

Comentario

Antonio Alarcó-Hernández

Catedrático de Cirugía. Coordinador de Cirugía A. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Desde 1991, nuestro grupo del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), como otros del país, por esa misma época, asumió la necesidad de incorporar la cirugía bariátrica a su cartera de servicios. Ya entonces se planteaban varias operaciones como las más factibles, y fundamentalmente las restrictivas eran las más realizadas hasta la incorporación de las más modernas técnicas mixtas (en nuestro caso, y el de otros grupos, la derivación biliodigestiva).

Desde entonces hemos operado a más de 200 enfermos, utilizando en cada momento las técnicas que los resultados recogidos en la bibliografía internacional hacían más recomendables, y que han ido variando con los años.

Partiendo de nuestra confianza en que la cirugía proporciona hoy unos resultados aceptables en el caso de la obesidad mórbida, es preciso resaltar que ésta es una enfermedad cuya curación no es quirúrgica con los métodos empleados actualmente, aunque ésta sí sirva de tratamiento paliativo del sobrepeso y de muchas de sus complicaciones. Hecha esta aclaración, hemos de asumir otros conceptos.

En primer lugar, que los cirujanos bariátricos estamos operando una enfermedad, ya reconocida, crónica, que implica un gasto sanitario que llega al 7% en las sociedades desarrolladas; así, el presupuesto destinado al tratamiento de la abundancia es superior al invertido en el de la escasez.

En segundo lugar, si somos fieles a los Principios de Cancún y a la Guía de la SECO (Salamanca, 2003) acerca de la cirugía bariátrica, concluiremos que la técnica "ideal" será la menos agresiva y la que mejores resultados de pérdida de sobrepeso provea. Es cierto que las técnicas menos agresivas son hoy por hoy las menos resolutivas, no tanto porque sean incorrectas, sino por las

características psicológicas de estos enfermos, quienes en su mayoría se someten a la intervención para poder seguir comiendo sin engordar.

Respecto a las técnicas, aunque en su artículo Pujol-Ràfols expone una amplia revisión del tema, no hace referencia a la colocación del balón intragástrico, que creemos que podría tenerse en cuenta, al menos como un componente de la preparación preoperatoria de los enfermos con índices de masa corporal (IMC) más altos. Su única finalidad es reducir en lo posible el IMC por su capacidad restrictiva, junto con el inicio de la dieta controlada por nosotros; con ambos elementos comprobaremos la actitud del enfermo frente a la restricción alimentaria.

En cuanto a la banda, se ha ido perfeccionando paulatinamente por la industria biomédica, puliendo los defectos que causaban complicaciones (erosión y penetración gástrica, hiperpresión en el reservorio con deslizamiento posterior, megaesófago, rotura de la conexión con el *port* y rotaciones de éste...), y que los modernos dispositivos tratan de reducir al mínimo, como en el caso de la banda de baja presión o los perfeccionados *ports* y sus conexiones¹. Esta técnica fue aprobada en 2001 por la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos, y en diversos países, particularmente en Europa, se cuenta con una amplia experiencia en su uso².

Algunos autores preconizan la técnica de bandaje gástrico incluso en obesos mórbidos graves³. Al compararla con la gastroplastia vertical anillada de Mason, algunos autores le atribuyen una mayor pérdida de peso, y una menor tasa de complicaciones y de reoperaciones⁴ que a ésta.

El resto de las técnicas restrictivas, sobre todo la gastroplastia vertical anillada, presentan complicaciones similares: dilatación del reservorio o disrupción de la línea de grapas. Pese a ser una técnica quirúrgica poco complicada, la mayoría de los grupos la han descartado debido a su elevada tasa de fracasos.

Estamos convencidos de que en un futuro no muy lejano viviremos la reconversión de las técnicas mixtas (particularmente *bypass* gástrico y de Scopinaro) por un previsible cambio del concepto del tratamiento de la obesidad mórbida.

Hechas estas consideraciones, creemos que el uso de técnicas restrictivas requiere una selección muy detenida de los enfermos y en ello la evaluación psiquiátrica tiene un papel fundamental. En este sentido, no siempre se cuenta con la colaboración de un experto en problemas de alimentación, por lo que se puede pasar por alto enfermedades psiquiátricas que no permitirán que los obesos que las sufren respondan adecuadamente a una intervención restrictiva y, probablemente, a ninguna otra.

Por último, nos parece fundamental tener en cuenta la evaluación de la calidad de vida provista por la técnica restrictiva laparoscópica (banda), a la hora de valorar su repercusión en el enfermo^{5,6}.

Los pacientes obesos mórbidos habrán de ser informados en profundidad y con todo detalle acerca de cuál deberá ser su comportamiento dietético tras cualquier intervención quirúrgica restrictiva, porque la colocación de la banda gástrica sin la participación continuada a medio y largo plazo del enfermo obeso abocará, con muchas po-

Correo electrónico: aalarco@ull.es / cirgediges_a@hecit.es

sibilidades, al fracaso de la técnica, al igual que ocurrirá con las diferentes formas de restricción expuestas por Pujol-Ràfols en su excelente trabajo.

Bibliografía

1. Ceelen W, Walder J, Cardon A, et al. Surgical treatment of severe obesity. UIT a low-pressure adjustable gastric band: experimental data and clinical results in 625 patients. *Ann Surg* 2003;237:10-6.
2. Blanco-Engert R, Gascon M, Weiner R, et al. Video-laparoscopic placement of adjustable gastric banding (lap-band) in the treatment of morbid obesity. Preliminary results after 407 interventions. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24:381-6.
3. Fielding GA. Laparoscopic adjustable banding for massive superobesity (> 60 body mass index kg/m²). *Surg Endosc* 2003;17:1541-5.
4. Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database Sys Rev* 2003(2):CD003641.
5. Larsen JK, Geenen R, Ramshorst BV, et al. Psychosocial functioning before and after laparoscopic adjustable gastric banding: a cross-sectional study. *Obes Surg* 2003;13:629-36.
6. Wiener R, Datz M, Wagner D, Bockhorn H. Quality-of-life outcome after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg* 1999;9:539-45.