

Intervenção terapêutica na recorrência de peso após cirurgia bariátrica

Therapeutic intervention in weight recurrence after bariatric surgery

Elisabete Mendes Rêgo Peixoto, Daniela Mendes Latrechia, André Araujo Peixoto e Maria Angela de Souza
Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) e
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Introdução: A cirurgia bariátrica apresenta-se como o tratamento mais eficaz, para a perda de peso e controle das comorbidades relacionadas à obesidade. Contudo, a recorrência do peso é uma condição multifatorial que afeta grande parte dos pacientes após a cirurgia. **Objetivo:** Esta revisão objetiva apresentar as principais intervenções terapêuticas e mecanismos envolvidos na falha da perda de peso e na recuperação do peso perdido. **Métodos:** Para este trabalho, selecionou-se as publicações mais relevantes sobre este tópico em revistas de grande impacto. Usou-se como fonte as bases de dados PubMed, MEDLINE e Google Scholar. Adotou-se como palavras-chave *weight, obesity, bariatric surgery, recurrence, treatment and/or management*. Obteve-se um total de 20 estudos e foram selecionados 12 de maior relevância por publicações em revistas com Qualis A e data de publicação inferior a 5 anos. **Conclusão:** A abordagem multidisciplinar especializada e o seguimento a longo prazo estão associados a maior perda de peso e a manutenção do peso perdido após a cirurgia, e que os medicamentos antiobesidade podem ser promissores na recorrência do peso em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Descritores: Peso Corporal; Obesidade; Cirurgia Bariátrica; Recidiva; Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Bariatric surgery is the most effective treatment for weight loss and obesity-related comorbidities. However, weight regain is a multifactorial condition that affects a large proportion of patients after surgery. **Objective:** This objective review presents the main therapeutic interventions and mechanisms involved in weight loss failure and lost weight regain. **Methods:** For this work, the most relevant publications on this topic were selected in high-impact journals, using the PubMed, MEDLINE and Google Scholar data base as a source. The keywords weight, obesity, bariatric surgery, recurrence, treatment and/or management were adopted. Twenty studies were retrieved, and the 12 most relevant studies were selected based on publications in Qualis A journals and published less than 5 years ago. **Conclusion:** A specialized multidisciplinary approach and long-term follow-up are associated with greater weight loss and weight maintenance after surgery, and anti-obesity medications may be promising in weight regain in patients undergoing bariatric surgery.

Keywords: Body Weight; Obesity; Bariatric Surgery; Recurrence; Treatment.

Correspondência:

Elisabete Mendes Rêgo Peixoto
E-mail: elisabetemp@gmail.com
Data de submissão: 29/07/2024
Data de aceite: 15/08/2025

Trabalho realizado:

Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) e Serviço de Nutrologia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO, São Paulo - SP - Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 3º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial e complexa que apresenta um aumento exponencial no mundo. Tal crescimento pode ser observado em todas as idades e ambos os sexos, independentemente da etnia, localização geográfica e perfil sócio-econômico¹. A obesidade gera um impacto econômico importante ocasionado pelas complicações oriundas da doença, com estimativa de custos, no ano de 2025, em cerca de 2,47 trilhões de dólares².

Os dados atuais estimam que os níveis globais de sobrepeso e obesidade, definidos como índice de massa corporal (IMC) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, podem chegar a cerca de 4 bilhões de pessoas até 2035, em comparação com mais de 2,6 bilhões em 2020. Isso reflete um aumento de 38% da população mundial em 2020 para mais de 50% em 2035. Com a perspectiva de que a prevalência da obesidade (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) por si só aumente de 14% para 24% da população, ao longo do mesmo período, afetando quase 2 bilhões de adultos, crianças e adolescentes até 2035. Entre as crianças e os adolescentes, passarão de 10% para 20% entre os meninos e de 8% para 18% entre as meninas do mundo até o ano de 2035².

No Brasil, o sobrepeso atinge quase 50% da população adulta, dos quais 30 milhões com obesidade e 95 milhões com sobrepeso, que são responsáveis por aproximadamente 80% dos pacientes com diabetes tipo 2, 30% com doença cardíaca isquêmica e 55% com doenças hipertensivas na população adulta³.

