



## Gastroplastia Endoscópica Vertical (GEV): nova técnica de cirurgia bariátrica minimamente invasiva para tratamento da obesidade

MAGALHÃES L. O<sup>1</sup>; SIQUEIRA S. L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

<sup>2</sup>Médico pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais

### OBJETIVO

Discorrer acerca da técnica da GEV e compará-la com o bypass gástrico realizado por via laparoscópica, considerada, atualmente, o padrão ouro no tratamento cirúrgico da obesidade. Além disso, expor os resultados encontrados nos primeiros dois anos da aprovação da técnica no Brasil.

### MÉTODO

Foi feita uma revisão bibliográfica a partir de artigos científicos das bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, utilizando as palavras-chave “gastroplastia endoscópica vertical”, “técnicas minimamente invasivas” e “obesidade”. Além disso, realizou-se uma busca acadêmica nos livros renomados de cirurgia como SABISTON, 2010; SKANDALAKIS, 1999, a fim de explorar as técnicas bariátricas previamente utilizadas.

### RESULTADOS

O procedimento é indicado para pacientes que não possuem indicações de cirurgia bariátrica, ou seja, portadores de obesidade grau I (IMC entre 30-35) que não apresentam diabetes tipo 2, ou pacientes com obesidade grau II (IMC 35-40) sem qualquer tipo de doença associada. Além destes, pacientes que já realizaram a cirurgia bariátrica convencional e ganharam peso novamente também são candidatos à gastroplastia endoscópica. Para pacientes com IMC maior ou na presença de outras comorbidades, o tratamento de escolha é a cirurgia bariátrica convencional e metabólica.

A técnica usa suturas transmuralis endoscópicas em toda a parede gástrica a fim de fornecer um tubo gástrico de formato semelhante, mas não idêntico, à sleeve gastrectomia. A gastroplastia usa um dispositivo de sutura endoscópico (OverStitch; Apollo Endosurgery Inc., Austin, Texas, EUA), que, acoplado a um endoscópio de duplo canal (GIF-2T160; Olympus Medical Systems Corp., Tóquio, Japão), permite a realização de pontos totais com a utilização de uma agulha curva e fio de polipropileno 2-0. A técnica é realizada sob anestesia geral com o paciente na posição lateral esquerda, e com intubação endotraqueal.

Os pontos podem ser feitos de forma contínua ou separados após apreensão do tecido com a pinça Helix® (Apollo Endosurgery, Austin, TX, EUA), que tem por finalidade tracionar o tecido para dentro do sistema, permitindo sutura em ponto total. Ao final de cada sutura um sistema de fechamento do nó e corte do fio é passado pelo canal de trabalho do aparelho para encerramento da mesma. O primeiro ponto é dado logo acima do nível da incisura angular, sendo realizados pontos em “U” na seguinte ordem: parede anterior ► grande curvatura ► parede posterior, com repetição em sentido contrário

**REFERÊNCIAS:** BAROLA, M. S.; CHEN, M. Y.; NGAMRUENPHONG, S.; KALLOO, A. N.; KHASHAB, M. A.; KUMBHARI, V. Technical aspects of endoscopic sleeve gastrectomy. Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland, USA.

DAYYEH, B. K. A.; EDMUNDOWICZ, S. A.; LARSEN, M. Endoscopic bariatric therapies. American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Volume 81, No. 5 : 2015.

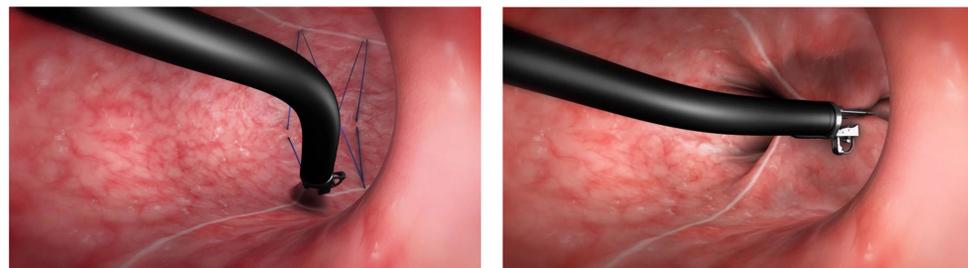
GALVÃO-NETO, M. P.; GRECCO, E.; SOUZA, T. F.; QUADROS, G.; SILVA, L. B.; CAMPOS, J. M. Gastroplastia vertical endoscópica – terapêutica minimamente invasiva para tratamento primário da obesidade. Arq Bras Cir Dig 2016;29(Supl.1):95-97.

