

UNIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

KARINNA PAIVA DOMINGOS

**CIRURGIA BARIÁTRICA EM IDOSO, SUPERANDO PRECONCEITOS:**

RELATO DE CASO

SÃO LUÍS

2016

KARINNA PAIVA DOMINGOS

**CIRURGIA BARIÁTRICA EM IDOSO, SUPERANDO PRECONCEITO:**

RELATO DE CASO

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Médica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mestre Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo

Co-orientador: Prof.<sup>o</sup> Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo

SÃO LUÍS

2016

Domingos, Karinna Paiva

Cirurgia bariátrica em idoso, superando preconceito: relato de caso./  
Karinna Paiva Domingos. - São Luís,  
2016.

27 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Francisca Luzia Soares Macieira  
de Araújo

Projeto (Monografia) Graduação, Curso de Medicina,  
Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Cirurgia Bariátrica - Idoso. I. Araújo, Francisca Luzia Soares  
Macieira (Orient.) II. Título.

CDU 616-083:616.9-053.9

KARINNA PAIVA DOMINGOS

**CIRURGIA BARIÁTRICA EM IDOSO, SUPERANDO PRECONCEITO:**

RELATO DE CASO

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Médica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mestre Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo

Co-orientador: Prof.<sup>o</sup> Dr. Gutemberg Fernandes de Araújo

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Ma. Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo (Orientadora)**  
**Mestre em Medicina (Ciências da Saúde)**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof.<sup>o</sup> Dr. Manoel Lages Castello Branco Neto**  
**Doutor em Medicina (Princípios da Cirurgia)**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ma. Maria Zali Borges Sousa San Lucas**  
**Mestre em Medicina (Saúde do Adulto e da Criança)**  
**Universidade Federal do Maranhão**

---

**Prof. Me. Manoel Francisco da Silva Santos**  
**Mestre em Medicina (Clínica Cirúrgica)**  
**Universidade Federal do Maranhão**

SÃO LUÍS

2016

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por guiar minha trajetória.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e coordenação que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Mestre Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo pelo suporte no pouco tempo que lhe coube sempre com atenção e simplicidade. Sendo um exemplo de pessoa e profissional, uma referência de bons princípios.

À minha Turma 92, pelas experiências vividas. De forma especial, agradeço a Diogo Araujo e Lais Dallacqua pelo companheirismo e amizade sincera durante toda esta jornada.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

## EPÍGRAFE

“E cabe ao médico não apenas curar, mas cuidar e zelar pelo seu paciente, tal como um anjo da guarda.”

Autor Desconhecido

## RESUMO

**Introdução:** O tratamento clínico é a primeira opção contra a obesidade, composto por dieta, atividade física, psicoterapia e medicação. Quando ineficaz, o tratamento cirúrgico poderá ser considerado. A cirurgia bariátrica também é o tratamento preferencial para paciente idoso severamente obeso, porém, como tratamento primário, ainda permanece em debate devido a percepção de riscos peri e pós operatórios juntamente com a escassez de resultados a longo prazo. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente idoso submetido a cirurgia bariátrica e seu desfecho. Apontar os principais pontos pró e contra acerca da cirurgia bariátrica no idoso. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de caso, com população de um paciente, realizado no UDI Hospital - São Luís-MA. A coleta de dados foi feita por meio da análise dos prontuários e dos exames complementares anexados aos mesmos. **Conclusão:** O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica, quando bem executada e em pacientes adequadamente selecionados, é capaz de obter resultados satisfatórios e duradouros no que diz respeito ao alívio sintomático e melhoria da qualidade de vida em pacientes idosos obesos graves.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bariátrica. Obesidade. Idoso.