A cirurgia bariátrica (CB) evoluiu neste contexto como uma opção de tratamento bem estabelecida, com perda de peso em longo prazo e controle ou reversão das comorbidades associadas à obesidade e mantém baixa a ocorrência de complicações³. Nos últimos oito anos, houve um crescimento de 84,73% no número de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, dentre as quatro técnicas recomenda-

das, sejam elas o *bypass* gástrico em *Y-de-Roux* (BGYR), gastrectomia vertical laparoscópica (LSG), *duodenals巫* (DS) e banda gástrica ajustável (AGB). Além destas temos ainda técnicas restritivas, não cirúrgicas, como o balão intragástrico (BIG)³.

O tratamento se inicia antes mesmo da cirurgia bariátrica ou metabólica e requer abordagem multidisciplinar a fim de preparar o candidato à mudança do estilo de vida, novo perfil alimentar e a aderência ao tratamento, com o objetivo de evitar distúrbios nutricionais ou falha no resultado da perda de peso³. Contudo, apesar de toda a assistência, cerca de 20-25% dos pacientes evoluem com reaquisição considerável de peso após atingirem seu peso mais baixo. Da mesma forma uma perda de peso insuficiente é o motivo mais comum, cerca de 50%, para a indicação da cirurgia revisional³.

O acompanhamento do ulterior ganho de peso inclui revisão médica, endoscópica e cirúrgica. O seguimento médico normalmente envolve equipe multidisciplinar composta usualmente por cirurgiões, nutricionistas, endocrinologistas, nutrólogos, psicólogos, psiquiatra e educador físico. A cirurgia revisional surge no cenário como uma opção para aqueles pacientes com peso reincidente que não responderam de forma satisfatória ao tratamento clínico e endoscópico. No entanto, a cirurgia revisional apresenta riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e risco de mortalidade. Nesse sentido, a cirurgia endoscópica pode ser considerada e discutida dentro da equipe multidisciplinar, sobretudo nos pacientes que não desejem se submeter a outro procedimento cirúrgico³. O manejo endoscópico tem diversas opções de tratamento, como a coagulação com plasma de argônio (APC), com ou sem sutura endoscópica de espessura total. A cirurgia revisional geralmente é realizada em pacientes que não responderam ao tratamento médico e manejo endoscópico⁴.

Falhas anatômicas como fundo gástrico dilatado após gastrectomia vertical e fístula gastrogástrica após BGYR podem levar ao novo ganho. As causas mais comuns parecem ser aumento da ingestão calórica pós-operatória devido ao aumento do apetite e alimentação desadaptativa ou desregulada, fatores de estilo de vida e mecanismos compensatórios fisiológicos. Até o momento, as intervenções dietéticas, de apoio, comportamentais e de exercícios não demonstraram um impacto clinicamente significativo na reversão da recuperação do peso, e há evidências limitadas para farmacoterapia⁵.

OBJETIVO

A presente revisão da literatura objetiva agrupar informações relevantes sobre as intervenções terapêuticas na abordagem da recorrência de peso após a CB, servindo como um guia para o seguimento na prática clínica ambulatorial dos pacientes com recuperação do peso. Ademais, também visa demonstrar a importância de compreender melhor as possíveis etiologias envolvidas na recuperação do peso que repercute na prevenção e/ou reversão da recuperação do peso após CB.

METÓDOS

O presente estudo é uma revisão de literatura dos artigos mais recentes sobre o novo ganho de peso pós-cirurgia bariátrica e suas possíveis abordagens terapêuticas. A presente revisão visa evidenciar as especificidades da conduta terapêutica desse fato e selecionar as mais relevantes publicações sobre este tópico em revistas de grande impacto, usando como fonte a base de dados *PubMed*, *MEDLINE*, *Google Scholar* e *Oxford Academic*. Adotou-se como palavras-chave *weight*, *obesity*, *bariatric surgery*, *weight regain*, *treatment and/or management*, de 20 (vinte) estudos e foram selecionados 12

(doze) de maior relevância por publicações em revistas com Qualis A e data de publicação inferior a 5 (cinco) anos.

