Reganho de peso e perda de peso insuficiente após cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para a obesidade, uma doença crônica e progressiva. A perda ponderal após a cirurgia varia individualmente.

Desafios nas definições

Existe um conflito na literatura quanto à definição de perda de peso insuficiente e reganho de peso, pois a maioria dos relatos não diferencia essas duas condições.

- **Perda de peso insuficiente (PPI)** pode ser definida como menos de 20% de perda de peso total após 2 anos de cirurgia, geralmente relacionada à recidiva de doenças associadas.
- **Reganho de peso (RP)** é o ganho ponderal progressivo após atingir a perda de peso nadir bem-sucedida (> 20% de perda de peso total).

Alguns defendem que o RP só deve ser definido se houver recidiva concomitante de comorbidades. A falta de padronização nas definições significa que os dados sobre a prevalência de PPI e RP são desconhecidos.

Causas

As causas de PPI e RP são multifatoriais e estão resumidas na figura 1.

Figura 1 – Potenciais causas de reganho de peso e perda de

peso insuficiente. RP= reganho de peso; PPI= perda de peso insuficiente

Estratégias de tratamento

- **Identificação de não-respondedores**

Como todas as doenças crônicas, a obesidade tem diferentes respostas biológicas individuais ao tratamento. O alto grau de variabilidade na perda ponderal pode ser secundário a uma predisposição genética. Provavelmente num futuro próximo, marcadores vão auxiliar na definição da reposta a diversas opções de tratamento para a obesidade. Estudos mostram que pacientes com perda de peso menor que 500 g/semana entre 3 e 6 meses de pós-operatório provavelmente não chegarão a 20% de perda de peso total. Portadores de índice de massa corpórea acima de 50 kg/m^2 também tem uma forma clínica de obesidade mais grave. Ambas as situações podem necessitar de tratamento farmacológico adjuvante precocemente no pós-operatório.

- **Escolha da intervenção primária**

Indicar o procedimento bariátrico mais adequado é crucial para melhores resultados. A escolha deve ser baseada na maior probabilidade de perda ponderal e melhor controle metabólico a longo prazo. Dada a heterogeneidade da população afetada e seu impacto individual, talvez nunca possamos identificar uma única operação que seja melhor para todos. As cirurgias mais realizadas mundialmente são a gastrectomia vertical (GV) e a derivação gastrojejunal em Y de Roux (DGJYR). A GV tem números mais altos de RP e PPI em estudos randomizados e controlados e séries de casos quando comparada com a DGJYR. A GV é frequentemente associada ao refluxo gastroesofágico levando a um número significativo de cirurgias revisionais. Uma seleção adequada e personalizada do paciente para o procedimento é

obrigatória para os melhores resultados possíveis a longo prazo.

- **Intervenções dietéticas e comportamentais**

São ainda pouco exploradas para prevenção do RP ou mitigação da PPI. Não há estudos que determinem a melhor estratégica dietética naqueles que apresentam reganho ou PPI. Poucos estudos mostram que o tratamento de comportamentos inadequados, como “beliscar “alimentos” podem influenciar os resultados, porém carecem de evidências científicas robustas. Assim como intervenções dietéticas e comportamentais, não há evidência de relação causal direta entre o impacto da atividade física nos resultados pós-operatórios relativos à perda de peso.

- **Farmacoterapia**

A chegada das novas medicações (análogos do GLP1 ou estimuladores do duplo receptor GLP1/GIP) deve mudar o panorama de tratamento dos pacientes com PPI ou reganho de peso. A dúvida é o momento ideal da introdução da medicação.

Será que deve ser rotineira em IMCs >50 kg/m^2? Ou esperar o platô da perda ponderal? Ou ainda esperar o reganho de peso? São necessários estudos de nível elevado de evidência, porém é importante destacar a eficácia destas medicações no tratamento clínico da obesidade e das doenças associadas, como o diabetes tipo 2, e como esses resultados devem ser semelhantes em pacientes operados.

