição corpórea; 2) O valor total do marcador BAROS destoou ligeiramente deste processo revelando discreta piora, caudatária de intercorrências tardias várias; 3) Pode-se afirmar portanto que operações por hérnias e outros pequenos problemas do pós-operatório distanciado não afetam a qualidade de vida percebida por esta população.

**Agradecimento:** O apoio valioso da FAPESP Processos 00/01609-9 e 00/01610-7 é reconhecido.

### Influência dos Hábitos Alimentares no Perfil Lipídico de Obesos Mórbidos

Lourença Dalcanale; Luciane Rinaldi Meyer; Magda R. R. Cruz  
NUCTROM -Núcleo de Cirurgia e Tratamento da Obesidade Mórbida  
Curitiba- PR

Estudos têm demonstrado que a alta ingestão de gordura e carboidratos está relacionada com a obesidade, que por sua vez, está envolvida com fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares. Com o objetivo de se estabelecer relação entre hábitos alimentares e alterações do perfil lipídico de indivíduos obesos mórbidos, foram avaliados prospectivamente, um grupo de 70 pacientes com Índice de Massa Corporal acima de 40 Kg/m<sup>2</sup>, candidatos à gastroplastia, no período pré-operatório. Os dados foram coletados no período de Julho de 2000 a Agosto de 2001, utilizando-se como referência a "Pirâmide de Alimentos Americana" e, para valores de exames bioquímicos, a recomendação da American Heart Association. Recorreu-se a análise descritiva dos dados, e utilizou-se os testes não paramétricos "Comparação entre duas Proporções" (através do software "Primer of Biostatistics"). O nível de significância mínimo adotado foi de 5%. Com relação aos hábitos alimentares, o grupo de alimentos de maior consumo foi o de "Pães, Cereais, Arroz e Massas" 49,2% ( $p < 0,0001$ ), seguido do grupo "Gorduras, Óleos e Açúcares" 42,6% ( $p < 0,0001$ ). Analisando-se o perfil lipídico da amostra verificou-se que 54,8% ( $p < 0,0001$ ) dos pacientes apresentavam Colesterol Total elevado; 19,4% LDL elevado; 16,1% Triglicérides elevados, e apenas 3,2% apresentou HDL abaixo dos níveis de normalidade. Analisando-se estes dados, observou-se uma forte relação entre o alto consumo de gorduras e carboidratos com alterações do perfil lipídico nos pacientes com obesidade mórbida. É importante destacar que associado ao consumo de pães, cereais, arroz e massas está o consumo de proteínas e gorduras através da utilização de molhos e queijos como acompanhamento à estes alimentos, e estes devem ser considerados como fator agravante, pois dependendo da preparação irá se sobressair ao consumo de carboidratos, o que justifica a prevalência de colesterol total elevado em detrimento dos níveis de triglicérides.

Método de estiramento x método sem estiramento: avaliação da alteração da medida do intestino delgado.

Rodrigues, M. P. F\*.; Rodrigues, L. C.; Alonso A.; Barroso, F. L.  
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Ipanema

Na cirurgia de obesidade mórbida, a medida do intestino delgado é de extrema importância na confecção do bypass, onde diferenças importantes na medida do mesmo podem implicar em resultados também diferentes de acordo com a operação proposta. Dadas as dificuldades em se estabelecer valores adequados da medida do intestino delgado, visto que não existem métodos fidedignos disponíveis na literatura especializada. Buscamos avaliar dois métodos mais comumente usados na aferição do comprimento do intestino delgado e verificar suas diferenças.

Apresentamos resultados preliminares em 20 pacientes, sendo 14 do sexo feminino (70%) e 6 do sexo masculino (30%). Foi realizada a medida do intestino delgado a partir do ângulo de Treitz correspondente a 1 metro não estirado. Retornávamos ao ponto inicial e confeccionamos nova medida, agora com o intestino estirado. As diferenças de comprimento entre um método e o outro foram colhidas. O comprimento do intestino delgado estirado variou de 10 a 80 cm além da medida inicial de 1 metro, com média de  $1,345 \pm 0,162$  cm, mediana de 1,30 cm, sendo o valor mais frequentemente encontrado de 1,20 cm. A diferença entre homens e mulheres também foi avaliada, a média entre homens foi de  $1,317 \pm 0,121$  cm e entre mulheres de  $1,357 \pm 0,180$ . Podemos concluir que os diferentes métodos de medida do comprimento do intestino delgado apresentam diferenças significativas.

Úlcera de boca anastomótica hemorrágica após cirurgia de Capella – Relato de um caso

Malheiros, C. A.; Freitas Jr, W. R.; Rodrigues, F. C. M.; Pereira, V.; Rahal, F.

Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

A incidência de úlcera péptica no pós-operatório de cirurgia bariátrica é observada em 0,49 a 16% (Sapala, 2000; Michielson, 1996; Jones, 2001), porém, são raros os casos em que o tratamento cirúrgico é necessário, tornando a abordagem terapêutica não padronizada. Apresentamos caso de paciente do sexo masculino de 44 anos, operado há 20 meses com IMC de 52,2 kg/m<sup>2</sup>, submetido a gastroplastia com bypass em Y de Roux pela técnica de Capella. Apresentou-se com queixa de tontura e adinamia há 2 dias, acompanhado de melena. Paciente já apresentara dois episódios de hemorragia digestiva prévios, e vinha usando Omeprazol na dose de 20 mg/dia. A endoscopia identificou úlcera de boca anastomótica de 0,5 cm com sangramento que foi tratada com injeção de adrenalina. Apresentou dois novos episódios hemorrágicos, seguidos de tentativas de tratamento endoscópico sem sucesso. Em caráter de emergência, foi submetido a degastrectomia da pequena câmara com vagotomia troncular. Concomitantemente apresentava tumor inflamatório na região lombar esquerda caracterizada ultrassono e tomograficamente como abscesso perinefrítico em rim hidronefrótico por cálculo coraliforme. Esta coleção foi drenada e nefrostomia realizada. Procurou-se estabelecer como causa destas úlceras que não responderam ao tratamento convencional o abscesso perinefrítico caracterizando a úlcera de Curling.

O paciente teve boa evolução e alta hospitalar com programação futura de nefrectomia esquerda.

GASTROPLASTIA COM ANEL E BYPASS POR MINILAPAROTOMIA

Ramos, A; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B.

GASTROMED – Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia – São Paulo, SP

O vídeo mostra a sistematização técnica para realização de gastroplastia redutora com anel de contenção e bypass à Capella por via convencional com uso de minilaparotomia. Tradicionalmente esta cirurgia vem sendo realizada com incisão xifómbilical e extensão em geral entre 15 a 25cm. A proposta da realização da cirurgia por mini-incisão entre 10 a 12 cm tem sido utilizada no intuito de diminuir o trauma cirúrgico e também evitar complicações frequentes como deiscência de parede e a hérnia incisional.

Técnica: Após a incisão da pele é realizada divulsão da gordura do subcutâneo por tração manual e abertura da aponeurose com eletrocauterio. Inicialmente realiza-se a parte inframesocólica da cirurgia sem colocação de afastador abdominal. O intestino delgado é seccionado a 50cm do ângulo de Treitz sendo a porção proximal da alça fechada e a entero-enteroanastomose realizada a cerca de 1m da secção da alça, com posterior sutura da abertura do meso. A seguir é colocado afastador abdominal especial para obeso e parte-se para a cirurgia no andar supramesocólico. Realiza-se então a dissecação do ângulo de Hiss de modo a facilitar o grameamento. Prosegue-se realizando a gastroplastia com grameamento horizontal de 4cm de modo a delimitar uma bolsa gástrica com 12cm de extensão, seguido do grameamento vertical em direção ao ângulo de Hiss. Em seguida é colocado o anel de contenção com 6,2cm. Após abertura do mesocolon e transposição da alça de jejuno a gastroenteroanastomose é realizada em dois planos com sutura contínua. A brecha do mesocolon é fechada com pontos separados. O abdome é fechado com sutura contínua e pontos de contenção, sendo o subcutâneo suturado com pontos separados e a pele com sutura intradérmica.

GASTROPLASTIA COM BY PASS UTILIZANDO ANEL DE CONTENÇÃO POR VIDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTES COM IMC ACIMA DE 50 KG / M<sup>2</sup> - VALE A PENA ?

Ramos, A; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B.

GASTROMED – Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia – São Paulo, SP

Durante o período de novembro de 2000 à junho de 2001, 10 pacientes foram submetidos a gastroplastia com anel de contenção e by pass Videolaparoscópico. Todos os pacientes apresentavam IMC acima de 50 Kg / m<sup>2</sup>. O peso / IMC variando de 160 Kg e IMC 50 Kg / m<sup>2</sup> à 200 Kg e IMC 70 Kg / m<sup>2</sup>.

A idade variou de 35 a 45 anos com média de 39,1 sendo 6 do sexo feminino e 4 do sexo masculino.

O tempo de cirurgia variou entre 4 a 7 horas com média de 5,5 horas. O tempo de internação variou de 2 a 6 dias com média de 3 dias. O tempo de recuperação para retorno às atividades habituais foi de 10 dias em média.

A complicação mais comum foi o seroma em 2 casos (20%), não houveram complicações maiores.

Desta forma podemos concluir que a gastroplastia redutora em indivíduos superobesos pode ser realizada com segurança representando método eficaz e de rápida recuperação.

GASTROPLASTIA VERTICAL COM ANEL E BY-PASS. ESTUDO PROSPECTIVO DAS VIAS DE ACESSO. LAPAROTOMIA (CONVENCIONAL) X MINILAPAROTOMIA X VÍDEO-LAPAROSCOPIA.

