

# Operação anti-diabetes

Novas diretrizes indicam cirurgia de redução do estômago para combater doenças metabólicas

Maria Guimarães

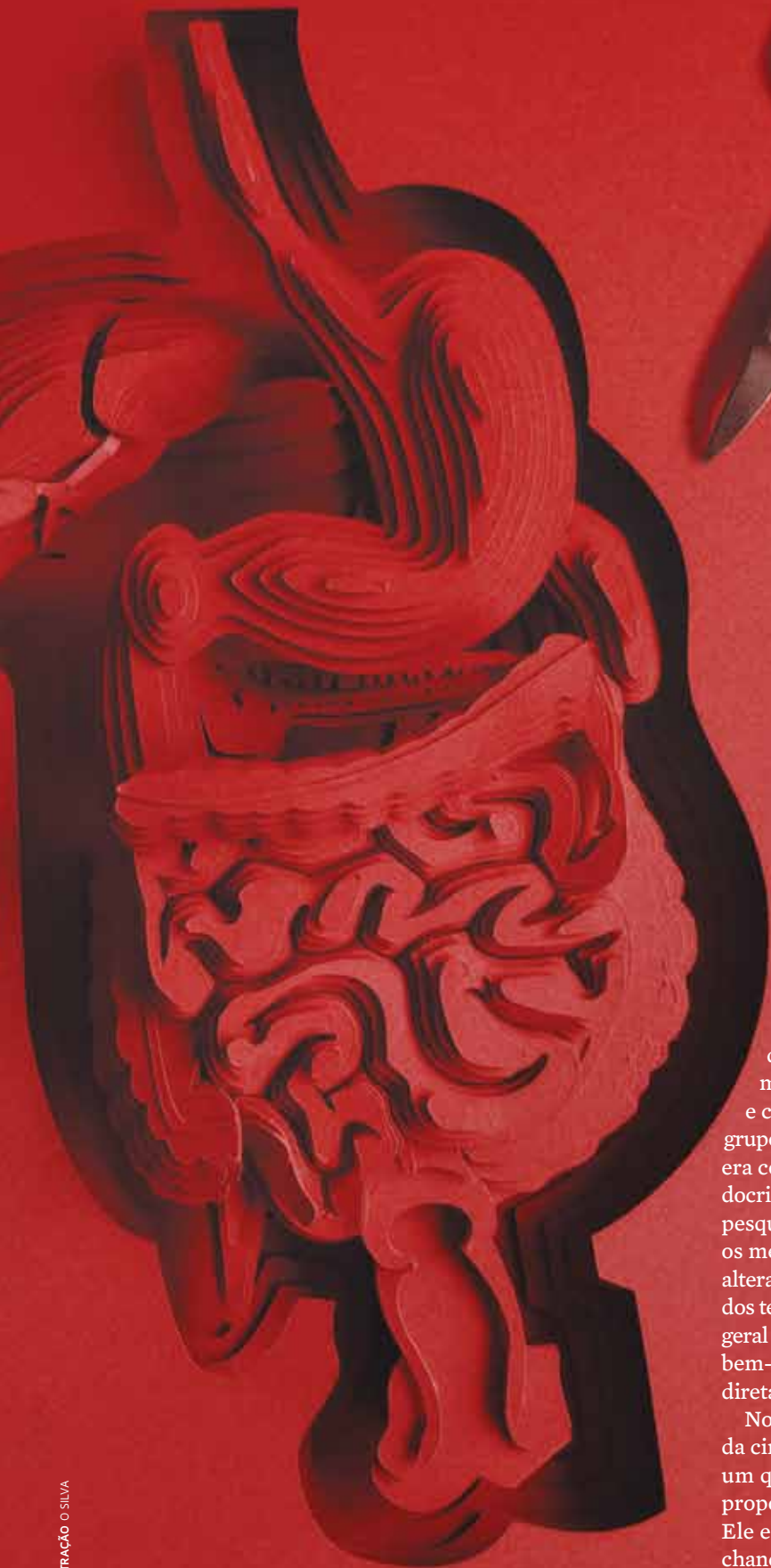
**S**e depender dos cerca de 50 especialistas em diabetes que se reuniram em Londres no ano passado, a cirurgia de redução de estômago deixará de ser apenas assunto de obesos. Por meio de questionários, discussões e votação, a Segunda Cúpula de Cirurgia do Diabetes (DSS-II, na sigla em inglês) traçou diretrizes para o que chamam de cirurgia metabólica, relatadas em artigo publicado em junho na revista *Diabetes Care*. Na prática, a cirurgia pode ser a mesma usada para redução de peso, conhecida como bariátrica, mas o cirurgião Ricardo Cohen, coordenador do Centro de Obesidade e Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em São Paulo, defende o uso de um termo distinto que ressalte a intenção. “Não queremos regulamentar uma cirurgia, isso já existe há décadas”, explica o médico, que participou da DSS-II. “O que queremos é pôr a cirurgia metabólica no algoritmo do tratamento do diabetes.”