## ABSTRACT

**Introduction:** Clinical treatment is the first option against obesity , consisting of diet, physical activity , psychotherapy and medication. When ineffective , surgical treatment may be considered . Bariatric surgery is also the preferred treatment for severely obese elderly patients , however, as primary treatment remains in debate because the perception of peri- and postoperative risks along with the lack of long-term results . **Objectives:** To report a case of an elderly patient undergoing bariatric surgery and its outcome . Point out the main points about pros and cons of bariatric surgery in the elderly. **Methodology:** This is a descriptive study of the type case report , with a population of a patient held at UDI Hospital - Sao Luis, MA . Data collection was performed by analyzing the charts and additional tests attached to them. **Conclusion:** The reported case and raised publications bring to light therapy discussion , when properly executed, and in properly selected patients can obtain satisfactory and lasting results with respect to symptomatic relief and improvement in quality of life in severe obese elderly patients .

**Keywords:** Bariatric surgery. Obesity. Elderly.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Exames Laboratorias no pré-operatório (03.12.2015)

Tabela 2: Exames Laboratorias no pós-operatório (29.04.2016)

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	OBJETIVOS .....	14
3.	METODOLOGIA .....	15
4.	RELATO DE CASO .....	16
5.	DISCUSSÃO .....	20
6.	CONCLUSÃO .....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	APÊNDICE .....	26

## INTRODUÇÃO

Simultaneamente ao franco processo de envelhecimento da população mundial, vivemos uma pandemia da obesidade, gerando um aumento significativo de idosos obesos.<sup>2, 8, 9</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a idade considerada idosa é estabelecida conforme o nível sócio-econômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos.<sup>10</sup>

O Brasil apresenta uma prevalência de obesidade em pessoas acima de 65 anos de 8,7% entre os homens e de 16,1% entre as mulheres. Nos EUA a incidência de idosos obesos se encontra em aumento progressivo assim como em diversas localidades mundiais; estudo realizado demonstra que na faixa de 60 a 69 anos, 42,5% das mulheres e 38,1% dos homens são obesos. Já entre 70 e 79 anos, 31,9% das mulheres e 28,9% dos homens são obesos.<sup>6, 9</sup>

Obesidade deve ser conceituada com um quadro crônico que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura corporal levando a prejuízo significativo à saúde. A pessoa obesa apresenta um maior risco ao desenvolvimento de comorbidades graves. Doenças como diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia, problemas respiratórios, apneia do sono, doenças gastrointestinais, artrite, doença circulatória venosa, acidentes vasculares cerebrais e certos tipos de cânceres são encontrados com maior frequência em indivíduos obesos. De forma gradual a morbimortalidade aumenta proporcionalmente ao índice de massa corpórea (IMC), reconhecido como padrão internacional de mensuração corporal e relativamente viável como indicador de sobrepeso e obesidade em adultos.<sup>2,3,4,6,10,12</sup>

A obesidade é atualmente uma doença epidêmica, tratada como um problema complexo, e diversos fatores podem estar envolvidos com sua etiologia, incluindo fatores genéticos, hormonais, evolutivos e ambientais. Estudos recentes evidenciam a questão da obesidade como um problema de Saúde Pública.

O tratamento clínico é a primeira opção contra a obesidade, composto por dieta, atividade física, psicoterapia e medicação. Lembrando que o acompanhamento deste paciente deverá ser multiprofissional e interdisciplinar com o objetivo de conscientizar o paciente da necessidade de mudar o estilo de vida para um modo de vida saudável.<sup>3,4,8,9,10</sup>

Ao longo do tempo e especialmente em relação à manutenção do peso perdido, o tratamento clínico tem apresentado pouca efetividade e consistência como tratamento definitivo para a obesidade. Quando o tratamento clínico se mostra ineficaz o tratamento cirúrgico poderá ser considerado, lembrando que para este, existem indicações precisas para sua realização. Desta forma procedimentos cirúrgicos bariátricos têm assumido papel cada vez maior dentro do arsenal terapêutico contra a obesidade.<sup>4,10</sup>

Cada grupo etário possui seus respectivos objetivos acerca do tratamento da obesidade, na faixa etária mais jovem levamos em consideração a prevenção de complicações sistêmicas e diminuição de risco de mortalidade precoce, já nos pacientes idosos, o foco está no aumento da sobrevida livre de incapacidade e na melhora da qualidade de vida e controle das comorbidades. A interferência em alguma atividade funcional está mais relacionada com o IMC do que com a idade. Com base nesta observação, quanto maior o IMC maior o benefício ao idoso depois da operação; deve-se focar no IMC elevado em vez da idade na indicação de tratamento cirúrgico em idosos.<sup>4,9, 10, 13</sup>