HUBERTY, V.; MACHYTKA, E.; BOŠKOSKI, I.; BAREA, M.; COSTAMAGNA, G.; DEVIERE, J. Endoscopic gastric reduction with an endoluminal suturing device: a multicenter prospective trial with 1-year follow-up. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York.

LOPEZ-NAVA, G.; GALVÃO, M. P.; CASTAÑO, B.; CORBELLE, J. P. F.; TRELL, M.; LOPEZ, N. Gastroplastia sleeve endoscópica para tratamento da obesidade: dois anos de experiência. Arq Bras Cir Dig 2017;30(1):18-20.

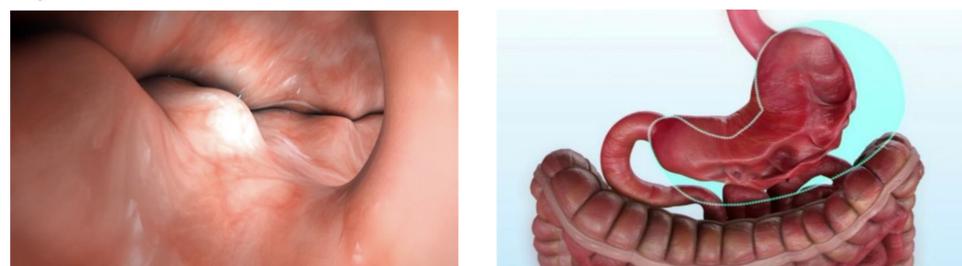
NETO, A. C.; BERNARDO, W. M.; MOURA, D. T.; BRUNALDI, V. O.; MARTINS, R. K.; JOSINO, I. R.; SOUZA, T. F. The Effectiveness of Endoscopic Gastroplasty for Obesity Treatment According to FDA Thresholds: Systematic Review and Meta-Analysis Based on Randomized Controlled Trials. Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2018.

SOWIER, A.; PYDA, P.; BORUCKA, A. M.; SOWIER, S.; BIATECKI, J.; KAPTURZAK, J. Initial experience with endoscopic sleeve gastrectomy in Poland. Pol Przegl Chir 2018; 90 (2): 16-22.



Legenda: esquema das suturas endoscópicas da técnica de gastroplastia endoscópica vertical.

O procedimento completo tem durabilidade média de 45 a 90 min; para o controle pós procedimento, o paciente é mantido em regime hospitalar por 12 a 24 horas, com início à dieta líquida progressiva, tendo retorno às suas atividades normais 72 horas após a realização da cirurgia, enquanto que na cirurgia bariátrica convencional o paciente permanece entre uma e três horas na mesa de cirurgia e de dois a quatro dias internado. O tratamento é mantido inicialmente com anti-ácidos, analgésicos e anti-eméticos na demanda necessária durante a primeira semana. Prevê-se que os doentes irão sentir pouco ou nenhum desconforto do procedimento endoscópico. Menores efeitos colaterais podem incluir dor de gás por distensão abdominal, náuseas, dor de garganta, assim como possíveis sangramentos que em sua maioria são autolimitados



Legenda: aspecto endogástrico final após conclusão do procedimento da gastroplastia endoscópica vertical.

Além disso, a nova técnica não prejudica as funções de produção de hormônios e de saciedade, enquanto no chamado “padrão ouro”, a redução da produção hormonal é muito maior. Como toda cirurgia, a gastroplastia endoscópica não é isenta de risco, embora sua incidência seja menor quando comparada às cirurgias tradicionais, como a gastrectomia vertical (2% vs 9%). É prevista a perda de 50% do peso em excesso (20% a 30% do peso total), com resultados a curto prazo, além do procedimento ser mais barato que as bariátricas convencionais.

### CONCLUSÕES

É possível afirmar que a obesidade vêm crescendo no Brasil e no mundo devido a vários fatores, como o sedentarismo e o consumo excessivo de alimentos hipercalóricos, sendo preciso, então, criar outra forma de combate essa doença, minimizando as várias complicações causadas por cirurgias invasivas. Em comparação ao bypass gástrico, cujo tempo de recuperação pode chegar a um ano, por exemplo, essa nova cirurgia é menos invasiva, com curto tempo de procedimento, o que faz com que os riscos e os desconfortos pós operatórios nos pacientes diminuam. Assim, é possível tratar a obesidade de um modo mais seguro e rápido.