

Comentario

Mariano Martínez-Díez

Catedrático. Jefe del Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

La cirugía bariátrica ha incrementado extraordinariamente su actividad en España en los últimos 3 años¹. En 2000 se intervino en nuestro país a 1.168 obesos, cifra que ascendió a 1.670 en 2001, lo que supuso un notable aumento del 43%. Este hecho se debe, lógicamente, a una demanda creciente de este tipo de cirugía, debida en gran parte a los buenos resultados conseguidos y a la reciente incorporación de la cirugía bariátrica laparoscópica (CBL). Es cierto que esta última ha supuesto una revolución tecnológica mucho más atractiva para algunos pacientes y cirujanos.

Por otra parte, la experiencia acumulada con algunas técnicas por vía abierta (CBA) y laparoscópica (CBL), ha motivado que casi hayan dejado de practicarse en España técnicas restrictivas puras, como es el caso de la gastroplastia vertical anillada (GVA) y las bandas gástricas (BG).

El objetivo fundamental de la cirugía bariátrica es conseguir una pérdida ponderal aceptable, capaz de curar o aliviar las comorbilidades del obeso, con las mínimas secuelas digestivometabólicas posibles. Tanto la GVA como las BG, en sus distintas modalidades comerciales, no cumplen estas premisas. La GVA se sigue a largo plazo de ganancia de peso o fracasos del 40 al 80% de pacientes^{2,3}, mientras que las BG proporcionan resultados ponderales iniciales aceptables, casi similares a la GVA, pero la realidad es que a largo plazo no existen publicaciones con una metodología científica aceptable⁴.

Según mi criterio, para realizar la CBL es imprescindible tener una experiencia personal previa con CBA y, además, que los resultados de la técnica que se plantee estén bien refrendados en la comunidad bariátrica internacional. No entendemos por qué en el tercer milenio se siguen practicando, ahora por vía laparoscópica⁵, técnicas cuyo fracaso por vía abierta ha sido reconocido a escala mundial.

Afortunadamente, estos cambios táctico-técnicos no han pasado inadvertidos en España, de tal modo que en 2001 la GVA solamente ha supuesto el 8% de las operaciones realizadas por vía abierta, aunque, en este mismo período, las BG por vía laparoscópica aún suponen el 33% de las CBL¹.

En el trabajo del Dr. Baltasar nos presenta su enorme experiencia con la técnica de cruce duodenal (CD) en 482 pacientes operados en los últimos 9 años. El Dr. Baltasar es actualmente el único presidente honorario de la SECO, nombramiento que se le concedió en el último congreso celebrado en el mes de septiembre de 2002 en Zaragoza, en el que tuvo el alto honor de ser su presidente. Ha sido y es actualmente la figura más emblemática de la cirugía bariátrica en España, un pionero, y nos ha ido alertando a toda la comunidad quirúrgica de las enormes dificultades y problemas de este tipo de cirugía, que actualmente inunda las listas de espera de una gran parte de los hospitales españoles.

Son escasas las críticas, por supuesto científicas, y sugerencias que yo puedo hacerle, pero voy a intentarlo, como entiendo que es mi obligación en estos comentarios solicitados por la coordinación de este número monográfico.

Para ello voy a partir del hecho que yo definiendo, consistente en que en la práctica los resultados ponderales del CD son similares a los del *bypass* biliopancreático clásico de Scopinaro (BPBP) y a los de la técnica modificada (BPBPM) que nosotros practicamos actualmente.

Efectivamente, en el CD se realiza una gastrectomía subtotal vertical con preservación de píloro, mientras que en los diversos modelos de BPBP se practica una gastrectomía subtotal radical clásica, manteniendo 3-5 cm de curvatura menor y 15 cm de curvatura mayor (hasta el primer vaso corto), como propuso Holian⁶. Nosotros realizamos la técnica, como también lo hace Scopinaro⁷, por vía laparoscópica. Tanto con una como con otra técnica se consigue un volumen gástrico de 250-300 ml. Por tanto, la única diferencia sería la preservación pilórica, cuyo objetivo teórico es la disminución de las diarreas. A mi juicio, el aumento del número de deposiciones, 2-3 al día con CD y BPBPM, se deben a la malabsorción intestinal, y en éste no influye la preservación pilórica, que a veces entraña dificultades técnicas y en no pocas ocasiones es causa de intolerancia digestiva temporal con vómitos mantenidos por retención gástrica y alargamiento de la estancia hospitalaria.

El resto de la operación CD es totalmente similar a la clásica, abierta/laparoscópica, que practica Scopinaro⁷ y que nosotros hemos modificado (BPBPM)⁸ desde hace 2 años. Baltasar (seguiremos la nomenclatura de su artículo) deja un AC de 65 cm; nosotros de 75 cm; un AD de 1,85 m (que sumada a la AC supone un tramo funcional enteral total de 2,50 m), mientras que nosotros mantenemos un AD de 2,25 m (que sumada a la AC suponen 3 m). Por lo tanto, la técnica del CD de Baltasar es muy similar, en su componente intestinal, al BPBP clásico de Scopinaro⁷ (variante *half-half*), dejando en el circuito enteral funcionante medio metro de intestino menos que nosotros⁸ actualmente con el BPBPM.