A indicação cirúrgica para obesos idosos é semelhante àquela para adultos, conforme determinação da OMS, sendo necessário IMC igual ou superior a 40 ou IMC igual ou superior a 35 kg/m<sup>2</sup>, desde que acompanhado por alguma comorbidade.<sup>3, 4, 8, 9,18</sup>

Neste grupo específico de pacientes, deve-se avaliar com maior rigor a existência de condições clínicas que possam impedir a realização da cirurgia devido à possibilidade de elevação do risco cirúrgico para níveis proibitivos e de sua menor reserva fisiológica. Não existe indicação de técnica específica, embora grande parte dos estudos tenha sido baseada no *by-pass* gástrico devido a sua superioridade a longo prazo.<sup>6, 7, 14, 15</sup>

No Brasil, não existe legislação que estabeleça limite máximo de idade para realização de tais procedimentos.<sup>8,9</sup>

Os critérios para indicação de tratamento cirúrgico da obesidade foram estabelecidos em 1991 por meio de reunião de consenso patrocinada pelo Instituto Nacional de Saúde Norte Americano (NIH). Neste documento, foi estabelecida a idade de 65 anos como limite para que um paciente fosse operado, mas deixando para cada cirurgião ou equipe a possibilidade de avaliar individualmente pacientes mais velhos, considerando a relação risco/benefício caso a caso. Os mesmos critérios foram adotados no Brasil e regulamentados por documentos do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina, que limitaram a indicação inicialmente aos 60 anos e, posteriormente, aos 65 anos. Segundo as regras brasileiras, pacientes com idade superior também precisam ser avaliados caso a caso em relação ao seu risco e benefício de cada caso.<sup>4, 8, 9,10</sup>

A cirurgia bariátrica também é o tratamento preferencial para paciente idoso severamente obeso. O uso da cirurgia bariátrica nos pacientes mais velhos (> de 65 anos de idade) como tratamento primário, ainda permanece em debate devido a percepção de riscos peri e pós operatórios juntamente com a falta de resultados a longo prazo.<sup>7, 10, 14</sup>

Alguns estudos indicam que pacientes idosos conseguem uma perda de peso comparável aos pacientes mais jovens, não relacionado à idade e sim ao IMC e tipo do procedimento cirúrgico.<sup>6, 7, 14, 15</sup>

Outros revelaram que os pacientes que possuem 55 anos de idade ou mais têm um maior número de comorbidades pré-cirúrgicas quando comparados aos pacientes com idade inferior a 55 anos devendo ser avaliados mais amplamente.<sup>14</sup>

Em todo o mundo, decisões cirúrgicas são realizadas caso a caso, devido à falta de orientações específicas em relação a cirurgia bariátrica em idosos.

O tema ganha relevância na medida em que ocorre o envelhecimento populacional, e o número crescente de pacientes idosos com obesidade

mórbida chega aos serviços de cirurgia bariátrica. A idade por si só não deve funcionar como um impeditivo absoluto na indicação cirúrgica.

A escassez de literatura e o fato de a maioria das pesquisas disponíveis serem com um número pequeno de pacientes idosos evidenciam a necessidade de novos estudos sobre o tema. Os resultados apresentados até o momento não foram suficientes para modificar as diretrizes do NIH para cirurgia bariátrica que, em última análise, influenciam as condutas no resto do mundo justificando este projeto.

O presente estudo propõe um relato de caso como forma de discutir o tema, em especial nos âmbitos de autorização e indicação da cirurgia bariátrica em idoso. Com isso, promove-se o conhecimento científico e diminuindo os mitos e preconceitos sobre este tema.

Este projeto justifica-se pela necessidade de contribuir para a compreensão e informação acerca de pacientes idosos submetidos a cirurgia bariátrica.

