



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PARECER CFM nº 39/16

INTERESSADO:	Dr. U.S.
ASSUNTO:	Plasma de Argônio para Tratamento do Reganho de Peso Pós Cirurgia Bariátrica.
RELATOR:	Cons. Abdon José Murad Neto

EMENTA: A utilização de plasma de argônio em pacientes submetidos ao *By Pass* Gástrico em Y de Roux, com o objetivo de diminuir o diâmetro da anastomose gastrojejunal, é procedimento experimental, só podendo ser realizado dentro de protocolos clínicos de pesquisa, de acordo com as normas do sistema CEP/Conep.

DA CONSULTA:

O Dr. U.S. solicitou a este CFM orientação/parecer sobre o uso de plasma de argônio no trato gastrointestinal pós-operatório de bariátrica há sete anos.

DO PARECER:

A coagulação por plasma de argônio (CPA) é um método de hemostasia térmico sem contato. Este procedimento é usado primariamente para controlar sangramento de lesões no trato gastrointestinal, e também algumas vezes para destruição de tumores no caso de pacientes onde a cirurgia não está recomendada.

O CPA envolve o uso de um jato de gás de argônio ionizado (plasma) que é dirigido através de uma sonda passada por dentro de um endoscópio. A sonda é colocada a certa distância da lesão, e a lesão tecidual é limitada às camadas superficiais. A profundidade da coagulação é usualmente de apenas poucos milímetros.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

As vantagens teóricas da CPA incluem a facilidade de aplicação, rapidez de tratamento de múltiplas lesões no caso de angiodisplasias em áreas maiores (base de pólipos ressecados ou tumores sangrantes), segurança devido à profundidade reduzida da penetração e baixo custo comparado com o laser.

O equipamento para CPA foi usado primeiramente em procedimentos cirúrgicos abertos e laparoscópicos e em 1991, foi adaptado para uso em endoscopia. Desde então, o CPA tem expandido suas aplicações clínicas no tratamento de várias condições gastrointestinais.

Com relação ao reganho de peso pós cirurgia bariátrica do tipo *By Pass* Gástrico em Y de Roux alguns autores acreditam que a falha do tratamento possa decorrer de um diâmetro aumentado da anastomose gastrojejunal, o que contribuiria para uma falha na restrição, que faria com que o paciente ingerisse uma maior quantidade de alimentos, prejudicando assim a perda de peso almejada. Entretanto, os estudos científicos mais recentes não confirmam esta tese. Além disso, o plasma de argônio aplicado por via endoscópica poderia vir a induzir uma estenose da gastroenterostomia dilatada para melhorar a restrição mecânica à capacidade da pessoa se alimentar.

Apesar de haver um senso comum, desde o início dos primeiros procedimentos bariátricos, de que a restrição mecânica seja um componente importante na perda de peso, não existem estudos controlados mostrando que acrescentar ou incrementar esta restrição mecânica, através do plasma de argônio ou de colocação de algum anel de contenção, possa ser eficaz no tratamento do reganho de peso. Os trabalhos mais recentes demonstram que a perda de peso e a melhora das doenças metabólicas a longo prazo se devem a outros fatores, tais como diminuição da fome e do apetite, melhora da saciedade, aumento do gasto energético basal, aumento do efeito térmico dos alimentos, aumento dos ácidos biliares circulantes, alteração da microbiota intestinal, melhora no metabolismo da glicose e das gorduras, diminuição da resistência à insulina, alteração na comunicação entre intestino e cérebro entre outros. Estas alterações referentes às funções metabólicas se devem mais às mudanças neuro-hormonais ocorridas devido à cirurgia do que a uma simples restrição mecânica.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O efeito da cirurgia com relação à perda de peso e à melhora do metabolismo se deve, nos primeiros dois anos, principalmente à interação entre o efeito do procedimento propriamente dito e a biologia do paciente. O reganho de peso a longo prazo se deve principalmente aos hábitos de vida do paciente, como grau de atividade física e ingestão de líquidos calóricos ou alimentos calóricos e pouco nutritivos e isso não tem nada a ver com restrição mecânica na anastomose gastrojejunal. A restrição mecânica pode inclusive piorar o padrão alimentar do paciente, levando à maior ingestão de carboidratos e gorduras em detrimento da ingestão de alimentos proteicos, que proporcionam maior saciedade.

CONCLUSÃO:

Os estudos mostrando o uso do plasma de argônio para estreitamento da anastomose gastrojejunal através da formação de uma cicatriz são escassos e sem evidência científica suficiente. Existem apenas relatos de casos, e não há qualquer estudo controlado, prospectivo, com evidência científica suficiente para recomendar este procedimento como um tratamento rotineiro.

Pelo exposto, não recomendamos a realização do procedimento em pacientes submetidos ao *By Pass* Gástrico em Y de Roux com o objetivo de diminuir o diâmetro da anastomose gastrojejunal, só podendo o procedimento ser realizado dentro de protocolos clínicos experimentais de pesquisa, de acordo com as normas do sistema CEP/Conep.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, 30 de setembro de 2016.

ABDON JOSÉ MURAD NETO

Conselheiro Relator