A ideia é desvincular a indicação de cirurgia de quadros de obesidade, já que dados internacionais afirmam que 50% dos pacientes de diabetes do tipo 2 têm índice de massa corpórea (IMC) abaixo de 35 quilogramas por metro quadrado (kg/m<sup>2</sup>).

Atualmente, a cirurgia bariátrica é recomendada para quem tem obesidade considerada mórbida, caracterizada por IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, e pode ser aceita para pacientes com diabetes ou problemas cardiovasculares sérios e IMC entre 35 e 40 kg/m<sup>2</sup>. A proposta de alteração na indicação se baseia em centenas de artigos sobre os efeitos metabólicos da cirurgia bariátrica.

Um deles é um estudo feito pelo grupo de Cohen com 66 pacientes que tinham IMC entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup>, com diagnóstico de diabetes feito em média 13 anos antes, que passaram por cirurgia bariátrica e foram acompanhados por seis anos. Os resultados, publicados em 2012 na *Diabetes Care*, mostraram melhora nos índices de diabetes. Ao final do estudo, 88% dos operados continuavam independentes de medicação e 11% tinham voltado a manifestar a doença, em grau mais leve. De acordo com o artigo publicado este mês, aqueles que passam pela cirurgia podem viver, em média, oito anos sem diabetes.

Um acompanhamento de maior escala e mais longo prazo foi feito na Suécia, onde mais de 2 mil pessoas operadas foram acompanhadas por um período de 10 a 20 anos e comparadas a um grupo similar que recebeu tratamento clínico. O estu-



#### CIRURGIA BARIÁTRICA

#### CIRURGIA METABÓLICA

##### Objetivo

Perda de peso e redução de comorbidades

Controle metabólico e de risco cardiovascular

##### Indicação

Índice de Massa Corpórea (IMC)  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ou IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> com problemas associados

Diabetes do tipo 2 não controlado, outros problemas metabólicos e cardiovasculares, IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>

##### Mecanismos de ação

Restrição do estômago e da absorção intestinal

Mecanismos complexos neuroendócrinos

do, conhecido como Sujeitos Obesos Suecos (SOS), vem mostrando melhoras importantes nos índices de diabetes e cardiovasculares. Em conjunto, os dados analisados pelo grupo reunido em Londres, que para aumentar a credibilidade era composto por uma maioria (75%) de não cirurgiões (endocrinologistas, clínicos, gastroenterologistas, diabetologistas, pesquisadores em fisiologia), são indícios suficientes de que os mecanismos desencadeados pela cirurgia – que incluem alterações hormonais, na microbiota intestinal e na resistência dos tecidos à insulina – têm efeito direto no metabolismo. “Em geral a perda de peso acontece com a cirurgia e a consideramos bem-vinda, mas a recidiva do diabetes não parece depender diretamente disso”, diz o médico do Hospital Oswaldo Cruz.