Almino C. Ramos; Manoel Galvão Neto; Manoela de Santana Galvão; Bruno Zilberstein

Gastromed - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo - SP

INTRODUÇÃO: A gastroplastia com anel e by-pass é das operações mais realizadas para tratamento da obesidade mórbida. Tradicionalmente é realizada por via laparotômica (convencional), recentemente foram introduzidas novas vias de acesso como a vídeo-laparoscópica e a mini-incisão ou mini-laparotomia as quais teriam vantagens sobre a via convencional em termos de diminuir complicações gerais, de um rápido retorno às atividades e de resultado estético superior,

porem ainda são necessários estudos comparativos entre as vias de acesso para confirmar essas vantagens. OBJETIVO: comparar resultados imediatos de diferentes vias de acesso na gastroplastia com anel e by-pass. CASUÍSTICA E MÉTODOS: 30 pacientes com obesidade mórbida indicados para tratamento cirúrgico (critérios NIH- Consensus Development Conference Panel-1991) foram divididos em 3 grupos com 10 pacientes cada e estudados prospectivamente. O grupo 1 p/ acesso por laparotomia, grupo 2 p/ mini-laparotomia e grupo 3 p/ vídeo-laparoscopia. A técnica operatória seguiu ditames da operação de Fobi-Capella avaliando-se variáveis diversas (ver tabela de resultados). RESULTADOS: (ver tabela). CONCLUSÕES: As diferentes vias de acesso estudadas em curto prazo se mostraram equivalentes na perda de peso, com tempo de internamento menor na mini-lap e na vídeo e com retorno as atividades mais precoce e melhor resultado estético no acesso por vídeo laparoscopia.

	CONV	MINI-LAP	VÍDEO
D. I.	3d	2d	2d
T. Cir	3, 5h	3h	3h
Ret. Ativ.	20d	12d	7d
Estética	+	+++	+++++
Custo	RS9. 000, 00	RS8. 500, 00	RS12. 000, 00
N	10	10	10
F-UP	4m	4m	4m
- peso	34, 5Kg	32, 3Kg	33, 4Kg

### 130

#### PROPOSIÇÃO DE NOVA SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA PARA COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL

Ramos, A; Galvão Neto, M; Galvão, M; Zilberstein, B.

GASTROMED - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo - SP

Entre as complicações importantes da Banda Gástrica Ajustável (BGA) a mais frequente é o deslizamento com índices entre 1 a 6%, que geralmente tem como causa a fixação incorreta da BGA, por sutura inadequada ou excessiva dissecção no túnel retrogástrico.

Para tentar evitar esta complicação procurou-se desenvolver uma metodologia de colocação da banda de modo que ocorra mínima dissecção no espaço retrogástrico.

O paciente é operado em decúbito dorsal horizontal com as pernas abertas e o cirurgião operando entre as pernas com a utilização de cinco portais.

Ao contrário da sistematização convencional, inicia-se a abordagem pelo lado direito. Após abertura da parte avascular do ligamento gastrohepático, com orientação da sonda calibradora é realizada a dissecção junto ao braço direito do pilar. Este procedimento, sempre realizado sobre visualização direta é estendida para o lado esquerdo e com o auxílio do Goldfinger atinge-se a membrana frenoesofageana esquerda de modo a permitir a passagem da banda. Com o auxílio do Goldfinger a BGA é colocada neste espaço e fechada de modo a delimitar uma bolsa gástrica de 20ml. Para impedir o deslizamento realiza-se uma sutura entre o fundo gástrico e a bolsa gástrica de modo a fixar a BGA. O "port" para ajuste pode ser colocado em posição supraesternal ou no hipocôndrio esquerdo. Com esta técnica a área de dissecção posterior para confecção do túnel retrogástrico é menor o que certamente associado a uma adequada fixação anterior da banda pela gastropeixia deve levar a índices muito baixos de deslizamento.

### 131

#### GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA E BY-PASS. COMPARAÇÃO DA VIA DE ACESSO CONVENCIONAL X VÍDEO LAPAROSCÓPICA

Almino C. Ramos; Manoel Galvão Neto; Manoela de Santana Galvão; Bruno Zilberstein

Gastromed - Instituto de Diagnóstico e Tratamento Avançado em Gastroenterologia e Coloproctologia - São Paulo - SP

INTRODUÇÃO: A gastroplastia vertical com banda e by-pass é das operações mais realizadas para tratamento da obesidade mórbida. Tradicionalmente é realizada por via laparotômica (convencional), recentemente foram introduzidas novas vias de acesso como a vídeo-laparoscópica e a mini-incisão ou mini-laparotomia as quais teriam vantagens sobre a via convencional em termos de diminuir complicações gerais, de um rápido retorno as atividade e de resultado estético superior, porem ainda são necessários estudos comparativos entre as vias de acesso para confirmar essas vantagens. OBJETIVO: Demonstrar de modo comparativo as diferenças técnicas nas vias de acesso para realização da gastroplastia vertical com banda e by-pass. MÉTODO: Apresentação de vídeo demonstrativo das diversas etapas na realização da operação de gastroplastia vertical com banda e by-pass, pela via convencional (laparotômica) e pela via vídeo-laparoscópica apresentando as operações passo a passo, sempre comparando uma via de acesso com a outra. DISCUSSÃO: A via de acesso vídeo-laparoscópica vem ganhando terreno no caminho de substituir a via laparotômica na realização da gastroplastia vertical com banda e by-pass, porém deve ser demonstrado que os preceitos técnicos da via convencional podem ser respeitados na via vídeo-laparoscópica. CONCLUSÃO: A realização de gastroplastia vertical com banda e by-pass por vídeo-laparoscopia é factível respeitando os preceitos da via convencional com mínimas adaptações

