

Declaração Conjunta de Posição Atualizada sobre Procedimentos Bariátricos e Metabólicos da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)

A obesidade é uma doença crônica e progressiva que possui aspectos fisiológicos complexos e múltiplos que requerem diversas intervenções para avançar em seu tratamento e prevenção (1). Nesse sentido, a técnica cirúrgica selecionada deve considerar a individualidade de cada paciente. Nossa busca por qualidade e melhores resultados requer uma mudança fundamental para o cuidado baseado em valor, focando principalmente no paciente.

A cirurgia bariátrica e metabólica (CBM) é um tratamento durável e bem comprovado da obesidade e de suas comorbidades, e sua frequência está aumentando em todo o mundo. Cada paciente obeso é único e exige uma abordagem particular. Um mesmo mesmo procedimento cirúrgico não serve a todos.

O crescimento mundial da cirurgia revisional pode ser um alerta em relação às nossas escolhas da operação primária (2). Nossas tarefas são ampliar nossas opções e reformar procedimentos clássicos para operações mais eficientes, pautadas pela imensa quantidade de dados e conhecimento fisiológico que está sendo produzida continuamente.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é uma agência reguladora federal. O CFM supervisiona e regula a prática médica no Brasil desde 1951 (5).

A atual resolução do CFM (nº 2131/15) que regulamenta a cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil autoriza exclusivamente a seguinte lista de cirurgias: (I) Bandagem gástrica laparoscópica ajustável; (II) gastrectomia vertical; (III) Bypass gástrico Roux-en-Y; e (IV) derivação biliopancreática. As outras cirurgias e até mesmo algumas modificações simples desses procedimentos clássicos ainda são consideradas pelo CFM como cirurgias experimentais (6).

A cirurgia é uma área de melhorias frequentes, desde táticas simples até melhor compreensão das questões fisiológicas. Portanto, está em constante evolução. Diante desse raciocínio, o I Fórum Brasileiro de Cirurgias Emergentes (#1BESF) materializou-se com o objetivo de atualizar as declarações de nossas sociedades para sincronizá-las com os sentimentos e entendimentos da maioria de nossos membros e também servir de guia para futuras decisões em nosso país e no mundo.

A #1BESF ocorreu na Capital do Estado de São Paulo, Brasil, no dia 9 de outubro de 2021. O Fórum foi um esforço colaborativo entre a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD). O objetivo era examinar os procedimentos cirúrgicos bariátricos/metabólicos utilizados no Brasil e em outros países do mundo para tratar a obesidade que ainda não está listada na resolução do CFM.

Essas três sociedades cirúrgicas, responsáveis pela certificação dos cirurgiões bariátricos brasileiros (SBCBM, CBC e CBCD), perceberam que era hora de avaliar algumas técnicas e expressar uma posição atualizada.

O Fórum Brasileiro de Cirurgias Emergentes integrou mais de 400 especialistas e acadêmicos sobre cirurgia bariátrica e metabólica representando as três sociedades cirúrgicas: SBCBM, CBC e CBCD. Alguns palestrantes internacionais participaram online e apresentaram suas experiências pessoais com as técnicas em discussão e enfatizaram a política regulatória em seu país.

Poucas semanas após a #1BESF, representantes das Sociedades Patrocinadoras contribuíram para a elaboração deste documento. Um subgrupo de trabalho foi formado para levantar dados sobre segurança, reprodutibilidade e resultados. Chegamos a quatro resoluções importantes.

Além do Índice de Massa corpórea (IMC)

Os procedimentos bariátricos continuam sendo a intervenção mais eficaz e segura para obesidade acentuada. A tomada de decisão clínica deve ser baseada em evidências no contexto da doença crônica. Uma abordagem de equipe para cuidados perioperatórios é obrigatória, com especial atenção às questões nutricionais e metabólicas.

Diferentes tipos de cirurgia metabólica têm efetivamente tratado e até mesmo evitado a diabetes tipo 2 (T2D), reduzindo a taxa de mortalidade a longo prazo em comparação com a medicina clínica em pacientes com obesidade mórbida em grandes estudos prospectivos longitudinais (5).

Dados de qualidade dos RCTs estabeleceram que os procedimentos bariátricos são mais eficazes do que as intervenções médicas ou de estilo de vida para induzir a perda de peso e a remissão inicial do diabetes tipo 2, mesmo em pacientes com obesidade inicial com IMC entre 30,0 e 35 Kg/m².