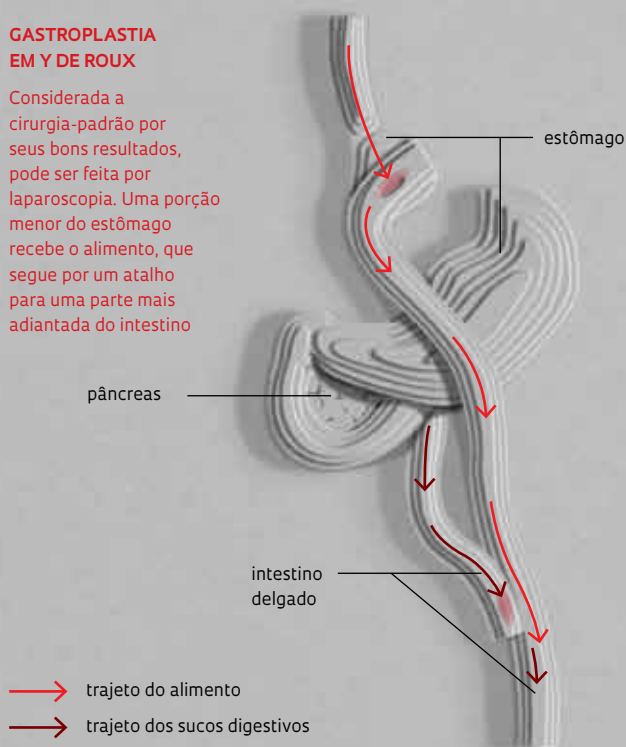
No Brasil, a classificação proposta para avaliar o benefício da cirurgia se daria com base no escore de risco metabólico, um questionário de avaliação dos pacientes. “Os sistemas propostos em outros países são semelhantes”, conta Cohen. Ele estava à espera da publicação das diretrizes da DSS-II, chanceladas por 46 sociedades médicas do mundo todo, para retomar a argumentação no Conselho Federal de Medicina

# Principais procedimentos cirúrgicos

Os três modelos podem ser usados tanto para perda de peso como para controle metabólico

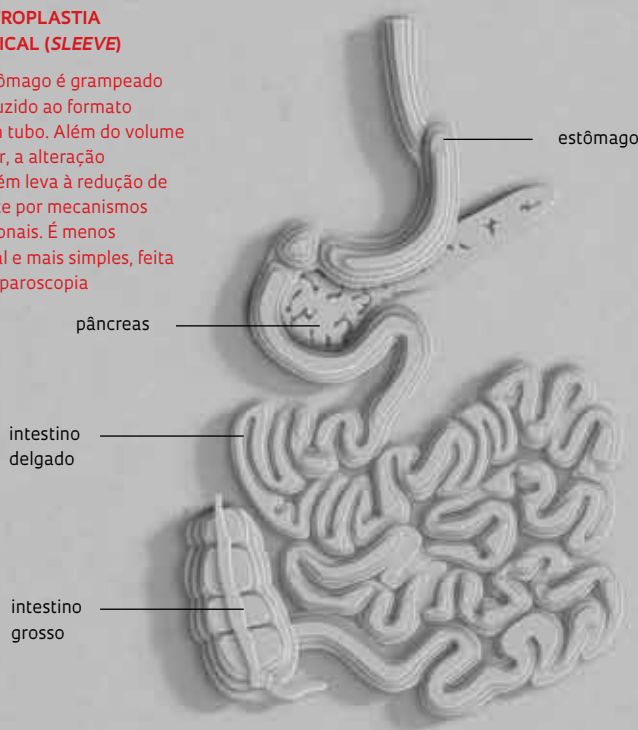
## GASTROPLASTIA EM Y DE ROUX

Considerada a cirurgia-padrão por seus bons resultados, pode ser feita por laparoscopia. Uma porção menor do estômago recebe o alimento, que segue por um atalho para uma parte mais adiantada do intestino



## GASTROPLASTIA VERTICAL (SLEEVE)

O estômago é grampeado e reduzido ao formato de um tubo. Além do volume menor, a alteração também leva à redução de apetite por mecanismos hormonais. É menos radical e mais simples, feita por laparoscopia



(CFM) pedindo a regulamentação da cirurgia metabólica no Brasil.

Os argumentos são fortes, mas não há um consenso. De acordo com o endocrinologista Bruno Geloneze, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), não existe uma cirurgia puramente metabólica. “O impacto metabólico da cirurgia vem em grande parte da perda de peso”, defende. “A pessoa pode ter diabetes com um IMC mais baixo, mas quanto menor o IMC, menores as chances de obter um resultado bom.” Para ele, nesses casos a cirurgia pode não valer a pena.

