

Cirugía bariátrica: puntuaciones para un desarrollo coherente

La cirugía bariátrica se está convirtiendo es una de las más prevalentes en nuestro medio, debido principalmente a 2 razones: en primer lugar, el incremento de la obesidad con sus importantes comorbilidades asociadas, que hacen imprescindible su tratamiento, y en segundo lugar, la evidencia científica suficiente que avala que sólo la cirugía bariátrica es capaz de hacer perder peso y mantenerlo en el tiempo, con los consiguientes beneficios para la salud de pacientes con obesidades extremas.

Paralelamente a su desarrollo, la proliferación de publicaciones y comunicaciones sobre cirugía bariátrica pretenden intercambiar experiencias y mejorar la calidad de la atención que se presta a los pacientes. Sin embargo, habrá que tener en cuenta una serie de mínimos para que los resultados sean rigurosos científicamente, creíbles y reproducibles. Hablar, en general, de resultados en cirugía bariátrica puede conllevar errores, por lo que es necesario especificar de qué se está hablando: existen múltiples procedimientos y vías de abordaje, así como variaciones dentro de cada técnica en lo que concierne al tamaño del reservorio gástrico, la presencia o no de banda y su circunferencia, el calibre de salida del reservorio gástrico, la longitud de las asas en caso de "Y" de Roux, etc. La concreción de estos datos técnicos permitirá interpretar de forma adecuada los resultados en términos de morbimortalidad temprana y tardía, resolución de la enfermedad ligada a la obesidad, pérdida de peso a largo plazo por defecto o por exceso, calidad de vida o déficit nutricionales.

Por otra parte, se hace imprescindible la unificación de criterios a la hora de expresar los resultados de efectividad, tal como recomienda la SECO en su Declaración de Salamanca¹. El porcentaje del sobrepeso perdido o del índice de masa corporal (IMC) perdido, que obvia el parámetro del peso ideal personalizado, debe acompañarse del número de pacientes sobre el total que alcanzan un IMC menor de 35 kg/m², es decir, que retornan a rangos de riesgo próximos a los de la población general con normopeso. La pérdida de peso, o del sobrepeso, debe simultanearse siempre con criterios de calidad de vida y de seguridad, porque una técnica efectiva en la pérdida de peso puede estar desaconsejada, en la práctica, por su morbilidad tardía o efectos secundarios importantes que la hagan no recomendable.

Manuscrito recibido el 8-7-2005 y aceptado el 15-7-2005.

Uno de los mayores retos que se le plantean al cirujano a la hora de implementar un programa de cirugía bariátrica surge a la hora de decidir qué técnicas quirúrgicas se van a realizar para conseguir los mejores resultados de la forma más segura, con un mínimo de complicaciones, tanto perioperatorias como tardías, en ocasiones por abandono en el seguimiento.

Existen en la bibliografía múltiples publicaciones² referentes a resultados y a complicaciones en cirugía bariátrica, pero no son muchos los estudios prospectivos aleatorizados que permitan extrapolar conclusiones. Las técnicas restrictivas son técnicas seguras, con una baja morbimortalidad y unos resultados de pérdida de peso con una gran dispersión. Asimismo, varios estudios muestran la superioridad del bypass gástrico frente a la gastroplastia vertical anillada (GVA) en cuanto a la pérdida de peso y la calidad de vida, y porque obvia, sobre todo, la intolerancia alimentaria típica de la restricción pura, con unas complicaciones comparables. Un dato significativo es la distinta efectividad registrada en el paciente superobeso, donde el bypass gástrico convencional o estándar puede resultar insuficiente, por lo que se recomienda su confección con asas más largas, es decir, con un componente malabsortivo añadido. También se constata que la vía laparoscópica obtiene los mismos resultados que la cirugía abierta, con una mejor recuperación y una mayor comodidad postoperatorias, así como con una reducción drástica de las complicaciones paritales a largo plazo³.

Prácticamente no existen trabajos aleatorizados de las derivaciones biliopancreáticas. Con la experiencia, han superado en la actualidad las inasumibles cifras iniciales de malnutrición proteica, y presentan unas complicaciones aceptables y una excelente pérdida de peso, sin olvidar la necesidad de suplementación vitamínico-mineral.