## **OBJETIVO**

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de um paciente idoso submetido a cirurgia bariátrica, desde o acompanhamento ambulatorial até sua indicação para o procedimento cirúrgico, apontar os principais pontos prós e contra acerca da cirurgia bariátrica no idoso, e relatar o desfecho do caso e a relevância da conduta adotada.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo, observacional, do tipo relato de caso. A população pesquisada é composta por um paciente acompanhado no ambulatório de Cirurgia Bariátrica realizado pela orientadora deste projeto no UDI Hospital. Para seleção da amostra deste estudo foram utilizados critérios de inclusão como, ser paciente do UDI Hospital, com prontuário devidamente registrado nesta Instituição; ser idoso, diagnosticado obeso conforme a OMS, possuir os critérios para realização da cirurgia bariátrica.

O projeto foi submetido à apreciação do UDI Hospital com a devida anuência do setor técnico.

O caso a ser relatado foi obtido somente através da revisão de prontuário, não sendo necessária a realização de procedimentos, exames ou intervenções clínicas adicionais. Para um melhor aproveitamento e organização das informações coletadas foi utilizada uma ficha clínica (apêndice A). A coleta de dados teve início após aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HU-UFMA).

Após a coleta dos dados foi realizada sua análise mediante comparação com dados encontrados na literatura disponível, comparando-se dados pré, peri e pós-operatórios.

## RELATO DE CASO

CAF, 68 anos, masculino, branco, casado, juiz de direito aposentado, natural de Colinas e residente em São Luís – MA. Procurou o ambulatório de cirurgia bariátrica no UDI Hospital encaminhado pela ortopedia e endocrinologia para redução ponderal e melhor controle do diabetes melitus (DM) respectivamente.

Relata piora do sobrepeso na idade adulta, atingindo o peso máximo de 100 kg, com IMC de 35,42 kg/m<sup>2</sup>. Diagnosticado DM tipo II há mais de 30 anos, faz uso de insulina há 15 anos, 83 UI/dia, associado a glimepirida 2mg por dia e empagliflozina (Jardiance®) 25mg. Hipertenso há mais de 10 anos em uso anterior de losartana 100mg por dia. Dislipidêmico, em uso de sinvastatina 20mg, uma vez ao dia. Refere episódios de refluxo gastroesofágico e dores ósteoarticulares necessitando muito das vezes de sintomáticos.

Diagnóstico de mielopatia cervical associada a desequilíbrio de marcha e quedas constantes com indicação de abordagem cirúrgica (sic).

Cirurgia prévia de hiorrafia umbilical e inguinal há 20 anos, com recidiva da hérnia umbilical realizada reoperação há cinco anos. Refere alergia medicamentosa a penicilina.

História familiar de diabetes melitus e sobrepeso (mãe e todos os irmãos). Nega etilismo e relata ser ex-fumante (carga tabágica 20 maços/ano) há 3 anos.

Ao exame físico apresenta estado geral regular, lúcido e orientado, eupneico, normocorado, hidratado, sem edemas em MMII. PA: 140x 70 mmHg  
Peso: 96 kg, IMC: 34,01 Circunferência abdominal: 118cm. Abdômen globoso em avental, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, timpânico, indolor a palpação. Demais aparelhos e sistemas sem alterações. Exames laboratoriais (03.12.2015): Hb: 15,2 g/dl, Ht: 44,3, Plaquetas 190.000/mm<sup>3</sup>, Peptídeo C 2,97, Glicemia em jejum 78 mg/dL, Glicemia pós prandial 144 mg/dL, Hemoglobina Glicosilada 5,60%, Colesterol total: 143mg/dL HDL-c 40,8 mg/dL, LDL-c 77

mg/dL, VLDL-c 25,20 mg/dL, Triglicerídes 126 mg/dL, Uréia 57 mg/dL, Creatinina 1,14mg/dL , Sódio 142mEq/L, Potássio 4,40 mEq/L, Ferro sérico 80 mg/dL, Ácido Úrico 5,86 mg/dL, Ferritina sérica 25,20 mg/dL, Cortisol 10,03 mg/dL, Cortisol 16horas 14,41 mg/dL, Vitamina D Total-25 HIDROXI: 33,55 ng/ml (Tabela 1).