Definições

A obesidade é uma doença multifatorial causada por uma combinação de fatores genéticos, ambientais e metabólicos. Em perspectiva da saúde pública, a obesidade é fator de risco importante para uma série de doenças crônicas, entre as quais diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e câncer⁴.

As primeiras diretrizes endossando a cirurgia para o tratamento de obesidade mórbida foram publicadas em 1991 pelos Institutos Nacionais de Saúde (NIH). Essa publicação estabeleceu critérios para realização de cirurgia bariátrica em pacientes que apresentaram falha no tratamento clínico com IMC > 40 kg/m² ou IMC > 35 kg/m² com comorbidades associadas. A Associação Americana de Cirurgia Bariátrica e Metabólica e a Federação Internacional de Cirurgia para Obesidade lançaram novas recomendações para o tratamento cirúrgico da obesidade. Enquadram-se aqui o paciente portador de obesidade classe I com comorbidades e obesos classes II e III com indicação bem estabelecida³.

Após esta primeira regulamentação, diversas diretrizes internacionais e projetos de consenso recomendam a cirurgia bariátrica como tratamento eficaz para perda de peso e tratamento das comorbidades relacionadas à obesidade⁴. Dessa forma, a cirurgia bariátrica laparoscópica deve ser considerada em pacientes com IMC ≥ 40 kg/m² e para aqueles com IMC ≥ 35–40 kg/m² com comorbidades associadas e nos casos de pacientes com IMC ≥ 30–35 kg/m² e diabetes tipo 2 e/ou hipertensão arterial com mau controle apesar da terapia medicamentosa otimizada⁴.

Tudo indica que a cirurgia bariátrica é mais eficaz que o tratamento não cirúrgico em

pacientes obesos. No entanto, esta abordagem tem várias desvantagens, especialmente o que se refere à perda de peso a longo prazo. As falhas na perda de peso podem ser amplamente classificadas em duas categorias: perda de peso insuficiente (não respondedor) e recorrência de peso. No entanto, uma definição unificada não foi estabelecida ainda para cada categoria, e não há um padrão claro para o momento pós-operatório a ser usado para avaliar a falha na perda de peso⁶.

Estudos demonstraram que os resultados máximos de perda de peso ocorrem entre 1 e 3 anos após a cirurgia. Quando a perda rápida de peso acontece entre 12 e 15 meses após a CB, essa fase é denominada de “período de lua de mel”. O resultado da perda de peso a longo prazo foi dividido em três períodos: manutenção, recuperação/perda, ou recuperação após o “período de lua de mel”, e o verdadeiro trabalho para tratar a obesidade começa depois dessa fase⁶. Assim, a importância de entender a falha na perda de peso é importante pois se configura como uma das principais causas de cirurgia revisional. Isto é uma preocupação para os cirurgiões bariátricos devido aos seus desafios técnicos e aos altos riscos de morbidade e mortalidade envolvidos na própria cirurgia revisional⁶.

Para este estudo adotou-se como definição de perda de peso insuficiente o percentual de perda de excesso de peso menor que 50% da meta prevista em 18 meses após a cirurgia bariátrica. Quanto à recuperação de peso, foi definida e dividida em oito categorias, das quais quatro delas são as definições mais utilizadas, a saber: aumento percentual do excesso de perda de peso de 25% ou mais do nadir, um ganho de peso superior a 10-15% acima nadir, um ganho de peso de mais de 10kg acima do nadir, ou um ganho de peso de mais de 10-25% da perda máxima de peso⁷.

Existem outros critérios para identificar falha cirúrgica e recorrência de peso, que

podem ser definidos como: perda de excesso de peso ≤ 50% ou IMC > 35 kg/m² para pacientes com obesidade mórbida e perda de excesso de peso ≤ 50% ou IMC > 40 kg/m² para aqueles que apresentaram no pré-operatório super obesidade ou então como um aumento mínimo de 15% após o menor peso alcançado após a cirurgia, respectivamente³.