- **Cirurgia revisional e intervenções endoscópicas**

Se indicadas, os pacientes devem ser avaliados pela equipe multidisciplinar e estudos radiológicos e endoscópicos para estudo da anatomia e diagnóstico de eventuais complicações

corrigíveis, como as raras fístulas gastro-gástricas.

Cirurgia revisional e opções endoscópicas após GV e DGJYR

O reganho de peso ou perda de peso insuficiente são mais comuns após a GV do que após DGJYR.

Múltiplas alternativas cirúrgicas para revisar uma GV foram propostas.

- Refazer a GV ou realizar uma plicatura da mesma não tem resultados significantes.
- Embora ainda sem resultados a longo prazo, há mais dados mostrando a maior eficácia da conversão de GV em DGJYR.
- Não há dados suficientes sobre a conversão de GV para novas técnicas propostas, como o bypass de uma anastomose (OAGB) ou a duodenoileostomia de anastomose única (SADI-S)
- Conversões de RYGB em outras operações são anedóticas. Com a nova farmacoterapia, a cirurgia revisional por PPI/RP tende a ter seu número reduzido

Dentre as opções endoscópicas, há propostas de sutura para diminuir o diâmetro da anastomose gastrojejunal após DGJYR ou plicatura endoscópica de uma GV. Os resultados são modestos e ainda com acompanhamento de curto prazo.

Figura 2 – Estratégias de tratamento para perda de peso insuficiente/Reganho de peso após cirurgia bariátrica. PPI = perda de peso insuficiente; IMC = índice de massa corpórea

Referências

1. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013;273(3):219-234. doi:10.1111/joim.12012
2. Manning S, Pucci A, Carter NC, et al. Early postoperative weight loss predicts maximal weight loss after sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc*. 2015;29(6):1484-1491. doi:10.1007/s00464-014-3829-7
3. Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, le Roux CW. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. *The Lancet*. 2022;399(10322):394-405. doi:10.1016/S0140-6736(21)01919-X
4. Perdomo CM, Cohen RV, Sumithran P, Clément K, Frühbeck G. Contemporary medical, device, and surgical therapies for obesity in adults. *The Lancet*. Published online February 2023:S0140673622024035. doi:10.1016/S0140-6736(22)02403-5
5. Franken RJ, Sluiter NR, Franken J, et al. Treatment Options for Weight Regain or Insufficient Weight Loss After Sleeve Gastrectomy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. 2022;32(6):2035-2046. doi:10.1007/s11695-022-06020-0
6. Cohen RV, Cummings DE. Weight Regain After Bariatric/Metabolic Surgery: A Wake-Up Call. *Obesity*. 2020;28(6):1004-1004. doi:10.1002/oby.22822
7. Cohen R. Revisional Bariatric Surgery and Choosing the First Procedure: Twenty-Six Years of Follow-up in the SOS Study. *JAMA Surg*. 2019;154(4):326. doi:10.1001/jamasurg.2018.5107
8. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, et al. Behavioral Predictors of Weight Regain after Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2010;20(3):349-356.

doi:10.1007/s11695-009-9895-6
9. Rudolph A, Hilbert A. Postoperative behavioural management in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials: Postoperative behavioural management. *Obes Rev*. 2013;14(4):292-302. doi:10.1111/obr.12013
10. Lautenbach A, Wernecke M, Huber TB, et al. The Potential of Semaglutide Once-Weekly in Patients Without Type 2 Diabetes with Weight Regain or Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery—a Retrospective Analysis. *Obes Surg*. 2022;32(10):3280-3288. doi:10.1007/s11695-022-06211-9

Como citar este artigo

Cohen RV e Petry TBZ. Reganho de peso e perda de peso insuficiente após cirurgia bariátrica. Gastropedia 2023, Vol 1. Disponível em: https://gastropedia.pub/pt/cirurgia/obesidade/reganho-de-peso-e-perda-de-peso-insuficiente-apos-cirurgia-bariatrica