**Tabela 1: Exames Laboratorias no pré-operatório (03.12.2015)**

<b>Exame</b>	<b>Resultado</b>
<b>Hemoglobina</b>	15,2 g/dL
<b>Hematócrito</b>	44,3 %
<b>Plaquetas</b>	190.000
<b>Peptídeo C</b>	2,97
<b>Glicemia em jejum</b>	78 mg/ dL
<b>Glicemia pós prandial</b>	144 mg/dL
<b>Hemoglobina glicosilada</b>	5,6 %
<b>Colesterol total</b>	143 mg/dL
<b>HDL-c</b>	40,8 mg/dL
<b>LDL-c</b>	77 mg/dL
<b>VLDL-c</b>	25,2 mg/dL
<b>Triglicerídes</b>	126 mg/dL
<b>Uréia</b>	57 mg/dL
<b>Creatinina</b>	1,14 mg/dL
<b>Ácido Úrico</b>	5,68 md/dL
<b>Sódio</b>	142mEq/L
<b>Potássio</b>	4,40 mEq/L
<b>Ferro sérico</b>	80 mg/ dL
<b>Ferritina</b>	25,2 mg/dL
<b>Cortisol</b>	10,03 mg/dL
<b>Cortisol 16 horas</b>	14,41 mg/dL
<b>Vitamina D Total-25 HIDROXI</b>	33,06mg/ML

A ecografia do abdome total (03.12.2015) apresentava esteatose hepática ++/4+ e a endoscopia digestiva alta (04.12.2015) evidenciou esofagite erosiva distal e pangastrite enantemática leve.

Foi indicada a cirurgia bariátrica visto que o paciente preenchia os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde – Portaria Nº 424, de 19 de março de 2013. <sup>18</sup>

O paciente passou a ter acompanhamento multiprofissional (médicos, nutricionista, psicólogo) para o preparo pré e pós-operatório. Após avaliação e exames complementares o paciente foi liberado pelas especialidades (Clínica Médica, Pneumologia, Nutrição, Psicologia, Psiquiatria, Anestesiologista e pela Cardiologia) para realização do procedimento cirúrgico. Recebeu orientações sobre pré e pós-operatório conforme protocolo do Ministério da Saúde. No dia 15 de março de 2016, foi submetido à cirurgia bariátrica com a técnica de *Sleeve* gástrico (Gastrectomia Vertical).

**Resultados:** A cirurgia ocorreu sem intercorrências no intra-operatório. O paciente permaneceu em dieta zero no primeiro dia de pós operatório, evoluindo para dieta líquida restrita do segundo dia e líquida completa no terceiro dia do pós operatório, dia em que recebeu alta hospitalar sem intercorrências ou qualquer queixa. O paciente refere que durante as primeiras duas semanas pós procedimento sentiu sede e fraqueza. Refere que após 30 dias começou a ingerir alimentos sólidos em pequena quantidade. Em relação às comorbidades refere melhora dos episódios de refluxo gastroesofágico, dores ósteoarticulares em MMII, cervicalgia e padrão do sono. Cessou o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais, diminuindo o uso das unidades de insulina diária. Atualmente faz uso de Supradyn, Addera D3 e Aspirina. Exames Laboratoriais (29.04.2016): Hb: 14,6g/dL, Ht: 43,6%, Leuco 4.550/mm<sup>3</sup>, Paquetas 233.000/mm<sup>3</sup>, Glicemia em jejum 110mg/dL, Glicemia pós Prandial após 2horas: 167,00mg/dL, Hemoglobina Glicosilada (Alc): 5,9%, Colesterol total: 129mg/dL, HDL-c: 37,7mg/dL, LDL-c 70,1mg/dL, VLDL-c: 26,20mg/dL, Triglicerides: 131mg/dL, Uréia:45mg/dL, Creatinina 0,88mg/dL, Sódio 139mEq/L, Potássio: 4,2mEq/L, Ferro sérico:127 mg/dL, Ferritina sérica:

76,9 ng/mL, Ácido Úrico: 5,72 mg/dL, Vitamina D Total- 25 HIDROXI: 56,06 mg/ml (Tabela 2). Peso atual (10.09.2016) de 83kg apresentando IMC 29,64kg/m<sup>2</sup>. Segue em acompanhamento multiprofissional, sem queixas, apresentando ótima evolução.