## SESSÃO DE VÍDEOS VIII

### Coordenador de Vídeos VIII - Luis F. V. Mesquita

### 132

#### TRATAMENTO DA HÉRNIA INTERNA ATRAVÉS DO MESOCOLON TRANSVERSO PÓS GASTROPLASTIA POR DERIVAÇÃO GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

H. T. Libanori, I. Rasera Jr, S. Szachnowicz, F. C. Atui - Clínica de Integração Multidisciplinar - São Paulo, SP

As operações videolaparoscópicas sabidamente produzem menos aderências que as por laparotomia. Talvez esse fato explique a incidência de hérnias internas após intervenções avançadas como a gastroplastia com derivação gástrica em Y de Roux (GDG).

O presente vídeo ilustra o caso de uma paciente que passou a apresentar vômitos e dor abdominal no 3º dia de pós-operatório de GDG. Reconhecida a obstrução da alça eferente no exame contrastado, a paciente foi submetida a nova videolaparoscopia.

Observou-se herniação da alça jejunal através do orifício do mesocolon transversos para o andar supramesocólico. Após a liberação de aderências foi realizada redução da hérnia, o que prontamente resolveu a obstrução. Nova fixação cuidadosa da alça no mesocolon foi realizada.

A hérnia interna pós GDG por videolaparoscopia deve ser motivo de preocupação para o cirurgião. A reintervenção deve ser imediata quando esse diagnóstico for suspeitado. A reoperação pode ser realizada de forma segura por videolaparoscopia.

## 133

## CORRELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E GHRELINA SÉRICA - ESTUDO PRELIMINAR

Pilla V. F.; Pareja J.C.; Gelonesi B.; Tambascia M. A.; Repetto E. M.; Chaim EA; Leonardi LS  
Serviço de Cirurgia de Obesidade Hospital de Clínicas - UNICAMP

Ghrelina é um novo hormônio recentemente isolado no estômago de ratos, que se liga ao receptor secretagogo de hormônios de crescimento (GHS-Rs) regulando a secreção hipofisária de GH. A administração crônica de ghrelina promove ganho de peso em ratos. Desta forma este hormônio fornece um sinal para o cérebro induzindo adiposidade nesses animais. Para investigar o possível envolvimento da ghrelina na patogênese de obesidade humana, nós medimos as concentrações de ghrelina em mulheres magras e obesas correlacionando-as como o IMC e leptina. A hipótese levantada era de que indivíduos obesos apresentariam altos níveis de ghrelina contribuindo assim para a gênese da obesidade. Estudamos 26 mulheres pré menopáusicas, pareadas quanto a idade, dividida em dois grupos: 13 magras e 14 obesas, dosando por radioimunoensaio os níveis de ghrelina (Phenix®) e leptina (Linco®). Os dados da tabela estão expressos pela média  $\pm$  erro padrão da média.

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	GHRELINA (pmol/ml)	LEPTINA (ng/ml)
Magras	24, 2 $\pm$ 0, 4	67, 1 $\pm$ 11, 2	7, 0 $\pm$ 1, 1
Obesas	56, 3 $\pm$ 2, 8	23, 3 $\pm$ 1, 9	80, 2 $\pm$ 8, 4

Os níveis de ghrelina foram significativamente menores no grupo de obesas ( $p < 0,001$ ). Encontramos correlações negativas entre ghrelina e IMC ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ), ghrelina e leptina ( $r = -0,53$ ;  $p < 0,001$ ). Contrariando nossa hipótese inicial, mulheres obesas apresentam baixa concentração do hormônio adipogênico ghrelina quando comparadas a mulheres magras. Estes dados sugerem que a ghrelina sofre uma "down-regulation" na obesidade humana. Assim nós especulamos que os níveis reduzidos de ghrelina na obesidade humana seja uma adaptação fisiológica ao balanço energético positivo da obesidade no sentido de prevenir ou tentar frear o processo de ganho de peso.