O procedimento em si é hoje considerado seguro e pode ser feito por laparoscopia, com um baixo índice de complicações durante a cirurgia e logo depois dela. Mas uma avaliação pós-cirúrgica ou clínica pode não corresponder à realidade cotidiana da pessoa – ela terá de alterar a alimentação e talvez não possa mais consumir certos tipos de alimentos, nem grandes quantidades. Feijoadas no fim de semana, daquelas que deixam a pessoa estufada, ou fartas ceias de Natal, passam a ser memórias. “Valer a pena ou não depende de um exame minucioso do potencial benefício de longo prazo com as complicações que podem ocorrer, como aumento de desnutrição, fraturas por osteoporose e suicídio, entre outras”, afirma o médico da Unicamp.

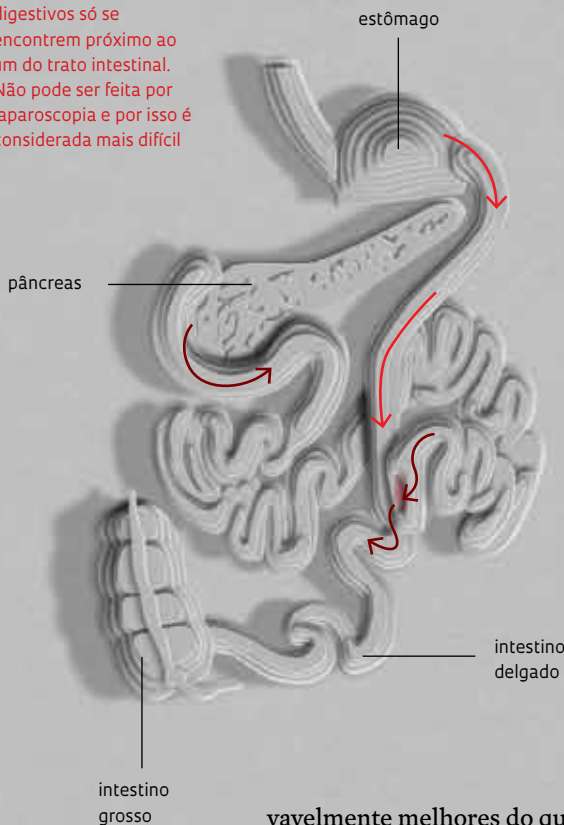
O grupo de Geloneze testou em seres humanos não obesos um modelo de cirurgia metabólica desenvolvido pelo cirurgião Francesco Rubino, do King’s College London, na Inglaterra (que também é primeiro autor do artigo com as diretrizes do DSS-II). O procedimento apenas muda uma porção do intestino de lugar, sem reduzir o estômago, e por isso não envolve perda de peso. “Um ano depois os pacientes tinham reduzido a tomada de insulina”, conta ele sobre os resultados publicados em 2012 na revista *Annals of Surgery*. Os pesquisadores da Unicamp preparam agora o relato do seguimento de cinco anos. Geloneze adianta: a melhora não se manteve. O resultado não o satisfaz. “É uma doença crônica, o efeito do tratamento também tem que ser crônico.”

Para pessoas com obesidade leve, conhecida como classe I (IMC entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup>), ele concorda que a cirurgia é eficaz em reduzir hipertensão, diabetes e outros problemas metabólicos. Tudo isso vem junto com perda de peso, e por isso ele insiste em continuar chamando a operação de bariátrica. Em estudo feito com 36 pessoas nessa classe de obesidade leve, a cirurgia Y de Roux (*ver infográfico*) teve bons efeitos no primeiro ano em todos os índices metabólicos, conforme artigo de 2015 na *Obesity Surgery*. Dois anos depois, o peso e a glicemia continuavam bem controlados e os índices de diabetes estavam pro-

FONTE: BRUNO GELONEZE E RICARDO COHEN

## DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA

O estômago é reduzido e um desvio faz com que o alimento e os sucos digestivos só se encontrem próximo ao fim do trato intestinal. Não pode ser feita por laparoscopia e por isso é considerada mais difícil



vavelmente melhores do que teria sido atingido com um tratamento puramente clínico. Mas, para a maior parte dos pacientes, não se podia falar em cura ou remissão da doença, principalmente naqueles que conviviam com o diabetes há mais tempo. “Quando falamos em 25% ou 30% de reversão, é preciso discutir caso a caso se vale o risco da cirurgia”, avalia o médico.

