



Oficina de Trabalho da SBCBM

Gastrectomia Vertical

CONCLUSÕES

- 1- A gastrectomia vertical (GV) originou-se da derivação bilio-pancreática com *switch* duodenal (BPD-DS).
- 2- Na tentativa de realizar a BPD-DS em dois tempos, para diminuir riscos operatórios, demonstrou-se que a GV isolada foi suficiente para induzir perda de peso consistente em muitos pacientes.
- 3- Estudos demonstraram possíveis alterações motoras gastrointestinais na GV.
- 4- Encontraram-se alterações hormonais na GV sendo uma delas, queda inicial dos níveis de Ghrelina.
- 5- Pacientes submetidos a GV apresentaram perda de peso comparáveis às cirurgias restritivas.
- 6- A sustentabilidade da perda de peso desta operação ainda não foi avaliada em longo prazo.
- 7- Em casos de falha do método é possível converter a GV em BPD-DS ou em Derivação Gástrica em Y de Roux (DGYR).
- 8- A operação pode ser realizada por laparotomia ou preferencialmente por laparoscopia.
- 9- O procedimento não é isento de risco, apresentando complicações por vezes graves e de difícil tratamento.
- 10- A GV pode ser utilizada como cirurgia de revisão.
- 11- A GV pode ser indicada isoladamente.

12- Por tratar-se de operação para controle da obesidade, deve ser realizada em Centros de Cirurgia Bariátrica com equipes multidisciplinares.

13- Aspectos técnicos:

- a. Iniciar a dissecação da curvatura gástrica maior próximo ao piloro (4 a 6 cm)
- b. Completar a dissecação até junto ao ângulo de His com cuidado para não lesar o esôfago.
- c. Seccionar o estômago desde o antro com cargas apropriadas para tecido espesso cranialmente, observar distância segura da incisura angularis evitando estenose neste local e passar às cargas apropriadas para tecido fino no corpo gástrico rente a sonda de calibração.
- d. A sobressutura ou invaginação são opcionais.
- e. Drenagem da cavidade é opcional.

14- Benefício do uso de anel de contenção não foi de consenso.

15- O índice de complicações não pode exceder aos demais métodos cirúrgicos aprovados.

16- A indicação do tratamento operatório deve obedecer aos critérios de indicação cirúrgica da resolução numero 1766-05 do CFM e do Consenso da SBCBM.

17- A SBCBM, cautelosamente coloca que em momento nenhum objetiva interferir na decisão e no julgamento clínico do médico.

18- O julgamento e decisão final sobre qual é a conduta a ser tomada com o paciente é exclusiva do médico assistente. Qualquer conduta, que não esteja de acordo com este posicionamento, não significa má prática médica. O médico assistente deve utilizar dos meios científicos e tecnológicos que estejam disponíveis e sejam adequadas as condutas médicas. A proposta então, deste posicionamento, é ser mais um instrumento para que os médicos alcancem este objetivo.

19- Fundamentado em que a cirurgia bariátrica é um procedimento de meios e não de fins, a GV pode ser empregada para tratamento da obesidade mórbida sem comprometer-se com resultados numéricos em relação à perda de peso.

20- A SBCBM oferecerá uma central de registro para os resultados do uso da GV.

Dr. João Batista Marchesini
Dr. Luiz Cláudio Chaves
Dr. Luiz Alfredo Vieira D'Almeida
Dr. Carlos Haruo Arasaki
Dr. Carlos Eduardo Domene