A inconsistência existente, a multiplicidade e falta de uma definição padronizada de recuperação de peso levam a relatórios e compreensão deficientes do significado clínico de novo ganho de peso. Quanto à perda insuficiente de peso, apesar da sua definição distinta, tem sido muito menos avaliada e é apenas referida informalmente em associação com a recorrência do ganho de peso⁷.

Causas de recorrência ou perda insuficiente de peso

As causas da recorrência de peso ou perda insuficientes são multifatoriais. O principal fator contribuinte é a não adesão às mudanças de estilo de vida. O manejo da recorrência de peso inclui cuidados médicos, intervenções endoscópicas e cirúrgicas. O gerenciamento médico envolve o atendimento da equipe multidisciplinar composta por nutricionista, médicos clínicos, endocrinologista, psicólogo, psiquiatra e educador físico. A recorrência da obesidade pode ocorrer em 20 a 35% dos pacientes, depender do procedimento e tempo pós-operatório^{3,7}.

Fatores associados como níveis de grelina muito elevados no pré-operatório, níveis de serotonina e fatores genéticos, além do diâmetro gástrico residual, consumo de doces, hábitos alimentares emocionais e episódios de compulsão alimentar podem estar relacionado a menor perda de peso e maior recorrência de obesidade e disbiose intestinal. Aqueles que tiveram ingestão menor de gorduras e carboidratos e maior ingestão de

proteínas nos primeiros 6 meses foram aqueles que tiveram melhor perda de peso em 10 anos^{3,7}. Comorbidades subjacentes, como diabetes, hipertensão arterial, hiperlipidemia, ou níveis séricos elevados de HbA1c e triglicerídeos, também são fatores de risco para falha na perda de peso⁶.

De forma didática e explanada a seguir, os estudos trazem a existência de possíveis causas para a nova aquisição de peso, que podem ser divididas em pelo menos cinco^{3,8}.

Anatômicas: Os mecanismos de falha na perda de peso diferem de acordo com a técnica cirúrgica. Atualmente, a gastrectomia vertical laparoscópica (LSG) e o bypass gástrico em Y-de-Roux (BGYR) são os procedimentos cirúrgicos padrão para perda de peso em todo o mundo. O sucesso na perda de peso, seguida da BGYR, está intimamente relacionado à redução do tamanho da bolsa gástrica, o que proporciona uma diminuição na ingestão calórica diária e absorção de nutrientes. Nos pacientes submetidos a BGYR ainda não existe consenso de que o diâmetro do estoma gastrojejunal é um fator que pode contribuir para essa recorrência. Contudo, nos pacientes submetidos à CB, observou-se que o volume gástrico era maior entre pacientes com novo ganho de peso e que o tamanho do estômago estava relacionado à perda de peso eficiente^{3,6,8-9}.

Mecanismos Hormonais: Fatores como, diminuição da secreção de grelina e aumento do peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1) e do peptídeo pancreático YY (PYY), podem contribuir para a saciedade precoce e diminuição da fome, levando à perda de peso, embora o mecanismo exato não esteja completamente compreendido. Após LSG, os níveis de grelina diminuem, enquanto os níveis GLP-1 e PYY aumentam. Essas alterações hormonais aceleram a perda de peso. No entanto, os níveis plasmáticos de grelina nos

pacientes que apresentaram novo ganho de peso são maiores 5 anos após LSG do que em 1 ano de acompanhamento. Em contraste, a secreção pós-prandial de PYY e GLP-1 é aumentada após a CB, que é mais pronunciada após BGYR do que após LSG. No entanto, os níveis de ambos os hormônios são mais baixos em pacientes com novo ganho de peso^{3,8-9}.