Evidências crescentes sugerem que as operações bariátricas são seguras e eficazes para o cuidado com diabetes tipo 2 entre pacientes com IMC acima de apenas 30 kg/m², ou talvez até menor. Notavelmente, nem a perda excessiva de peso nem a desnutrição generalizada têm sido relatadas com operações padrão nesses pacientes menos obesos.

Atualizando nossa declaração, concluímos que a decisão de se submeter à cirurgia deve ser baseada em um processo de tomada de decisão multiprofissional de alta qualidade e não se limitando àqueles com IMC acima de 35 Kg/m². Aceitamos que pacientes com IMC superior a 30 Kg/m² podem ser candidatos à cirurgia metabólica, se todo o quadro clínico for favorável.

OAGB - BYPASS GÁSTRICO DE UMA ANASTOMOSE

O bypass gástrico de anastomose única (One-anastomosis gastric bypass - OAGB) foi descrito pela primeira vez por Rutledge em 1997 e relatado em 2001 (6). O procedimento ganhou progressiva aceitação em todo o mundo com várias grandes séries publicadas nos EUA, Alemanha, Itália, Espanha, Índia, Taiwan, Irã, Israel, Egito, França e Reino Unido.

A Federação Internacional para Cirurgia de Obesidade e Distúrbios Metabólicos (IFSO) encomendou uma força-tarefa para determinar se o OAGB é um procedimento seguro e eficaz como opção cirúrgica para o tratamento da obesidade e doenças metabólicas com base em dados dos anos de 2017, 2018, 2020 e 2021 (7-10). O Reino Unido tem uma declaração de posição sobre este procedimento que permite que cirurgiões individuais o realizem em sua prática de rotina com escrutínio de seus dados (11).

Quando avaliamos o grande volume de publicações sobre o OAGB, há uma considerável falta de padronização em seu nome. É comum encontrar na terminologia os nomes mini bypass gástrico, bypass gástrico de uma anastomose, bypass gástrico em ômega, BAGUA, entre outros.

Durante #1BESF, concluímos que a unificação das nomenclaturas é importante para fins científicos e didáticos. Uma multiplicidade de nomes traz confusão e insegurança. Portanto, o nome bypass

gástrico de uma anastomose (OAGB) é descritivo da anatomia e da origem e deve ser preferido. O mesmo princípio deve ser aplicado para todos os procedimentos.

Os resultados do OAGB são muito bons em termos de curto tempo operacional, baixa taxa de complicações perioperatórias, perda de peso, remissão de boas comorbidades (T2DM, Hipertensão, OSAS e Dislipidemia) e os desfechos aparecem pelo menos equivalentes a outros procedimentos cirúrgicos bariátricos.

O OAGB está se tornando cada vez mais popular em todo o mundo, como mostram os inúmeros artigos publicados ao longo dos últimos 20 anos, apoiando a operação como um procedimento curto e direto com resultados muito bons, baixas taxas de complicações, curva de aprendizado mais curta e totalmente reversível sem dificuldades técnicas significativas (12-13).

As três sociedades concluíram em juntar que há evidências suficientes para incluir o OAGB como um procedimento cirúrgico bariátrico e metabólico padrão aceitável.

OADS - DUODENAL SWITCH DE UMA ANASTOMOSE.

O duodenal Switch de uma anastomose (OADS, também conhecido como SADI-S) é um procedimento relativamente novo foi proposto como uma variante do procedimento de interruptor duodenal (DS) atualmente aceito. A abordagem consistiu em menos anastomoses, visando diminuir a complexidade geral da operação e, assim, o risco de complicações.

OADS foi proposto por Sánchez-Pernaute et al. em 2007 (14) como uma modificação do DS, anastomosando o duodenum diretamente a uma alça de íleo de 250 a 300 cm proximal à válvula ileocecal, eliminando a necessidade da anastomose jejunal-ileal (20). Os benefícios teóricos sobre o DS incluíram a redução do risco operacional eliminando uma anastomose com perda de peso potencialmente semelhante e benefícios à saúde.

Os benefícios do OADS como uma operação autônoma na perda de peso e no controle diabético de longo prazo tornaram-se evidentes em um estágio inicial (15). Vários autores utilizaram o OADS como parte de um procedimento de duas etapas, juntamente com uma manga gástrica, na tentativa de aumentar sua eficácia, especialmente para obesidade super mórbida (índice de massa corporal [IMC] > 60 kg/m²).