## 134

## CIRURGIA BARIÁTRICA NA OBESIDADE MÓRBIDA : CORRELAÇÃO ENTRE LEPTINA E GHRELINA APÓS REDUÇÃO DE PESO

Pilla VF; Geloneze B; Pareja JC; Repetto EM; Adami EA; Tambascia MA  
Grupo de Cirurgia de Obesidade - Hospital das Clínicas - UNICAMP

Ghrelina é um novo hormônio recentemente isolado no estômago de ratos, que se liga ao receptor secretagogo de hormônio de crescimento (GHS-Rs) regulando a secreção hipofisária de GH. A administração periférica e intracerebroventricular de Ghrelina causa ganho de peso em ratos e camundongos. A partir desses intrigantes pontos, realizamos um estudo observando as concentrações de Ghrelina na obesidade severa humana e posteriormente observamos o efeito da perda maciça de peso induzida por cirurgia bariátrica sobre seus níveis. O trabalho constitui um estudo prospectivo com intervenção cirúrgica e clínica em 14 pacientes mulheres obesas severas (IMC 56, 3  $\pm$  10, 2 Kg/m<sup>2</sup>), com idades de 32-55 anos.

Kits comerciais de RIA foram utilizados na avaliação dos níveis de leptina (Linco®) e ghrelina (Phenix®) no pré operatório e um ano após cirurgia bariátrica (gastroplastia redutora vertical com anel inelástico associada à bypass gástrico em Y-de-Roux)

Na obesidade severa antes da cirurgia observamos uma correlação negativa entre ghrelina e leptina ( $r = -0,55$ ,  $p < 0,05$ ). A cirurgia levou a uma maciça redução no peso corporal levando a um IMC = 36, 2  $\pm$  7, 8 kg/m<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ . Os níveis de leptina caíram de 80, 2  $\pm$  30, 3 para 18, 9  $\pm$  12, 3 ng/ml,  $p < 0,001$ . Finalmente os níveis de ghrelina não se modificaram com a redução de peso (de 23, 3  $\pm$  6, 7 para 25, 7  $\pm$  13, 9 pg/ml). Assim as correlações entre ghrelina com a leptina não foram observadas após a perda maciça de peso.

Em conclusão, os níveis de ghrelina estão inversamente proporcionais aos níveis de leptina na obesidade severa. A redução maciça de peso implica em significativas quedas na leptinemia, sem no entanto afetar níveis de ghrelina. Diante de persistência de níveis baixos de ghrelina na obesidade severa antes e após emagrecimento, o envolvimento na obesidade humana e seu papel na regulação do peso corporal permanecem obscuros.

## 135

## O USO DE SIBUTRAMINA NO PRÉ-OPERATÓRIO DOS SUPER-OBESOS : EFEITO METABÓLICO DA PERDA PONDERAL

Geloneze B; Pareja, JC; Tambascia M; Repetto E; Pilla VF; Chaim EA; Leonardi LS  
Serviço de Cirurgia de Obesidade - Hospital de Clínicas - UNICAMP

A super-obesidade é definida pela presença de um IMC acima do valor 50, constituindo um desafio terapêutico na prática clínica. Na super-obesidade encontram-se diversas alterações metabólicas como : resistência à insulina, intolerância à glicose, hiperuricemia, esteatopatia não-alcoólica, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e distúrbios de coagulação. A cirurgia bariátrica tem sido o tratamento mais eficaz para reduzir o peso e as comorbidades associadas à super-obesidade. No entanto, os doentes candidatos à cirurgia apresentam alterações metabólicas que dificultam, ou mesmo inviabilizam a realização do procedimento cirúrgico. Esta situação pode ser melhorada através de perdas modestas de peso (entre cinco e 10% do peso inicial total), podendo determinar melhora nas condições clínicas do doente, e diminuição dos riscos anestésico e cirúrgico. O objetivo deste estudo foi utilizar a Sibutramina 15 mg (Reductil®) em doentes com super-obesidade, no período pré-operatório, observando os efeitos ponderais, tolerabilidade e efeitos metabólicos do tratamento. Estudamos 22 doentes com IMC variando de 50, 1 a 72, 1 kg/m<sup>2</sup>, sendo 7 homens e 15 mulheres, com idade média de 38, 4  $\pm$  1, 9 anos, utilizando Sibutramina por 3 meses, com dosagens de glicemia, perfil lipídico, ácido úrico, gama GT, fibrinogênio, insulina, leptina, além da avaliação da resistência à insulina pelo método de HOMA. Não observamos efeitos colaterais relevantes durante o estudo, bem como ausência de efeitos negativos sobre a pressão arterial e frequência cardíaca. Houve uma redução do IMC de 57, 6  $\pm$  1, 4 para 53, 6  $\pm$  1, 4 ( $p < 0,001$ ), com uma perda ponderal de 10, 3  $\pm$  1, 3 kg, ou 6, 8% sobre o peso inicial. Observamos reduções na glicemia (110, 1  $\pm$  8, 8 para 97, 8  $\pm$  6, 2 mg/dl,  $p = 0,004$ ), triglicérides (144, 7  $\pm$  13, 3 para 122, 2  $\pm$  10, 9 mg/dl,  $p = 0,011$ ), ácido úrico (6, 7  $\pm$  0, 3 para 6, 2  $\pm$  0, 2 mg/dl,  $p = 0,032$ ), gama-GT (36, 1  $\pm$  6, 0 para 29, 8  $\pm$  3, 8 mg/dl,  $p = 0,036$ ), insulina (56, 8  $\pm$  5, 4 para 46, 0  $\pm$  5, 2 U/ml,  $p = 0,011$ ), leptina (56, 4  $\pm$  5, 1 para 43, 9  $\pm$  3, 8 ng/ml,  $p = 0,013$ ), além de redução significativa na resistência à insulina (HOMA-IR 17, 0  $\pm$  2, 5 para 11, 6  $\pm$  1, 8,  $p < 0,001$ ). Não observamos reduções significativas nos níveis de colesterol e fibrinogênio. O impacto positivo da utilização de Sibutramina na sensibilidade à insulina e consequente melhora de seus marcadores metabólicos devem ser encarados não apenas como uma redução na morbidade da super-obesidade, mas provavelmente como um redutor do risco cirúrgico e anestésico neste grupo de doentes.

