

Reflexiones sobre la cirugía bariátrica actual

La obesidad hará estallar en crisis cualquier sistema sanitario en los próximos años, bien sea por los absurdos (en muchos casos) e inoperantes (en la mayoría) tratamientos médicos actuales, o por la cirugía bariátrica, con el fin de rebajar la morbilidad de la obesidad grave, incrementará las listas de espera y probablemente, aumentará el número de otras enfermedades, como consecuencia de las técnicas realizadas¹. La prevalencia de la obesidad se está incrementando de forma epidémica en todos los países. Aproximadamente un 30-35% de los adultos poseen un peso un 20% por encima de su ideal¹, y no existe, por el momento, ningún tratamiento médico, dietético o conductual para los obesos graves con resultados válidos a 5 años².

A partir de estas premisas, es razonable que los criterios quirúrgicos, auténticas guías para una buena praxis, también se tambaleen. ¿Por qué no operar a algunos pacientes con un índice de masa corporal (IMC) de 35 kg/m², si el paciente ya posee una artrosis evidente por sobrecarga, un indicio de diabetes, una ligera hipertensión y tiene 40 años, si la técnica a practicar se puede realizar por vía laparoscópica, y si no funciona se le puede revertir? En resumen, hacer profilaxis de la obesidad grave.

Todos aquellos pacientes con patología significativa, derivada de su exceso de peso, pueden ser candidatos para una valoración. Imagínense los futuros criterios para incorporar a un sujeto en una compañía de seguros o el devenir de las listas de espera de cualquier servicio quirúrgico que inaugure un programa interdisciplinario para el tratamiento de la obesidad. Cualquier enfermedad inherente al exceso de peso corporal patológico, como la artropatía mecánica, la diabetes tipo 2, la hipertensión, la hiperlipemia, la enfermedad coronaria, la enfermedad venosa o linfática de las extremidades, el síndrome de apneas del sueño, la hipertensión pulmonar, etc., serán criterios implícitos a ser resueltos con la cirugía bariátrica. Los psicólogos que formen parte de dichos programas deberán establecer las bases de contraindicación absoluta (bulimia N, adictos a drogas, alcohólicos, falta de adaptación a las normas implícitas del programa, presencia de enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia,

los trastornos límites de personalidad, la depresión difícil de controlar, etc.) o bien otras contraindicaciones relativas, que convendrían ser valoradas de forma individual.

¿Quién debe formar parte de dichos programas? Sin lugar a dudas un médico endocrino con especial interés y cariño por este tipo de pacientes, en su mayoría difíciles, pues han fracasado reiteradamente en otros intentos no quirúrgicos, además de un dietetista y un psicólogo clínico, que manifiesten interés en la modificación de hábitos alimentarios, conocedores de los trastornos de alimentación. Naturalmente, es esencial la actuación de un grupo de cirujanos con experiencia en este tipo de intervenciones. También es imprescindible exponer y anotar las "expectativas realistas" que estas intervenciones ofrecen al paciente, los compromisos mínimos indispensables y los efectos positivos que la pérdida de peso aportará en un paciente determinado (orgánico y psicológico), los efectos negativos o las complicaciones, así como los resultados obtenidos por el grupo de trabajo.

No hay que ser pesimista, pues en este momento se puede afirmar que la obesidad grave tiene tratamiento aunque, por el momento, únicamente quirúrgico y, en la mayoría de casos, muy agresivo. La cirugía bariátrica ofrece resultados comprobados y validados, no sólo a corto sino también a largo plazo. Así pues, ¿cuál es el problema? En primer lugar, saber escoger la técnica en el paciente adecuado². En segundo lugar, que los cirujanos no minimicemos la cirugía por el hecho de poder realizarla por vía laparoscópica. La técnica es la misma y la serie de efectos metabólicos, también. ¿Se beneficia el paciente de que un cirujano realice la intervención, por ejemplo, de *bypass* gástrico por laparoscopia? Sí, pero... ¿la técnica realizada es la adecuada? ¿Tiene suficiente experiencia el cirujano laparoscopista, procedente de la cirugía convencional, para indicar una técnica bariátrica de moda? Difícil respuesta.