Recentemente, uma revisão sistemática da literatura, incluindo 14 estudos, relatou 11 meses após o OADS, a perda média total de peso corporal variou de 21,5 a 41,2%, sem recuperação de peso observada após 24 meses. A taxa de resolução de comorbidade foi de 72,6% para diabetes, 77,2% para dislipidemia e 59,0% para casos de hipertensão. A necessidade de reoperação foi a complicação pós-operatória mais comum. Enquanto vários pacientes desenvolveram deficiências de nutrientes, o OADS parece uma operação bariátrica segura e eficaz (16).

O IFSO realizou uma pesquisa abrangente de literatura para identificar estudos relatando qualquer experiência ou desfecho com o OADS e produziu um artigo sólido e convincente, publicado em 2021 (17).

A força-tarefa #1BESF também avaliou o OADS como uma possibilidade táctica em um interruptor duodenal (DS). Assim, respeitando a autonomia do cirurgião, a força-tarefa #1BESF considera o OADS uma possível táctica de procedimento bariátrico/metabólico.

As três sociedades concluíram em equipe que há evidências suficientes para incluir o OADS (também conhecido como SADI-S) como um procedimento cirúrgico bariátrico e metabólico aceito.

SGTB - GASTRECTOMIA VERTICAL COM BIPARTIÇÃO DE TRÂNSITO

A gastrectomia de vertical com bipartição de trânsito com (Sleeve gastrectomy with Transit Bipartition - SGTB) foi descrita por Santoro em 2002 e os primeiros casos notificados em 2004 (18). Esta nova tática cirúrgica cria uma anastomose gastroileal no antro, drenando parcialmente o alimento do estômago diretamente para o íleo. Foi projetado para poupar duodeno e o jejuno de exclusão de nutrientes.

Em 2006, eles demonstraram que o SGTB era capaz de provocar uma perda significativa de peso sem segmentos excluídos de nutrientes e, portanto, sem áreas endoscópicas cegas. De fato, ampliou a resposta neuroendócrina pós-prandial. O SGTB reduziu a produção de grelina e resistina e permitiu que mais nutrientes fossem absorvidos distalmente, aumentando a secreção de GLP-1 e PYY. O diabetes melhorou significativamente sem exclusão duodenal (19).

O procedimento evoluiu com simplificações. Em 2012, Santoro et al. publicaram um artigo mais significativo (20) apresentando resultados de 5 anos de 1020 pacientes obesos submetidos ao SGTB com resultados significativamente potentes (em semelhança com um duodenal switch) apesar de uma bolsa gástrica relativamente grande sem obstáculos mecânicos ao fluxo (uma gastrectomia de manga bem drenada) e nenhuma exclusão do intestino proximal. Os resultados parecem ser obtidos principalmente através de alterações metabólicas, em vez de restrição mecânica e má absorção.

O SGTB é mais simples que um DS; na verdade, o SGTB exige alguns passos a menos do que o DS: a dissecação do duodeno, sua seção e a exclusão proximal do intestino. Isso obviamente preserva funções e acesso endoscópico e a má absorção é diminuída quando comparada a um DS. Na verdade, o objetivo do SGTB era evitar a má absorção e reter os efeitos neuroendócrinos. Isso parece ser suficiente para ainda resultar em perda intensa de peso e remissão ou melhora significativa das comorbidades.

Azevedo et al. (21) confirmaram em RCT a alta potência da remissão do diabetes do SGTB, alcançando remissão completa em 9 em 10 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 grave, todos com IMC < 35 Kg/m² e todos necessitando de insulina exógena. Além disso, confirmaram as elevações significativas em GLP-1 e PYY e também um aumento muito significativo no FGF-19.

Recentemente, Topart et al. (22) compararam os resultados do SGTB e DS; o SGTB foi introduzido lá em 2017, visando reduzir o risco de desnutrição proteica do DS. Obtiveram perda de peso bastante semelhante em pacientes com o índice de massa corporal (IMC) ≥ 50 kg/m² com menor ocorrência de diarreia, menor tempo cirúrgico e melhor nutrição.

Cagiltay et al. (23) compararam SG, OAGB, transposição ileal e SGTB. Eles demonstraram que o SGTB apresentou as menores elevações de glicose após uma refeição mista; a responsividade das células beta à glicose (medida como ΔC -peptídeo/ Δ glucose₀₋₁₂₀) foi maior na bipartição de trânsito e o SGTB obteve a diminuição mais intensa da hemoglobina glicada. Eles destacam que esses achados poderiam ser alcançados no SGTB com o intestino proximal em trânsito, o que é claramente uma vantagem.