**A**s divergências de opinião parecem estar mais enraizadas no foco de trabalho de cada um dos pesquisadores do que em disputas dos resultados propriamente ditos. Como pesquisador e clínico, Geloneze busca entender os mecanismos pelos quais a cirurgia atua no funcionamento metabólico. Uma visão que vai de encontro às considerações do DSS-II, que ressaltam a necessidade de pesquisa que explique os aspectos funcionais das partes do intestino no desenvolvimento e no combate ao diabetes. Enquanto esse conhecimento não é alcançado, a prioridade do grupo que se reuniu em Londres é garantir o acesso à cirurgia (inclusive por meio de regulamentação que permita a cobertura por planos de saúde) dos pacientes sem obesidade mórbida que não conseguem controlar o diabetes unicamente com medicamentos. O IMC mínimo seria 30 kg/m<sup>2</sup> para boa parte do mundo e um pouco menor para os asiáticos, que com menos sobrepeso já

têm um aumento expressivo no risco de desenvolver diabetes. “Os remédios têm melhorado, mas a doença é desgraçada”, diz Cohen.

E é uma ameaça global. A Federação Internacional de Diabetes estimou em 2015 cerca de 415

milhões de pessoas afetadas pela doença, com potencial de aumentar para 642 milhões até 2040, de acordo com artigo de revisão pelo grupo de Cohen aceito para publicação na revista *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. O Brasil é o quarto país nesse ranking letal, com mais de 14 milhões de diabéticos no ano passado. A mortalidade mundial associada à doença, em 2015, foi de 5 milhões: mais do que Aids, tuberculose e malária juntas.

Com novas linhas de pesquisa, Geloneze está interessado em alternativas à cirurgia e ressalta desenvolvimentos farmacológicos promissores, que em sua opinião podem tornar esta discussão anacrônica. Em

parceria com o médico Lício Velloso, também da Unicamp, ele pretende estudar o que acontece com a gordura marrom, um tipo de tecido adiposo considerado benéfico, em pessoas que fizeram cirurgia bariátrica. “Depois da cirurgia, aumenta a produção de GLP-1”, diz, referindo-se ao peptídeo semelhante a glucagon-1, que estimula o tecido adiposo marrom. Segundo Geloneze, a gordura marrom causa um aumento nos ácidos biliares, por sua vez associados à perda de peso e melhora no diabetes. Entender melhor esses mecanismos, ele espera, pode indicar o caminho para se encontrar métodos clínicos que possam vir a substituir a cirurgia. ■

### Artigos científicos

RUBINO, F. *et al.* Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: A joint statement by international diabetes organizations. *Diabetes Care*. v. 39, n. 6, p. 861-77. jun. 2016.

COHEN, R. V. *et al.* Effects of gastric bypass surgery in patients with type 2 diabetes and only mild obesity. *Diabetes Care*. v. 35, n. 7, p. 1420-8. jul. 2012.

FELLICI, A. C. *et al.* Surgical treatment of type 2 diabetes in subjects with mild obesity: Mechanisms underlying metabolic improvements. *Obesity Surgery*. v. 25, n. 1, p. 36-44. jan. 2015.

GELONEZE, B. *et al.* Metabolic surgery for non-obese type 2 diabetes: incretines, adipocytokines, and insulin secretion/resistance changes in a 1-year interventional clinical controlled study. *Annals of Surgery*. v. 256, n. 1, p. 72-8. jul. 2012.

CAMPOS, J. *et al.* O papel da cirurgia metabólica para tratamento de pacientes com obesidade grau I e diabetes tipo 2 não controlados clinicamente. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. No prelo.