El trabajo que aportan Sánchez-Cabezudo et al³ es bueno y sus resultados excelentes, valorados sobre todo en "calidad de vida". Aun así, un 37,5% de los superobesos (IMC > 50 kg/m²) del trabajo siguen teniendo un IMC patológico. Estos autores anuncian un 21% de pérdidas de seguimiento y un 14,2% de fracasos reconocidos (psicológicos-oralidad y alcohol). La mortalidad es baja teniendo en cuenta el modelo técnico (gastrectomía y *bypass*). No es el momento para establecer una discusión,

pero esta técnica introduce un concepto que realiza Scopinaro⁴, como es la gastrectomía amplia (transversal) y una derivación distal biliopancreática; otros grupos de trabajo que realizan el *bypass*, lo modifican en las técnicas mixtas, con una exclusión gástrica al dejar el estómago *in situ* (bipartición verticalizada). En todos los casos, sus consecuencias son evidentes: *dumping*, dilatación aguda inmediata o tardía, déficit de vitamina B₁₂ y hierro y, en algunos casos, úlcus en la boca. Por otra parte, las técnicas malabsortivas son un modelo de estudio en cuanto al funcionalismo alterado (desnutrición proteica, déficit de vitaminas, minerales y oligoelementos) y la adaptación intestinal. ¿Qué ocurrirá dentro de 10 años? La alteración de la arquitectura hepática, ya de por sí distorsionada en todos los obesos mórbidos, sin exclusión (esteatosis y esteatohepatitis), se ve sobregredida y en algunos casos desarrolla cuadros de insuficiencia. No hablemos del metabolismo fosfocálcico como muy bien se introduce, pero no seduce en cuanto a exposición, en el trabajo. Algo ocurre con la paratohormona y la desmineralización ósea, ya de por sí evidente y real en todas las mujeres posmenopáusicas. ¿Qué ocurrirá en este grupo de pacientes cuando alcancen ese período? Si se provoca una malabsorción, se afecta a todo el organismo, y 50 cm terminales (íleon) son muy poco. Pero, por propia experiencia, es realmente lo que precisan los obesos mórbidos en una técnica pura malabsortiva, pues de lo contrario, ¿cómo se puede conseguir una pérdida efectiva de peso?; aun así, existen fracasos.

La técnica bariátrica ideal no existe. El grupo del Dr. Larrad valora un modelo original de derivación biliopancreática con unos buenos resultados.

Dentro de las técnicas actuales, existen algunas, como la banda hinchable laparoscópica que aunque intelectualmente parece atractiva, pues el paciente comprende fácilmente el diseño quirúrgico y su funcionalismo, y técnicamente es sencilla de introducir por vía laparoscópica, en opinión del autor, una técnica restrictiva pura como primera línea de tratamiento generalizado de la obesidad no es válida, pues no aporta resultados convincentes a largo plazo. No está indicada en sujetos supermórbidos y sólo podría valorarse en pacientes muy comedores; no en la gran mayoría de obesos (picadores, adictos a hidratos de carbono, sedentarios, etc.). Por otra parte, la banda estará sujeta en los años siguientes a su implantación a posibles complicaciones, como la erosión-inclusión, la hemorragia y la obstrucción; naturalmente, los pacientes vomitan, por lo que cambiarán sus preferencias y hábitos de manera negativa o contraproducente⁵. Este escepticismo deberá ser contrastado con trabajos serios a 5 años de seguimiento, o bien esperar el consenso final de la FDA, que está realizando un estudio prospectivo que defina realmente la validez en su tercer año de control, pues hasta el presente (segundo año de valoración) no admite la banda hinchable como válida en el tratamiento de la obesidad grave. Inicialmente, los resultados "parecerán" aceptables, pero lo que debe buscar un cirujano bariátrico, primeramente, es la calidad de vida, no la aversión a la comida o los vómitos, y naturalmente unos resultados a largo plazo evidentes, sin añadir nuevos trastornos.