O conceito de bipartição foi espalhado. Já existem pelo menos cinco táticas cirúrgicas diferentes sendo examinadas em todo o mundo que incluem a bipartição: uma bipartição de trânsito com uma anastomose (OATB, também conhecida como SASI ou Loop Bipartition), publicada inicialmente por Mui (24), mas popularizada por Mahdy (25); O Braun-TB inicialmente utilizado na Alemanha e publicado por Widjaja (26); uma TB construída com o jejuno (SASJ), em vez do íleo (27); uma bipartição trazendo nutrientes para o íleo, mas com a anastomose no duodeno, em vez de que o antro, de Gagner (28) e finalmente a TB isolada, outra iniciativa brasileira de Godoy (29) que é um procedimento mais fácil, rápido e barato, feito primeiro sem o SG para abordar pacientes superobesos para provocar a perda de peso inicial, enquanto aguardam na fila pela cirurgia definitiva (a adição de SG). Isso mostra o quão influente o conceito de bipartição se tornou.

O SGTB e alguns de seus procedimentos derivados tiveram sua padronização publicada em uma Declaração de Reunião de Consenso Mundial (30) na Índia, em 2019.

O SGTB tem alguma semelhança anatômica com DS. No entanto, não há interrupção do fluxo duodenal e, embora o objetivo do DS seja a má absorção, o objetivo do SGTB é evitá-lo. A ausência de transecção duodenal é um aspecto altamente favorável na segurança e reprodutibilidade. Da mesma forma, a não exclusão intestinal oferece um padrão nutricional mais seguro do que o clássico BPD/DS.

A força-tarefa #1BESF considerou os aspectos anatômicos e fisiológicos do SGTB e verificou uma perda de peso eficiente e resolução de comorbidades relacionadas à obesidade, dado os resultados na literatura. Concluiu-se que há evidências suficientes para incluir o SGTB como um procedimento cirúrgico bariátrico e metabólico aceito.

CONCLUSÕES FINAIS

O Fórum Brasileiro de Cirurgias Emergentes, que ocorreu no dia 9 de outubro de 2021, um esforço colaborativo entre a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) e o Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva (CBCD) atualizam suas posições e concluiu-se que pacientes com IMC superior a 30 Kg/m² ainda podem ser candidatos à cirurgia metabólica se todo o quadro clínico for favorável e eles não devem ser impedidos de obter o tratamento por cirurgia metabólica apenas por causa de um IMC inferior a 35 Kg/m².

Esta força-tarefa também concluiu que há evidências suficientes para incluir na lista de escolhas do cirurgião o bypass gástrico de uma anastomose (OAGB), o duodenal Switch de uma anastomose (OADS) e a gastrectomia vertical com bipartição de trânsito (SGTB) como procedimentos cirúrgicos bariátricos e metabólicos possíveis, mediante as peculiaridades de cada paciente.

Outros procedimentos foram analisados por essa força-tarefa, mas não chegaram a um consenso naquele momento.

Finalmente, os procedimentos cirúrgicos aparecem e são abandonados, movidos por novas descobertas ou novas ideias. Reforçamos a necessidade de coleta contínua de dados precisos, publicação de resultados de longo prazo e avaliações de múltiplos centros e diferentes cirurgiões, pois de tempos em tempos, alguns procedimentos têm que surgir, enquanto outros devem desaparecer. É nosso dever, como Sociedades Cirúrgicas, nos unirmos e reavaliar periodicamente nossas recomendações. A evolução é feita de mudança.

Referências

1. Caballero B. Humanos contra a Obesidade: Quem ganhará? *Adv Nutr.* 2019 Jan; 10(Suppl_1): p. S4-S9.
2. Clapp B, Harper B, Dadoo C, Klingsporn W, Barrientes A, Cutshall M, et al. Trends in revisional bariátrica y cidade utilizando o banco de dados MBSAQIP 2015-2017. *Surg Obes Relat Dis.* 2020 Jul; 16(7): p. 908-915.
3. Senado Federal. DECRETO-LEI N. 7.955 – DE 13 DE SETEMBRO DE 1945 [Internet]. Rio de Janeiro; 1945 [cited 2021 2021 14. Available from: <https://legis.senado.leg.br/norma/533002/publicacao/15765159>.
4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2.131/2015 [site]. Brasília; 2015 [citado 2021 2021 14. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131>.
5. Carlsson LM, Peltonen M, Ahlin S, Anveden Å, Bouchard C, Carlsson B, et al. Bariátrica cirurgia e prevenção de diabetes tipo 2 em indivíduos obesos suecos. *N Engl J Med.* 2012 Ago 23; 367(8): p. 695-704.