Fatores Raciais: Evidências demonstram que os afro-americanos são mais susceptíveis a recuperação de peso quando comparados aos caucasianos. Diferenças no metabolismo energético entre afro-americanos e outros grupos raciais também foram documentadas em relação à obesidade, perda de peso e composição corporal. Embora a razão para esta disparidade racial permaneça obscura, fatores biológicos, psicológicos, genéticos e socioeconômicos podem desempenhar papel fundamental. Acredita-se que o gasto energético em repouso e a capacidade aeróbica são significativamente mais baixos em participantes negros após perda de peso. Ademais, afrodescendentes são mais propensos ao novo ganho de peso e recorrência de diabetes mellitus tipo 2 após BGYR do que brancos. A etiologia destas disparidades raciais é multifatorial e muito provavelmente inclui diferenças comportamentais, bem como genéticas e metabólicas⁹⁻¹⁰.

Fatores Dietéticos e Atividade Física: Estudos evidenciam uma correlação dos hábitos alimentares desordenados (hábito de beliscar, transtorno de compulsão alimentar, síndrome da alimentação noturna, transtorno de evitação alimentar pós-cirúrgico, síndrome de alimentos moles e transtornos alimentares não especificados), como fatores para o aumento do risco de recuperação do peso após a CB. A adesão a uma dieta pós-operatória balanceada está associada a perda de maior peso corporal pós-operatório. A má qualidade

dietética, caracterizada por excesso de ingestão de calorias, lanches, doces e alimentos gordurosos, está associada à recuperação do peso. Um estudo prospectivo que avaliou ao longo de 10 anos o consumo alimentar de mais de 1.600 pacientes submetidos à intervenção, demonstrou que os pacientes que tiveram baixa ingestão de gorduras e carboidratos associada à alta ingestão de proteínas nos primeiros 6 meses, foram os que obtiveram melhor perda ponderal em dez anos após a CB. O exercício físico também está relacionado com a maior perda ponderal após a CB. No entanto, diretrizes de padrão de exercícios para perda de peso e manutenção em pacientes submetidos a CB ainda não foram estabelecidas. Como esperado, o sedentarismo e a baixa atividade física contribuem para a recorrência de peso pós-bariátrica^{3,9-10}.

Fatores Psiquiátricos: Transtornos de personalidade, tais como transtornos alimentares, depressão pré-operatória, ansiedade, abuso de substâncias e uso de medicamentos antidepressivos, podem exacerbar a depressão pós-operatória, que é prevalente entre os pacientes que recuperaram peso no pós-operatório. Em uma metanálise abrangendo 33 artigos, incluindo um total de 101.223 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, a depressão foi fortemente associada à recorrência do peso^{3,8-10}. Ademais, tem sido documentado que pacientes submetidos ao procedimento, especialmente BGYR, apresentam risco aumentado de desenvolver transtorno por abuso de álcool, que pode ocorrer por transferência de dependência, em que a compulsão alimentar é substituída por outro comportamento viciante, neste caso o abuso do álcool¹⁰.

Conduita no paciente com recorrência de peso

A falta de adesão ao acompanhamento clínico regular recomendado no pós-operatório de cirurgia bariátrica, tem se

estabelecido como um fator importante na recorrência do peso, o que é observado em mais de 60% dos pacientes 4 anos após a cirurgia. O acompanhamento a longo prazo por uma equipe multidisciplinar está associado a maior perda de peso. Sendo assim, é essencial que médicos envolvidos no atendimento de pacientes bariátricos estejam aptos a reconhecer a recorrência do peso e saber como tratá-la. Modificação do estilo de vida, dieta e orientação de exercícios são essenciais para o manejo de todos os pacientes pós-cirurgia bariátrica. Farmacoterapia e revisões cirúrgicas são consideradas para pacientes com moderada e rápida recorrência do peso¹⁰.

Intervenção Nutricional e Comportamentos Alimentares

A maioria das diretrizes nutricionais recomenda a ingestão regular de alimentos com quantidades adequadas de calorias, proteínas e fibras. Evitar carboidratos refinados e açúcares simples. Suplementação de micronutrientes como vitaminas e minerais¹⁰.

