

**ENDEREÇO:**

Rua Agnelo de Brito, 187  
Centro Empresarial Henry Dunant  
1ro. Andar - Bairro Federação  
Salvador - BAHIA – Brasil  
**TELEFONES / FAX:** +55 71 3235-1342  
**E-MAIL:** info@ntco.com.br

## Tratamento do Diabetes em Não Obesos

A obesidade mórbida, também chamada de obesidade grau III, tem pior resposta ao tratamento clínico, sendo que apenas 5% a 10% destes pacientes apresentam perda de peso mantida nos estudos de acompanhamento. Sendo assim, os pacientes são candidatos potenciais ao tratamento cirúrgico, visando à melhora metabólica e o controle dos fatores de risco conseqüentes ao excesso de peso. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução de Nº 1.766/05, determinou as normas quanto às indicações: “Paciente com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup> ou Paciente com IMC maior do que 35 kg/m<sup>2</sup> e co-morbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrite e outras (BRASIL, 2005).

A ciência continua buscando as respostas, mas, até que a doença seja completamente entendida, o controle do excesso de peso é algo que os pacientes devem trabalhar a vida toda. Por isso, é importante entender que nem todas as intervenções médicas atuais, incluindo a cirurgia para a perda de peso, podem ser consideradas como cura. São tentativas de reduzir os efeitos dos excessos de peso e aliviar as conseqüências físicas, emocionais e sociais da doença. Com o tratamento clínico, evidencia-se, em diversos estudos, incapacidade para manter perda de peso ao longo do tratamento, mesmo quando indicadas drogas, cujos efeitos colaterais apresentam-se em maior ou menor grau durante o curso da terapêutica. O tratamento cirúrgico, quando bem fundamentado, e, sobretudo, quando bem conduzido por equipe especializada, consegue resultados satisfatórios, como evidenciado por estudos de longa duração como o “*Swedish Obese Subjects*” ou levantamentos estatísticos multicêntricos (Buchwald 2004, revisado em 2006).

Metanálise de Buchwald e cols.<sup>(45)</sup> demonstrou em 2004 média de 61,2% (58,1%-64,4%) de perda de peso após cirurgia bariátrica para todos pacientes; 47,5% (40,7%-54,2%) para pacientes de banda gástrica; 61,6% (56,7%-66,5%), após bypass gástrico; 70,1% (66,3%-73,9%) para derivação biliopancreática. Além disso, taxas de mortalidade peri-operatória de 0,1% para procedimentos puramente restritivos, 0,5% para bypass e 1,1% para derivações biliopancreáticas. **Diabetes fora solucionado completamente em 76,8% dos pacientes e melhorado em 86%**. Dislipidemia, hipertensão, e síndrome hipopnéia / apnéia do sono resolvidos em 70%, 61,7%, 85,7%, respectivamente. Assim, efetiva perda de peso é encontrada na maioria absoluta dos pacientes, com melhora ou cura de comorbidades associada.

Baseado na observação da cura ou controle do diabetes em taxas citadas acima com o tratamento cirúrgico da obesidade, mesmo antes de haver perda de peso (15 dias ou menos de pós-operatório), alguns autores começaram a pesquisar quais alterações metabólicas acontecem para determinar tão importante fato. Hormônios gastrintestinais foram estudados, constatando aumento da produção de **Incretinas**: O Glucagon-like

**ENDEREÇO:**

Rua Agnelo de Brito, 187  
Centro Empresarial Henry Dunant  
1ro. Andar - Bairro Federação  
Salvador - BAHIA – Brasil  
**TELEFONES / FAX:** +55 71 3235-1342  
**E-MAIL:** info@ntco.com.br

peptide – 1 ( **GLP1**) e Polipeptídeo insulino-trópico dependente de glicose (**GIP**), dentre outros, além da redução de Ghrelina, por exemplo. O GIP e GLP-1, principalmente, são os diretamente relacionados com as melhoras e curas do diabetes.

Estes hormônios são capazes de aumentar a produção de Insulina, com diminuição da morte (apoptose) das células beta das Ilhotas pancreáticas (produtoras de Insulina - hormônio que permite entrada da glicose no interior das células). Com a cirurgia bariátrica, ocorre aumento da produção destas Incretinas em segmentos específicos dos intestinos delgados, que por sua vez melhoram níveis de insulina, com resolução das altas taxas de glicose sérica e hemoglobina glicosilada (Hb A1c), parâmetros para controle do diabetes mellitus. Rubino em trabalho experimental com ratos, criou modelos de cirurgia que possibilitassem incrementos na produção de GIP e GLP-1, sem necessariamente emagrecer. Dessa forma, poder-se-ia aplicar algum método cirúrgico em não obesos (exclusão duodenal) a fim de curar o diabetes. Obtendo êxito em seus modelos, Rubino e cols. acendeu as chamas da esperança em aplicar algum procedimento que se aplique à cura dessa doença que acomete cerca de 8% dos brasileiros segundo estatísticas dos órgãos de saúde pública do país .

Alguns grupos de cirurgiões e endocrinologistas têm submetido propostas de cirurgias aplicáveis em humanos, com aprovação de comitês de ética de algumas universidades (Campinas, São Paulo, Pernambuco e Bahia), em caráter experimental, para iniciar protocolos de tratamento cirúrgico desta entidade o mais breve possível. Contando com isso, nós, cirurgiões poderíamos intervir com mais uma ferramenta para combater esta terrível doença, crônica, mutiladora, e, até então, considerada incurável. Passaríamos a compor um grupo de cirurgiões chamados de **Cirurgiões metabólicos, já que este é o nome das Cirurgias que se propõem.**



**Dr. Adriano Passos Rios**  
**CRM 11072 – Cirurgião Bariátrico e metabólico**



**ENDEREÇO:**

Rua Agnelo de Brito, 187  
Centro Empresarial Henry Dunant  
1ro. Andar - Bairro Federação  
Salvador - BAHIA – Brasil  
**TELEFONES / FAX:** +55 71 3235-1342  
**E-MAIL:** info@ntco.com.br

**CIRURGIA BARIÁTRICA – BYPASS GASTROJEJUNAL, TRATAMENTO PARA OBESIDADE MÓRBIDA. ESTA TÉCNICA SERIA MODIFICADA PARA O TRATAMENTO DO DIABETES EM NÃO OBESOS.**