**Tabela 2: Exames Laboratorias no pós-operatório ( 29.04.2016)**

<b>Exame</b>	<b>Resultado</b>
<b>Hemoglobina</b>	14,6 g/dL
<b>Hematócrito</b>	43,6 %
<b>Plaquetas</b>	233.000/mm <sup>3</sup>
<b>Glicemia em jejum</b>	110 mg/ dL
<b>Glicemia pós prandial 2h</b>	167 mg/dL
<b>Hemoglobina glicosilada</b>	5,9 %
<b>Colesterol total</b>	129 mg/dL
<b>HDL-c</b>	37,7 mg/dL
<b>LDL-c</b>	70,1mg/dL
<b>VLDL-c</b>	26,6 mg/dL
<b>Triglicerídes</b>	131 mg/dL
<b>Uréia</b>	45 mg/dL
<b>Creatinina</b>	0,88 mg/dL
<b>Ácido Úrico</b>	5,72 md/dL
<b>Sódio</b>	139 mEq/L
<b>Potássio</b>	4,2 mEq/L
<b>Ferro sérico</b>	127 mg/ dL
<b>Ferritina</b>	76,9 mg/dL
<b>Vitamina D Total-25 HIDROXI</b>	56,06mg/ML

## **DISCUSSÃO**

A cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade mórbida deve ser considerada quando outras terapêuticas não foram efetivas e é indicada para pacientes com IMC maior que 40 kg/m<sup>2</sup> ou 35 kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades.<sup>5</sup> No caso relatado o paciente apresentava um IMC de 34,01 kg/m<sup>2</sup> e comorbidades significativas (DM II, HAS, dislipidemia, depressão, doença ósteoarticular grave, DRGE, esteatose hepática moderada).

Os dados que emergem de diversos estudos demonstram que a gastrectomia videolaparoscópica *sleeve* resulta em uma perda de peso substancial e resolução de comorbidades após vários anos de seguimento. Também tem mostrado como sendo adequados para pacientes de alto risco, incluindo os idosos. Como a população envelhece, os pacientes mais velhos serão responsáveis por um número crescente de doenças relacionadas com o peso, e a solução bariátrica pode desempenhar um papel cada vez mais dominante na melhoria da saúde e qualidade de vida deste grupo etário. As taxas de diabetes melitus (52,3%), hipertensão arterial sistêmica(41,46%), apneia obstrutiva do sono (17,88%), dores osteoarticulares (65.85 %), e sintomas da doença do refluxo gastroesofágico (45,52 %) foram significantes, com aumento da prevalência da obesidade e idade<sup>17</sup>. Confirmando as comorbidades descritas, o paciente do caso foi diagnosticado com Diabetes melitus tipo II há mais de 30 anos, hipertensão arterial sistêmica há 10 anos, doença do refluxo gastroesofágico, evidenciando na endoscopia digestiva alta uma pangastrite enantemática leve e, associados a essas comorbidades apresentava dores osteoarticulares e mielopatia cervical.

Os benefícios da perda de peso tendem a ser menores em pacientes superobesos em comparação aos obesos menos severos<sup>16</sup>, como mostra o caso do nosso paciente, ele era um obeso grau I com IMC de 34,01kg/m<sup>2</sup> e obteve grandes benefícios em relação às comorbidades apresentadas antes da cirurgia. A perda de pelo menos 10% do peso corporal, associadas a exercícios é reconhecida como pedra angular no tratamento de pacientes obesos com dores osteoarticulares, e pode conduzir à uma melhora significativa dos sintomas, o alívio da dor, função física e a qualidade de vida relacionada a saúde.<sup>19</sup>