6. Rutledge R. O mini-bypass gástrico: experiência com os primeiros 1.274 casos. *Obes Surg.* 2001 Jun; p. 276-280.
7. Mahawar KK, Himpens J, Shikora SA, Chevallier JM, Lakdawala M, De Luca M, et al. A Primeira Declaração de Consenso sobre Um Anastomose/Mini Bypass Gástrico (OAGB/MGB) usando uma abordagem de delfos modificada. *Obes Surg.* 2018 Fev; 28(2): p. 303-312.
8. De Luca M, Tie T, Ooi G, Higa K, Himpens J, Carbajo MA, et al. Mini Bypass gástrico-One Anastomose Gastric Bypass (MGB-OAGB)-Declaração de posição IFSO. *Cirurgia de Obesidade.* 1º de maio de 2018; 28(5): p. 1188-1206.
9. Ramos AC, Chevallier JM, Mahawar K, Brown W, Kow L, White KP, et al. Consensus Conference Contributors. IFSO (Federação Internacional para Cirurgia de Obesidade e Distúrbios Metabólicos) Declaração de Conferência de Consenso sobre Bypass Gástrico One-Anastomose (OAGB-MGB): Resultados de um Estudo Delfos Modificados. *Obesidade Surg.* 2020 Maio; 30(5): p. 1625-1634.
10. De Luca M, Piatto G, Merola G, Himpes J, Chevallier J, Carbajo M, et al. IFSO Update Position Statement on One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB). *Obes Surg.* 2021 Jul; 31(7): p. 3251-3278.
11. Dendrite Clinical Systems & British Obesity and Metabolic Surgery Society (BOMSS). Registro Nacional de Cirurgia Bariátrica do Reino Unido - Terceiro Relatório de Registro 2020 [Internet]. Leitura; 2020 [citado 2021 2021 10]. Disponível em: <https://e-dendrite.com/Publishing/Reports/Bariatric/NBSR2020.pdf>.
12. Carbajo M, García-Caballero M, Toledano M, Osorio D, García-Lanza C, Carmona JA. Um- bypass gástrico de anastomose por laparoscopia: resultados dos primeiros 209 pacientes. *Obes Surg.* 2005 Mar; 15(3): p. 398-404.
13. Kermansaravi M, Shahmiri SS, Davarpanah Jazi AH, Valizadeh R, Weiner RA, Chiappetta S. Reversão à anatomia normal após um desvio de uma anastomose/mini gástrico, indicações e resultados: uma revisão sistemática e meta-análise. *Surg Obes Relat Dis.* 2021 Ago; 17(8): p. 1489-1496.
14. Sánchez-Pernaute A, Rubio Herrera M, Pérez-Aguirre E, García Pérez J, Cabrerizo L, Díez Valladares L, et al. Bypass duodenal-ileal proximal com gastrectomia de manga: técnica proposta. *Obes Surg.* 2007 Dez; 17(12): p. 1614-1618.
15. Sánchez-Pernaute A, Rubio MÁ, Cabrerizo L, Ramos-Levi A, Pérez-Aguirre E, Torres A. Bypass duodenoileal de individualidade com gastrectomia de manga (SADI-S) para pacientes diabéticos obesos. *Surg Obes Relat Dis.* 2015 Set-Out; 11(5): p. 1092-1098.
16. Spinos D, Skarentzos K, Esagian S, Seymour KA K, Economopoulos K. A eficácia do bypass duodenoileal de individualidade com gastrectomia de manga/um interruptor duodenal anastomose (SADI-S/OADS): uma Revisão Sistemática Atualizada. *Obes Surg.* 2021 Abr; 31(4): p. 1790-1800.
17. Brown W, de Leon Ballesteros G, Ooi G, Higa K, Himpens J, Torres A, et al. Single Anastomosis Duodenal-Ileal Bypass com Gastrectomia de Manga/One Anastomosis Duodenal Switch (SADI-S/OADS) IFSO Position Statement-Update 2020. *Obes Surg.* 2021 Jan; 31(1): p. 3-25.
18. Santoro S, Velhote M, Malzoni C, Mechenas A, Damiani D, Maksoud JG. Adaptação digestiva com Reserva Intestinal: Uma Nova Proposta Cirúrgica para Obesidade Mórbida. *Rev Bras Videocir.* 2004 Setembro; 2(3): p. 130-138.
19. Santoro S, Malzoni CE, Velhote MC, Milleo FQ, Santo MA, Klajner S, et al. Adaptação Digestiva com Reserva Intestinal: uma operação baseada em neuroendócrina para obesidade mórbida. *Obes Surg.* 2006 Out; 16(10): p. 1371-9.
20. Santoro S, Castro LC, Velhote MC, Malzoni CE, Klajner S, Castro LP, et al. Gastrectomia de manga com bipartição de trânsito: uma potente intervenção para síndrome metabólica e obesidade. *Ann Surg.* 2012 Jul; 256(1): p. 104-10.
21. Azevedo FR, Santoro S, Correa-Giannella ML, Toyoshima MT, Giannella-Neto D, Calderaro D, Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B. Um teste prospectivo randomizado controlado dos efeitos metabólicos da gastrectomia de manga com bipartição de trânsito. *Obes Surg.* 2018 Out;28(10):3012-3019. doi: 10.1007/s11695-018-3239-3. 29704228.