La laparoscopia, en cualquiera de sus modelos, evitará el 38% de eventraciones que la serie de Larrad evidencia. Aunque, como se ha dicho anteriormente, cada nueva tecnología aporta nuevos problemas, como es el mayor porcentaje (14 c/400 p) de hernias internas⁶ con o sin isquemia, un número no despreciable de náuseas, vómitos y estenosis de la anastomosis (20c, 23c, 21 c/275 p)⁷ y, en algún caso, evisceración por los trocares. Cabe señalar aquí la difícil reversibilidad del *bypass* gástrico simple si fracasa o falla la sutura en la unión esofagogástrica. Por otra parte, es interesante el cambio y la afirmación que aporta en sus resultados en cuanto a la colelitiasis poscirugía bariátrica. En su protocolo, finalmente el autor introduce la norma de colecistectomía, ya en el primer acto quirúrgico. En esta forma de actuar, el autor está plenamente de acuerdo con su nueva línea, como ya fue anunciado hace muchos años⁸, tras los estudios de bilis intraoperatoria. No es conveniente esperar y ver qué ocurre con las litiasis que se formarán, y es de ingenuos pensar que los pacientes intervenidos van a tomar fármacos como el ursodesoxicólico durante 6 meses, con todos los efectos secundarios que conlleva.

¿Qué busca cualquier técnica bariátrica? Unos resultados finales, donde más del 70% de los pacientes de la serie reduzcan en más del 50% su exceso de peso y, al mismo tiempo, solventar la mayoría de problemas relacionados con su obesidad. Larrad lo consigue en los pacientes que ha podido validar sin añadir, de forma significativa, mucha morbilidad-reoperaciones o excesiva mortalidad.

En este punto, el autor está obligado a introducir un avance en las consideraciones futuras de este tipo de tratamiento de la obesidad. La laparoscopia es una realidad: la bandeleta ajustable, el *bypass* e incluso las técnicas mixtas (restricción y *bypass* distal). Muchas de las series deberán confirmar su validez con este nuevo concepto de técnicas mínimamente invasivas. Se puede confirmar actualmente que un simple *bypass* gástrico (100 cm-Y de Roux) no será "suficiente" en un paciente supermórbido y que la banda debe estar muy bien indicada para que sea aceptada y aporte resultados convincentes. En opinión del autor, conviene adherirse a la prevención de la obesidad y tratar los síntomas de los obesos (hiperfagia, trastorno de hábitos alimentarios, etc.) y dejar la cirugía para tratar los fracasos. Hasta este momento, es preciso definir correctamente los criterios de selección de los pacientes para un determinado modelo técnico que el experto cirujano bariátrico realice, bien sea por vía convencional o laparoscópica.

Curiosamente, cuando existe un gran acontecimiento o un avance importante en medicina o en la vida, existe una serie de fases en que la negación, el rechazo, la aceptación, la imitación y la minimización son las respuestas apropiadas, adaptadas en cada momento. En los inicios de la cirugía bariátrica, la negación fue una realidad⁹. ¿Adivinan los lectores en qué fase estamos? No nos engañemos. Es una cirugía muy difícil de realizar y, sobre todo, de indicar.

A. Alastrué

Jefe Clínico. Servicio de Cirugía General.
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona.

Bibliografía

1. Balsiger BM, Murr MM, Poggio JL, Sarr MG. Bariatric surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. *Med Clin North Am.* 2000; 2: 477- 489.
2. Alastrué A, M Rull, X Formiguera, Casas D, Moreno P, Mira X et al. Cirugía de la obesidad severa. *Endocrinol Nutr* 1999; 46: 22-42.
3. Sánchez-Cabezudo C, Larrad A, Ramos I, Moreno B. Resultados a 5 años de la derivación biliopancreática de Larrad en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Cir Esp* 2001; 70: 133-141.
4. Scopinaro N, Adami GF, Marinari GM, Gianetta E, Traverso E, Friedman D et al. Biliopancreatic diversion. *World J Surg* 1998; 22: 936-946.
5. Forsell P, Hellers G. The Swedish adjustable gastric banding (SAGB) for morbid obesity: 9-years experience and a 4-year follow-up of patients operated with a new adjustable band. *Obes Surg* 1997; 7: 345-351.
6. Higa KD, Boone KB, Ho T, Davies OG. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. Technique and preliminary results of our first 400 patients. *Arch Surg* 2000; 135: 1029-1034.
7. Schauer Ph R, Ikramuddin S, Gourash W, Ramanathan R, Luketich J. Outcomes after laparoscopic Roux-en-y gastric bypass for morbid obesity. *Ann Surg* 2000; 232: 515-529.
8. Alastrué A, Rull M, Formiguera X. Intraoperative study by direct transhepatic puncture of the gallbladder, in the vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *J Clin Nutr Gastroenterol* 1990; 5: 107-111.
9. Álvarez-Cordero R. Final reflections: Wellness after obesity surgery.