Uno de los criterios de medida de efectividad en una técnica es el número de reintervenciones por fracaso o complicaciones. Así, la GVA puede requerir reconversión a otra técnica en más del 30% de los casos, y el bypass entre el 10 y el 20%. Las derivaciones biliopancreáticas precisan conversión en menos del 10% por la inadecuada pérdida de peso; sin embargo, el 2-5% de éstas precisan un acortamiento de la longitud malabsortiva por diferentes complicaciones.

Es bien conocido que las técnicas más complejas obtienen mejores resultados a largo plazo, aunque en general lo hacen a expensas de un mayor número de compli-

caciones. Por ello, es preciso señalar siempre ambos factores al expresar los resultados. En la actualidad, el *bypass* gástrico parece ser la técnica que consigue el mejor equilibrio entre los resultados y las complicaciones⁴, tanto por vía abierta como, especialmente y una vez superada la "curva de aprendizaje", por laparoscopia.

Las complicaciones anastomóticas representan, junto con la embolia pulmonar, la principal causa de muerte en cirugía de la obesidad. El riesgo de dehiscencia de la anastomosis gastroyeyunal no debe superar el 3%, según las "recomendaciones nacionales" en Estados Unidos, y en manos experimentadas se encuentra incluso por debajo del 1%, con independencia de su realización manual, mecánica lineal o circular. El riesgo de mortalidad ligado a las dehiscencias aumenta con la edad, el sexo (varones), el peso, las reintervenciones, la comorbilidad asociada y la experiencia del equipo quirúrgico^{5,6}, por lo que los cirujanos bariátricos deben evitar, en la medida de lo posible, este tipo de pacientes de alto riesgo en sus fases iniciales. La otra complicación urgente sobre la que debemos mantenernos alerta, especialmente en el postoperatorio inmediato, es la hemorragia que puede provenir de la cavidad abdominal o de la luz intestinal, y que guarda relación con las suturas automáticas y la anticoagulación profiláctica⁷.

Así las cosas, hoy día no se cuestiona la eficiencia de la cirugía bariátrica en el control de las enfermedades ligadas a la obesidad. Sin embargo, ante su desarrollo vertiginoso e imparable, el futuro próximo debe centrarse en una buena selección "paciente-técnica", que permita obtener los mejores resultados con la mayor seguridad, es decir, con el menor coste posible para los pacientes. Para ello, es preciso seleccionar inicialmente los casos más favorables, introducir de forma progresiva y tutelada las nuevas técnicas, sobre todo el abordaje laparoscópico, en centros

con capacidad para resolver posibles eventualidades potencialmente graves y con frecuencia paucisintomáticas. Sobre todo, deberemos intentar avanzar en el conocimiento de la fisiología del intestino del obeso mórbido y del enfermo operado, para prevenir y combatir deficiencias nutricionales o metabólicas que se puedan originar.

El grado de madurez que la cirugía bariátrica ha alcanzado, en España, con un enfoque multidisciplinario coherente, con varios equipos que dominan las diferentes alternativas quirúrgicas por vía laparoscópica, debe permitir que estos ajustes, desde mi punto de vista necesarios, se vayan produciendo paulatinamente en beneficio de los pacientes.

Cándido Martínez-Blázquez

Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). Cir Esp. 2004;75:312-4.
2. Díez del Val I, Martínez Blázquez C. Cirugía de la obesidad mórbida: medicina basada en la evidencia. Cir Esp. 2003;74:185-192.
3. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity (Cochrane Review). En: The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.
4. ASBS and SAGES. Guidelines for laparoscopic and open surgical treatment of morbid obesity. Obes Surg. 2000;10:378-9.
5. González R, Neilson LG, Gallagher SF, Murr MM. Anastomotic leaks after laparoscopic gastric bypass. Obes Surg. 2004;14:1299-307.
6. Fernández AZ, DeMaría EJ, Tichansky DS, Kellum JM, Wolfe LG, Meador J, et al. Experience with over 3,000 open and laparoscopic bariatric procedures. Multivariate analysis of factors related to leak and resultant mortality. Surg Endosc. 2004;18:193-7.
7. Nguyen NT, Longoria M, Chalifoux S, Wilson SE. Gastrointestinal hemorrhage after laparoscopic gastric bypass. Obes Surg. 2004;14: 1308-12.