## 136

## EMAGRECIMENTO E CONTROLE DE COMORBIDADES NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA SOB REGIME DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Leonardo Corrêa de Oliveira Rodrigues\*, Fernando Luiz Barroso, Neuza Aleluia Matteotti, Sandra Marques Silva, Bernardo de Barros Giffoni  
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Geral de Ipanema

A segurança da Cirurgia Bariátrica aumenta com a perda de peso pré-operatório. O sucesso do emagrecimento em regime ambulatorial é de apenas 20 % em nosso serviço. Por isso, criou-se um programa de emagrecimento em regime de internação para os pacientes super-super obesos ou portadores de comorbidades

importantes.

Dez pacientes foram internados para emagrecimento pré-operatório e controle das comorbidades sendo 5 homens e 5 mulheres, com idades variando entre 19 e 50 anos (média de 39, 84 anos), com IMC entre 58, 55 e 84, 1 (média de 74, 14) e pesos entre 155, 0 e 238, 7 Kg (média de 203, 06 Kg). As comorbidades mais importantes encontradas foram hipertensão arterial (6 casos - 60%), apnéia do sono (3 casos- 30%), osteoartopatas (6 casos-60%), cardiopatas (4 casos-40%), dermatopatas(2 casos- 20%), asma brônquica de difícil controle (1 caso- 10%), linfangioma de MID (1 caso - 10% e tumor de parede abdominal (peso do tumor de 22, 0 Kg; 1 caso - 10%). O período de internação variou de 16 a 150 dias (média de 72, 43 dias). Todos foram submetidos a uma dieta de 1000 kcal/dia, suporte psicológico e psiquiátrico, exercícios, e fisioterapia respiratória.

Após o período de internação hospitalar houve uma perda ponderal variável entre 6 a 39, 5 Kg com média de 17, 97 Kg, contribuindo com uma maior tolerância aos exercícios físicos, melhoria das comorbidades e controle do peso corporal, diminuindo o risco cirúrgico. Concluiu-se que a internação pré-operatória para emagrecimento e controle das comorbidades evitou complicações pós-operatórias importantes.

## 137

### ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E CONSENTIMENTO INFORMADO.

I. Raseria Junior<sup>1</sup>; E. C. Shiraga, ADV<sup>1</sup>; Y. G. Palauro<sup>1</sup>, V. Fazanaro<sup>1</sup>; J. Vilhena<sup>1</sup>; L. R. G. Coelho<sup>1</sup>, J. S. Tangerino<sup>1</sup> e M. R. M. Oliveira<sup>2</sup>

1. Bariátrica Clínica Cirúrgica: Centro de Cirurgia de Obesidade do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, 2. Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

O paciente mais bem preparado do ponto de vista técnico, nutricional e psicológico tem um pós-operatório mais tranquilo. Desta forma, estabelecer um vínculo de confiança entre médico-paciente é de extrema importância, com a equipe multidisciplinar atuando como intermediadora do conhecimento médico leigo em toda sua essência.

Vale lembrar que a cirurgia funciona como um "instrumento" pelo qual o cirurgião e toda sua equipe multidisciplinar deve ensinar como usa-lo adequadamente, para obter melhores resultados pós-operatórios, tanto no aspecto físico como emocional.

Assim sendo, o consentimento informado é uma forma de conscientizar estes pacientes sobre o funcionamento dos procedimentos que irão fazer e das mudanças no estilo de vida, de forma objetiva e direta. O objetivo é trazer o paciente e seus familiares à realidade de um contrato que até agora tinha sido verbal. Realidade esta que, cada uma das partes deve cumprir para chegarmos a um objetivo comum: MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE.

No período de Setembro de 1998 a Setembro de 2001, foram analisados 236 pacientes, sendo 192 (81, 35%) do sexo feminino e 44 (18, 65%) do sexo masculino, com idade média de 39 anos e IMC médio de 50, 4 kg/m<sup>2</sup> (mínimo de 35, 9 e máximo de 78, 4).