Uma ingestão protéica adequada pode favorecer a saciedade e a manutenção da massa magra com consequente manutenção da taxa metabólica basal, o que favorece a perda de peso em situações de déficit calórico³. É importante monitorar a perda de peso e a composição corporal durante o primeiro ano após a CB, para evitar uma perda acentuada de massa magra. É aceito que até 20% do peso total seja de massa magra. A deficiência de proteínas favorece a perda de massa muscular e redução da saciedade. Sendo assim, a suplementação protéica é importante já na fase de alimentação líquida imediatamente após a cirurgia. Embora não haja consenso sobre a quantidade ideal de suplemento protéico, recomenda-se que os pacientes devem ingerir 1.05 g/kg de peso ideal ou 60 a 120 g de proteínas por dia a depender do tipo de procedimento ou 1.2 a 1.5 g/kg de peso ideal por dia^{8,10}.

Deficiência de micronutrientes podem estar presentes em pacientes com recuperação do peso. São comuns as deficiências de vitamina B12, vitamina A, vitamina D, vitamina E, vitamina K, tiamina, zinco, ferro, cobre, selênio, ácido fólico e cálcio^{3,8}. A deficiência de ferro e a anemia no pós-operatório de CB, foram associados à baixa perda de peso em 1 ano pós-cirurgia. Fadiga é um sintoma comum de anemia o que pode explicar a tendência a comportamentos sedentários no pré e pós-cirúrgico. Assim, recomenda-se a correção da deficiência de ferro antes do tratamento cirúrgico, o que pode reduzir a fadiga e a inatividade física, promovendo aumento da perda de peso⁸.

A alteração na anatomia do trato gastrointestinal após a CB, gera limitações específicas nas escolhas e comportamentos alimentares. Os pacientes devem ser orientados a comer devagar, mastigar bem os alimentos, evitar grandes porções, aderir a restrições alimentares específicas, evitar carboidratos refinados devido ao risco potencial para síndrome do *dumping* e consequente hipoglicemia¹⁰.

• Atividade Física

Um consenso sobre a prática de atividade física pós-CB ainda precisa ser estabelecido. Uma vez que a maioria dos estudos que avaliam o efeito de programas de atividade física na manutenção do peso após a CB, estão limitados ao pós-operatório imediato. Assim, ainda são necessários ensaios clínicos intervencionistas com programas de exercícios estruturados de longo prazo para avaliar a recuperação do peso pós-CB⁹.

A atividade física é essencial para a manutenção do peso a longo prazo. A recomendação é indicar 150 a 250 min/semana de exercício aeróbico de intensidade moderada para perda de peso. Para prevenção da recorrência do peso, o ideal é realizar mais

de 250 min/semana de exercício moderado associados a exercícios de resistência de 2 a 3 vezes/semana. Para o tratamento da recorrência do peso, a recomendação é aumentar o tempo de atividade física para mais de 500 min/semana em pacientes que respondem ao aumento da atividade física³.

• Intervenção Farmacológica

Apesar de muitos estudos avaliarem o papel dos medicamentos antiobesidade para tratar a recuperação de peso pós-operatória, um consenso de estudos baseados em evidências ainda não foi estabelecido devido à heterogeneidade das populações estudadas e aos próprios estudos. Estudos observacionais em população pós-CB, demonstraram de forma consistente o benefício do controle medicamentoso do peso após CB, com mais evidências para a liraglutida, o topiramato e fentermina/topiramato¹¹.

Agentes farmacológicos vão agir sobre vários mecanismos fisiológicos que levam à obesidade, o que facilita a perda de peso. Até 2023, havia cinco medicamentos aprovados pelo FDA para o tratamento a longo prazo da obesidade: orlistat, fentermina/topiramato, liraglutida 3,0 mg, naltrexona/bupropiona e semaglutida 2,4 mg. Vários medicamentos são usados off-label para controle de peso a longo prazo: fentermina (>3 meses), topiramato, liraglutida 1,8 mg, naltrexona, bupropiona, semaglutida 2,0 mg. Atualmente a eficácia desses fármacos no tratamento dos casos da recuperação de peso pós-bariátrica continua sendo uma área de investigação ativa¹¹.