A população de 55 anos ou mais está crescendo rapidamente, graças ao aumento da longevidade, que está levando a um crescimento dos problemas associados com a obesidade e suas comorbidades. Notavelmente, a melhora clínica das comorbidades e a redução no uso de medicamentos são significativas após a cirurgia bariátrica em pacientes mais velhos com perda de peso bem sucedida. Além disso, os pacientes idosos não apresentam elevados riscos de complicações maiores, em comparação as taxas de mortalidade comparáveis aos mais jovens. Portanto, um número crescente de pacientes com mais de 65 anos está solicitando a cirurgia bariátrica<sup>17</sup>. O paciente do caso descrito tinha 68 anos quando procurou o ambulatório de cirurgia bariátrica em busca de melhores controles de suas comorbidades. Em relação as comorbidades refere melhora dos episódios de refluxo gastroesofágico, dores osteoarticulares em MMII, cervicalgia e alteração do padrão do sono. Cessou o uso de analgésicos, anti-hipertensivos e insulina, diminuindo o uso dos hipoglicemiantes orais, com peso atual de 83 kg apresentando IMC 29,64kg/m<sup>2</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão da terapêutica de um paciente obeso idoso, submetido à cirurgia bariátrica, embora adotada em uma minoria de casos, quando bem executada e em pacientes adequadamente selecionados, é capaz de obter resultados satisfatórios e duradouros no que diz respeito ao alívio sintomático e melhoria das comorbidades e da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- WHO. **ACTIVE AGEING: A POLICY FRAMEWORK**. Geneva: Geneva International Network On Ageing, 2012. 60 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.
  
- 2- MARIACHIARA DI CESARE et al. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. **The Lancet**. [S.l.], p. 1377-1396. abr. 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30054-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext)>. Acesso em: 01 abr. 2016.
  
- 3- CARVALHO, Camila Puzzi de. **EMAGRECIMENTO APÓS RESTRIÇÃO DIETÉTICA E CIRURGIA BARIÁTRICA EM PORTADORES DE OBESIDADE MÓRBIDA**: efeitos sobre a sensibilidade à insulina, marcadores inflamatórios e incretinas. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
  
- 4- DR. Celso Luiz Empinotti fala sobre a cirurgia bariátrica em idosos. [s.i.]: Sbc, 2011. Son., color. Disponível em: <[http://www.sbc.org.br/imprensa\\_videos.php?i=2](http://www.sbc.org.br/imprensa_videos.php?i=2)>. Acesso em: 20 mar. 2016.
  
- 5- DELGADO, Priscila Martins; LUNARDI, Adriana Claudia. Complicações respiratórias pós-operatórias em cirurgia bariátrica: revisão da literatura. **Fisioter. Pesqui.**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.388-392, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-29502011000400016>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502011000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502011000400016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 mar. 2016.
  
- 6- PAJECKI, Denis et al. BARIATRIC SURGERY IN THE ELDERLY: RESULTS OF A MEAN FOLLOW-UP OF FIVE YEARS. **Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [s.l.], v. 28, p.15-18, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-6720201500s100006>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202015000600015&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202015000600015&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

7- ILIAS, Elias Jirjoss. Cirurgia bariátrica nos extremos de idade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 53, n. 5, p.377-388, out. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302007000500004>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000500004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000500004&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

8- CAZZO, Everton; CHAIM, Elinton Adami. **Cirurgia Bariátrica nos Extremos de Idade**. 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Everton\\_Cazzo2/publication/264897669\\_Cirurgia\\_Baritrica\\_nos\\_Extremos\\_de\\_Idade/links/53f4f5700cf22be01c3efd06.pdf?disableCoverPage=true](https://www.researchgate.net/profile/Everton_Cazzo2/publication/264897669_Cirurgia_Baritrica_nos_Extremos_de_Idade/links/53f4f5700cf22be01c3efd06.pdf?disableCoverPage=true)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

9- NASSIF, Paulo Afonso Nunes; MALAFAIA, Osvaldo; CZECZKO, Nicolau Gregori. **Quando e por que operar idoso**. Disponível em: <[http://www.infoteca.inf.br/gastroa/smarty/templates/arquivos\\_template/upload\\_arquivos/acervo/docs/PDFs/g0029.pdf](http://www.infoteca.inf.br/gastroa/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/acervo/docs/PDFs/g0029.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