22. Topart P, Becouarn G, Finel J. A bipartição de trânsito é uma alternativa melhor ao desvio biliopancreatic com interruptor duodenal para superobesidade? Comparação dos resultados iniciais de ambos os procedimentos. *Surg Obes Relat Dis.* 2020 Abr; 16(4): p. 497-502.
23. Cagiltay E, Celik A, Dixon JB, Pouwels S, Santoro S, Gupta A, et al. Efeitos de diferentes estados metabólicos e modelos cirúrgicos no metabolismo da glicose e secreção de peptídeos de células L ileais: resultados do estudo HIPER-1. *Diabet Med.* 2020 Abr; 37(4): p. 697-704.
24. Mui WL, Lee DW, Lam KK. Gastrectomia de manga laparoscópica com bipartição de loop: Uma nova operação metabólica no tratamento de diabetes mellitus obeso tipo II. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(2):56-8.
25. Mahdy T, Al Wahedi A, Schou C. Eficácia do bypass ileal de manga de anastomose única (SASI) para pacientes com obesidade mórbida tipo 2: bipartição gástrica, um novo procedimento de cirurgia metabólica: Um estudo retrospectivo de coorte. *Int J Surg.* 2016 Out; 34:28-34.
26. Widjaja J, Sun X, Chu Y, Hong J, Yao L, Zhu X. Sleeve Gastrectomy com Braun Anastomosis Transit Bipartition (B-TB): a Potential Midway Between Single Anastomosis e Roux-en-Y Transit Bipartition. *Obes Surg.* 2021 Dez;31(12):5500-5503.
27. Sayadishahraki M, Rezaei MT, Mahmoudieh M, Keleydari B, Shahabi S, Allami M. Single-Anastomosis Sleeve Jejunal Bypass, a Novel Bariatric Surgery, Versus Other Familiar Methods: Results of a 6 Month Follow-up-a Comparative Study. *Obes Surg.* 2020 Fev;30(2):769-776.
28. Gagner M. Segurança e eficácia de uma anastomose duodeno-ileal lado a lado para perda de peso e diabetes tipo 2: bipartição duodenal, um novo procedimento de cirurgia metabólica. *Ann Surg Innov Res.* 2015 Out 14;9:6.
29. Godoy EP, Pereira SSDS, Coelho D, Pinto IMM, Luz VFD, Coutinho JL, Palitot TRC, Costa HBF, Campos JM, Brandt CT. Bipartição de trânsito intestinal isolado: uma nova estratégia para cirurgia encenada em superobesidade. *Rev Col Bras Cir.* 2019 Dez 20;46(5):e20192264.
30. Bhandari M, Fobi MAL, Buchwald JN; Grupo de trabalho de Padronização da Cirurgia Metabólica Bariátrica (BMSS): Grupo de trabalho da Cirurgia Metabólica (BMSS): Padronização dos Procedimentos Metabólicos Bariátricos: Declaração de Reunião de Consenso Mundial. *Obes Surg.* 2019 Jul;29(Suppl 4):309-345.