No Brasil as únicas drogas aprovadas pela ANVISA são o orlistat, a sibutramina, a semaglutida 2,4mg e a tirzepatida. O orlistat não possui ação em nível de sistema nervoso central (SNC). Atua como um inibidor da lipase que leva a uma redução de 25% a 30% da gordura ingerida pelo trato gastrointestinal (TGI). Atualmente não há dados sobre

orlistat para recuperação do peso, dado que os pacientes após CB já apresentam risco aumentado de deficiências de vitaminas lipossolúveis. O orlistat pode aumentar o risco e, portanto, não deve ser a escolha de primeira linha em pacientes bariátricos com recorrência do peso¹⁰. Um estudo com 38 pacientes e interrupção na perda de peso após cerca de 18 meses da CB, metade dos pacientes tratados por 8 meses com orlistat na dose 120 mg antes de cada refeição associado a dieta pobre em gorduras, demonstrou perda de peso significativa comparado àqueles pacientes que só realizaram dieta pobre em gorduras (8 ± 3 kg versus 3 ± 2 kg; $p < 0.01$)⁸.

No estudo conduzido em pacientes após RYGB e banda gástrica laparoscópica ajustável (LAGB), que apresentaram recorrência do peso ou entraram no platô de perda de peso e fizeram uso de fentermina na dose diária de 3,75 mg, por 90 dias, apresentaram uma perda média de peso de 6,35 kg (faixa 4,25–8,44 kg). No mesmo estudo, o uso do topiramato com dose inicial diária de 23 mg e dose de manutenção 46 mg, usada em conjunto com fentermina (dose diária inicial de 3,75 mg, dose diária de manutenção 7,5 mg) em 13 pacientes, experimentou uma perda de peso significativamente maior em comparação aos outros grupos (3,8 kg: faixa 1,1–6,5 kg). Não ocorreram eventos adversos graves. Foi demonstrado que o topiramato promoveu perda de peso significativa em uma série retrospectiva de 16 pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica e com perda insuficiente de peso após CB^{8,10}.

Naltrexona/bupropiona é outra combinação de medicamentos aprovada pelo FAD como drogas antiobesidades. A naltrexona sozinha foi aprovada para o tratamento de transtorno por abuso de substâncias e transtorno por uso de opioides. A bupropiona tem sido usada para cessação do tabagismo, bem como para depressão unipolar maior. Ambos

os medicamentos afetam independentemente o sistema de recompensa do sistema nervoso central (SNC). Um efeito de ação sinérgica foi hipotetizado em humanos com base em estudos animais sobre seu efeito no receptor de pró-opiomelanocortina para induzir saciedade e bloquear a inibição de feedback. No entanto, não há dados publicados sobre o uso desta combinação em pacientes após cirurgia bariátrica com recuperação do peso¹⁰.

Um estudo observacional retrospectivo conduzido pelo centro de referência bariátrico suíço, realizou tratamento por 6 meses com agonistas do receptor de GLP-1 (GLP1-RA), até novembro de 2021, devido ao reganho de peso após CB. Dados sobre peso corporal e parâmetros clínicos relevantes foram coletados antes e após 6 meses de tratamento com GLP1-RA (liraglutida e semaglutida). Esse estudo demonstrou que dos pacientes que recuperaram o peso após a CB, dois terços da recuperação do peso podem ser perdidos com segurança após tratamento com GLP1-RA. Isto proporciona aos médicos uma opção terapêutica para este desafio clínico, e destaca a necessidade de um ensaio clínico randomizado em grande escala para melhor definir o papel dos GLP1-RA na recuperação do peso após a CB. Dos 50 pacientes incluídos nesta análise, 29 foram submetidos a 6 meses de tratamento com liraglutida (3,0 mg [n=28] e 1,8 mg [n=1] com injeção subcutânea diária) e 21 foram submetidos a tratamento com semaglutida (1,0 mg, injeção subcutânea semanal [n = 20] e 14 mg de semaglutida oral, ingestão oral diária [n=1])¹². A percentagem média de perda do peso corporal total deste estudo, após 6 meses de terapia com GLP1-RA, foi de 8,8%. Mais de três em cada quatro perderam mais de 5% do valor basal do peso, e mais de um em cada três perdeu mais de 10%. Eventos adversos foram documentados para aproximadamente um terço dos pacientes, todos leves, transitórios e relacionados principalmente ao sistema gastrointestinal,