10- PAJECKI, Denis; SANTO, Marco Aurélio. Cirurgia Bariátrica no Idoso: um Novo Paradigma. **Abeso**, [s.i.], v. 57, n. [], p.7-9, jul. 2012. Disponível em: <[http://www.abeso.org.br/pdf/revista57/artigo\\_cirurgia\\_bariatrica.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/revista57/artigo_cirurgia_bariatrica.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

11- FERRAZ, Edmundo Machado; MARTINS FILHO, Euclides Dias. Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar. **Einstein**. [s.i.], out. 2016. p. 71-72. Disponível em: <[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/2010/Ciencias/Artigos/cirurg\\_bariatric.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Ciencias/Artigos/cirurg_bariatric.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

12- OLIVEIRA, Isabella Vasconcellos de. **CIRURGIA BARIÁTRICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:TENDÊNCIAS, CUSTOS E COMPLICAÇÕES**. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, [s.i.], 2007. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2930/1/2007\\_IsabellaVasconcellosdeOliveira.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2930/1/2007_IsabellaVasconcellosdeOliveira.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

13- CANTERJI, Marlei Braude et al. SPEECH, HEARING AND LANGUAGE SCIENCES THERAPY IN BARIATRIC SURGERY OF THE ELDERLY: CASE REPORT. **Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [s.l.], v. 28, n. 01, p.86-87, maio 2015. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-6720201500s100023>. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202015000600086&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202015000600086&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

14- GONZALEZ-HEREDIA, Raquel et al. Does Age Influence Bariatric Surgery Outcomes? **Bariatric Surgical Practice And Patient Care**, [s.i.], v. 10, n. 2, p.74-78, mar. 2015.

15- DAVIDSON, Lance E. et al. **Association of Patient Age at Gastric Bypass Surgery With Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality**. 2016. Disponível em:  
<[http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2486923&utm\\_campaign=articlePDF&utm\\_medium=articlePDFlink&utm\\_source=articlePDF&utm\\_content=jamasurg.2015.5501](http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2486923&utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jamasurg.2015.5501)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

16- MCGLONE, Emma Rose et al. Super-Obesity in the Elderly: Is Bariatric Surgery Justified?. **Obesity surgery**, v. 25, n. 9, p. 1750-1755, 2015.

17- KEREN, D.; MATTER, I.; RAINIS, T. Sleeve gastrectomy in different age groups: a comparative study of 5-year outcomes. **Obesity surgery**, v. 26, n. 2, p. 289-295, 2016.

18- MINISTÉRIO DA SAUDE. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. **Redefine As Diretrizes Para A Organização da Prevenção e do Tratamento do Sobrepeso e Obesidade**. Brasília.

19- BLIDDAL, H.; LEEDS, A. R.; CHRISTENSEN, R.. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons - a scoping review. **Obes Rev**, [s.l.], v. 15, n. 7, p.578-586, 22 abr. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12173>.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Roteiro de Coleta de Dados

#### IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Cor (raça): \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

#### QUEIXA PRINCIPAL

\_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES MÓBIDOS FAMILIARES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### HISTÓRIA SOCIAL E HABITOS DE VIDA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO Pré- Cirurgia:

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ Pescoço: \_\_\_\_\_

Distribuição da gordura: \_\_\_\_\_ Edema em MMII: \_\_\_\_\_

Dermatites: \_\_\_\_\_ Hérnias: \_\_\_\_\_ Acantose nigricans: \_\_\_\_\_

Exames complementares:

## EXAME FÍSICO Pós- Cirurgia:

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_ Pescoço: \_\_\_\_\_

Distribuição da gordura: \_\_\_\_\_ Edema em MMII: \_\_\_\_\_

Dermatites: \_\_\_\_\_ Hérnias: \_\_\_\_\_ Acantose nigricans: \_\_\_\_\_

Exames complementares:

---

---

---