## 138

### TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DA OBESIDADE MÓRBIDA.

I. Raseria Junior<sup>1</sup>; E. C. Shiraga, ADV<sup>1</sup>; Y. G. Palauro<sup>1</sup>, V. Fazanaro<sup>1</sup>; J. Vilhena<sup>1</sup>; L. R. G. Coelho<sup>1</sup>, J. S. Tangerino<sup>1</sup> e M. R. M. Oliveira<sup>2</sup>

1. Bariátrica Clínica Cirúrgica: Centro de Cirurgia de Obesidade do Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba, 2. Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

Vídeo didático abordando aspectos evolutivos, clínicos e epidemiológicos sobre obesidade, indicações cirúrgicas, com detalhes sobre organização e funcionamento da equipe multidisciplinar. Nossa equipe multidisciplinar é composta por psicólogos (com atendimento individual e/ou em grupo); nutricionistas, com cozinha experimental; profissionais da área de educação física, bem como assessoria jurídica, responsável pelo Consentimento Informado.

## SESSÃO DE VÍDEOS IX

### Coordenador de Vídeos IX: Neusa A. M. Santana

## 139

### REPRODUÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DA GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA PRECONIZADA POR RAFAEL CAPELLA PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

L. H. Sousa, M. R. Ribeiro Jr, M. di Bonifacio, I. Jorge Filho, L. H. Sousa Filho - Santa Casa de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto, SP

Ultimamente observa-se um aumento significativo da população de obesos em todo o mundo. Vários tratamentos clínicos e procedimentos cirúrgicos têm sido desenvolvidos e estudados para correção desta doença. Um dos procedimentos que tem sido relatado na literatura mundial e nacional efetivo no controle da obesidade severa é a gastroplastia vertical com banda preconizada pelo professor Rafael Capella - New Jersey - USA - que tem publicado resultados satisfatórios no que se refere à perda de peso, taxa de complicações como também mortalidade aceitáveis, porém realizadas pela sua equipe pelo método convencional.

Os autores desse vídeo mostram a reprodução passo-a-passo da técnica de Capella realizada por videolaparoscopia incluindo o reforço da linha de grampos na pequena bolsa gástrica, bem como o uso da banda de prolene e também a anastomose bolsa gástrica-jejunal término lateral totalmente manual.

Acredita-se que o procedimento de Capella realizado por vídeo trará como vantagens as já consagradas vantagens de qualquer procedimento digestivo realizado pelo método laparoscópico, quais sejam: menor dor pós-operatória, caminhar, alimentar e retorno das atividades habituais mais precoces e, conseqüente, diminuição das taxas de embolia pulmonar, pneumonia e a já observada diminuição de infecção de parede abdominal, bem como hérnia incisional.

## ÍNDICE ALFABÉTICO POR PRIMEIRO AUTOR

NOME	TÍTULO ABREVIADO	No.
Anderi Jr E et al	Experiência inicial do serviço	72
Antonini DR et al	Avaliação nutricional	101
Arasaki CH et al	Cirurgia de obesidade	1
Arruda P et al	Padronização técnica do implante	62
Azevedo AP et al	Cirurgia bariátrica em paciente	107
Barreto O et al	Incisão subcostal	60
Beani Jr A et al	Cirurgia bariátrica	121
Berti LV et al	Cintilografia no esvaziamento	24
	Gastrostomia e drenagem	86
Bettini SC et al	Avaliação das vilosidades	66
	Perda ponderal	68
Brenner AS et al	Gastroplastia vertical	67
Camargo JP et al	Evolução no pós-operatório	65
Carim JAV et al	Retirada de banda	94
	Recolocação de banda	118
Casagrande DS et al	Terapia nutricional	15
Chaves LC et al	Cirurgia bariátrica - Resultado	7
	Complicação tardia da cirurgia	26
	Cirurgia bariátrica - Organização	69
	Complicação pouco relatada	70
	O papel da endoscopia	74
	Tratamento cirúrgico	36
Cintra Jr W et al	By pass gástrico videolaparoscópico	116
Cohen RV et al	Complicações clínicas	103
Concon Filho A et al	Perda ponderal pós cirurgia	104
	Análise crítica dos exames	105
	Variação do peso corpóreo	106
Coppoli F et al	Características da saúde	49
Costa MEVM et al	Complicações clínicas e cirúrgicas	88
Cruz MRR et al	Avaliação da eficácia	52
	Assistência nutricional	75
Dalcanale L et al	Perfil do obeso	55
	Abordagem nutricional	56
	Influência dos hábitos	124
Elias AA et al	Complicações relacionadas com o anel	87
Engler-Pinto Jr P	Tratamento cirúrgico da obesidade	37
Faintuch J et al	Repercussões da derivação	35
	Contexto patológico	63
Ferraz AAB et al	Cirurgia de Capella	23
	Cirurgia da obesidade	85
Franques ARM et al	Áreas de comportamento	54
Freitas Jr WR et al	Gravidez após cirurgia bariátrica	80
Funes HLX et al	Controle cirúrgico	40
	Bypass gástrico com Y	119
Garrido Jr AB et al	Gastroplastia à Capella	8
	Derivação gástrica- análise	9
	Seguimento de 100 pacientes	82
Gelonese B et al	Avaliação dos níveis	83
	O uso de sibutramina	135
Gil SZ et al	Pequenas intercorrências tardias	97
Godoy E et al	Cirurgia bariátrica no Rio Grande	20
	Padronização do programa	38
	Diagnóstico e manejo	39
Junqueira Jr G et al	Complicações da cirurgia	16
	Gestação e cirurgia bariátrica	17
	Intrusão gástrica tardia	18
	Resultados preliminares da cirurgia	19
Kawahara NT et al	Derivação gástrica videolaparoscópica	117
Kruel NF et al	Neuropatia periférica responsiva	76
	Bypass gástrico em Y	77
Lapenda G et al	Complicações clínicas e cirúrgicas	99
Larino MA et al	Perda de peso e características	108
Leme RBA et al	Avaliação quantitativa	13
Libanori HT et al	Derivação biliar-pancreática - Resultados	45
	Lap Band- Técnica via pars flaccida	58
	Operação de Scopinaro	112
	Tratamento videolaparoscópico	120
	Tratamento da hérnia interna	132
Machado PLRC et al	Influência do tempo	123
Madalosso CA et al	Avaliação da função pulmonar	79
Malheiros CA et al	Úlcera de boca anastomótica	126
Manfre PN et al	A importância da fisioterapia	50
Marchesini JB et al	Scopinarização: Uma proposta	46
Marchesini JCD et al	Complicações do balão	59