sem relatos de eventos adversos graves. Sendo assim, os pesquisadores apoiam o uso seguro de ambos os GLP1-RAs para alcançar

uma perda de peso clinicamente significativa de aproximadamente dois terços do peso recuperado após a cirurgia bariátrica¹²⁻¹³.

CONCLUSÃO

A cirurgia bariátrica continua como a principal abordagem no tratamento da obesidade. Mas, infelizmente a recorrência ou perda insuficiente do peso é frequente e está relacionada a causas multifatoriais, tendo como principal fator contribuinte a não adesão às mudanças de estilo de vida e ausência de seguimento clínico adequado. O manejo da recorrência de peso inclui cuidados médicos, intervenções endoscópicas e cirúrgicas. As

intervenções dietéticas, comportamentais e de exercícios físicos demonstraram pouca eficácia na reversão da recorrência do peso. Os estudos publicados sobre o uso de farmacoterapia para recorrência do peso são principalmente de revisões retrospectivas ou de pequenos ensaios clínicos, e parece que os medicamentos antiobesidade podem ser promissores na recorrência do peso em pacientes com história de cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS

1. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019;92:6-10.
2. World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2023 [Internet]. 5th London: WOF;2023 [cited 2025 Jun 18]. Available from: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf.
3. Pereira SE, Rossoni C, Cambi MP, Faria SL, Mattos FC, Campos TB, et al. Brazilian guide to nutrition in bariatric and metabolic surgery. *Langenbecks Arch Surg*. 2023;408(1):143.
4. Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batherham RL, Busetto L, Godoroja D, Iossa A, et al. Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc*. 2020;34(6):2332-58.
5. Noria FS, Shelby RD, Atkins KD, Nguyen NT, Gadde KM. Weight Regain After Bariatric Surgery: Scope of the Problem, Causes, Prevention, and Treatment. *Curr Diab Rep*. 2023;23(3):31-42.
6. Kim EY. Definition, Mechanisms and Predictors of Weight Loss Failure After Bariatric Surgery. *J Metab Bariatr Surg*. 2022;11(2):39-48.
7. El Ansari W, Elhag W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps-a Scoping Review. *Obes Surg*. 2021;31(4):1755-66.
8. Cambi MP, Barreta GA, Magro DD, Boguszewski CL, Ribeiro IB, Jirapinyo P, et al. Multidisciplinary Approach for Weight Regain—how to Manage this Challenging Condition: an Expert Review. *Obes Surg*. 2021;31(3):1290-303.
9. Cho YH, Lee Y, Choi JI, Lee SR, Lee SY. Weight loss maintenance after bariatric surgery. *World J Clin Cases*. 2023;11(18):4241-50.
10. Istfan NW, Lipartia M, Anderson WA, Hess DT, Apovian CM. Approach to the Patient: management of the post-bariatric surgery patient with weight regain. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(1):251-63.

11. Lucas E, Simmons O, Tchang B, Aronne L. Pharmacologic management of weight regain following bariatric surgery. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;13:1043595.
12. Jensen AB, Renstrom F, Aczél S, Folie P, Biraima-Steinemann M, Beuschlein F, Bilz S. Efficacy of the Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists Liraglutide and Semaglutide for the Treatment of Weight Regain After Bariatric surgery: a retrospective observational study. *obesity surgery*. 2023;33(4):1017-25.
13. Jamal M, Alhashemi M, Dsouza C, Al-Hassani S, Qasem W, Almazeedi S, Al-Sabah S. Semaglutide and Tirzepatide for the Management of Weight Recurrence After Sleeve Gastrectomy: a retrospective cohort study. *Obes Surg*. 2024;34(4):1324-32.