NOME	TÍTULO ABREVIADO	No.
Matielli JD et al	Operação de Capella em adolescentes	81
Mingardi A et al	Psicoterapia cognitivo-comportamental	51
Motrin CC et al	Experiência cirúrgica preliminar	4
	Uso de dreno subcutâneo	43
Moura Jr LG et al	Gastroplastia à Capella	122
Muller LC et al	Estudo da flora bacteriana	78
Nasser D et al	Bypass gástrico com anel	6
Nicareta JR et al	Perda de peso pós	30
Noé JAB et al	Cirurgia de Capella	3
	Complicações graves na utilização	29
Oliveira MF et al	O impacto das cirurgias	64
Paisani D et al	Avaliação da função pulmonar	21
Pareja JC et al	Gastroplastia redutora com anel	10
	Avaliação endoscópica do reservatório	25
Parreira CRV et al	Avaliação psicológica	102
Paiiva D et al	Derivação bílio-pancreática	44
Peixoto JC et al	Varição dos compartimentos	48
Pilla VF et al	Correlação entre leptina	133
	Cirurgia bariátrica na obesidade	134
Pitombo CA et al	Banda gástrica X bypass	28
Ramos A et al	Banda gástrica ajustável	33
	Cirurgia de Scopinaro	47
	Anestesia para cirurgia	61
	Sistematização técnica	90
	Operação de Fobi-Capella	91
	Erosão e migração	92
	Gastroplastia com anel	127
	Gastroplastia com bypass	128
	Gastroplastia vertical com anel	129
	Proposição de nova sistematização	130
	Gastroplastia vertical com banda	131
Rasera Jr I et al	Orientação ao paciente	137
	Tratamento multidisciplinar	138
Rizzoli J et al	Redução de peso e evolução	14
	Melhora na qualidade	42
Rodrigues LCO et al	Estudo dos pacientes	95
	Estudos dos pacientes	96
	Emagrecimento e controle	136
Rodrigues MPF et al	Impacto do anel	71
	Método do estiramento	125
Rudner MA et al	Perda de peso	12
Sallet JA et al	Técnica brasileira de colocação	11
	Resolução videolaparoscópica	27
	Análise dos resultados	32
	Padronização técnica	34
	Estudo multicêntrico brasileiro	57
	Uso do BIB em pacientes	73
	Conversão de banda gástrica	110
Scarcello J et al	Obesidade e transtorno	100
Schmitt MS et al	Cuidados de enfermagem	53
Segal A et al	Relato de caso- Obesidade	109
Sena ACR et al	Anastomose gastrojejunal	111
Silva LE et al	Videogastroplastia redutora	2
	Tratamento videolaparoscópico	93
Silva LGO et al	Análise da incidência	84
Sousa GS et al	Neuropatia pós gastroplastia	22
	Estudo prospectivo duplo-cego	41
Sousa LH et al	Reprodução videolaparoscópica	139
Szego T et al	GVYR videolaparoscópico	114
	Banda gástrica ajustável	115
	Gastroplastia redutora	113
Tinoco RC et al	Impacto da cirurgia bariátrica	98
Uellendahl M et al	Cirurgia de Capella	5
Valezi AC et al	Banda gástrica ajustável	31
Vilas-Boas ML et al	Contribuição pessoal à técnica	89