Los porcentajes de alargamiento/transposición intestinal que refiere Baltasar son del 1,41% (5 pacientes), si-

Correspondencia: Dr. M. Martínez-Díez.

Paseo Damas, s/n. Residencial Paraíso, 2-C-5.º B.

50008 Zaragoza. España.

Correo electrónico: martinezfam@eresmas.net / cirgen@eresmas.net

milares a los nuestros 1,3% (2 pacientes) con el BPBP clásico, mientras que hasta la actualidad con el BPBPM no ha sido necesaria ninguna reintervención por desnutrición/hipoproteïnemia, lo que habla a favor de las distancias intestinales que empleamos actualmente. En este sentido, con el BPBP (150 casos) obtuvimos un 9% de malnutrición, mientras que con el BPBPM (22 casos) y con la variante de Larrad⁹ (20 casos), otra opción que más adelante comentaré, por ahora no hemos observado ningún paciente que precise reconversión.

La serie de Baltasar tiene un 52% de superobesos, y por tanto entendemos que en el 48% restante, que eran obesos mórbidos (IMC < 50 kg/m²) las distancias de AC y AD fueron las mismas para todos, indistintamente de su IMC. En la actualidad, nosotros solamente practicamos el BPBPM en superobesos, y realizamos *bypass* gástrico laparoscópico (47 pacientes) en sujetos con IMC entre 40 y 49 kg/m² (o más de 35 con comorbilidades mayores). También en nuestra serie inicial de BPBP clásico (150 enfermos) se mezclaban obesos mórbidos (69 pacientes) y superobesos (115), entendiendo actualmente que la cirugía mixta debe ser aplicada exclusivamente a los superobesos. El resto de nuestras indicaciones se completa con el BPBP de Larrad⁹, que indicamos en pacientes que por su IMC constituirían realmente indicación de BPBPM, pero en los que, por razones de edad límite o con trastornos concretos metabólicos preoperatorios y en pacientes con cirugía restrictiva previa e IMC < 50, preferimos realizar un AC de 75 cm y un AD de 5 m.

La mortalidad global postoperatoria de la serie de Baltasar es del 0,82% (0,78 CDA; 1,01 CDL) (4 pacientes fallecidos); sin embargo, posteriormente se produjo otro fallecimiento por fallo hepático y uno más en cirugía de alargamiento por laparoscopia. Nos llama la atención los 9 casos de alteración grave de la función hepática al mes de la intervención debidos a problemas nutricionales y los 2 casos de síndrome de Wernicke-Korsakoff, que no se especifica si son los mismos que sufrieron la disfunción hepática (dentro de las complicaciones graves).

Es perfectamente conocido que tras cualquier operación malabsortiva y mixta se producen elevaciones moderadas de transaminasas y fosfatasa (ASL, ALT y FA). Dicho cuadro bioquímico, sin repercusión clínica, retrograda espontáneamente hacia el sexto mes postoperatorio siempre y cuando se mantenga un nivel nutricional adecuado con suplementos proteínicos, minerales y vitamínicos. Nosotros hemos observado 3 casos de síndrome de Wernicke, tras la práctica de GVA incluso con clínica ocular y neurológica, pero nunca después de BPBP o BPBPM. La carencia de vitamina B₁ siempre fue debi-

da a vómitos mantenidos que imposibilitaban la alimentación oral. En la serie de Baltasar no se especifica, pero es probable que los casos de disfunción hepática y los de Wernicke estuvieran relacionados con la disfunción pilórica y la retención gástrica secundarias.

Dice Baltasar que "el CD es la operación más efectiva para perder peso"; entiendo que quiere referirse a todas las derivaciones biliopancreáticas en general, pues Scopinaro⁷ afirma exactamente lo mismo y, evidentemente, los resultados de todas estas variantes técnicas son muy similares, con una efectividad de pérdida ponderal a largo plazo del 70-75%.

En lo referente al porcentaje perdido de exceso de IMC (% PEIMC = [IMC inicial - IMC final]/[IMC inicial - 25]

100), Baltasar refiere cifras del 93 y del 80%, respectivamente, para los obesos y superobesos a los 4 años. Nosotros con el BPBP obtenemos cifras globales del 89% en este mismo período, mientras que con el BPBPM los porcentajes al año ya son del 78% para los superobesos.

Realmente todos estos porcentajes son superponibles y estamos de acuerdo en que si la indicación de cirugía bariátrica se basa fundamentalmente en el IMC, parece lógico que el % PEIMC sea la guía ponderal más útil para el cirujano en el seguimiento a largo plazo.

Bibliografía

1. Encuesta de Actividad SECO-2002. Resultados preliminares. Junta Directiva, julio de 2002.
2. Arribas del Amo D, Elía Guede M, Artigas Marco C, Aguilera Diago V, Martínez Díez M. Cir Esp 2002;72:3:119-24.
3. Baltasar A, Bou R, Del Río J, et al. Cirugía bariátrica: resultados a largo plazo de la gastroplastia vertical anillada. ¿Una esperanza frustrada? Cir Esp 1997;62:175-9.
4. Msika S. La chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte: 1. Efficacité clinique des différents procédés chirurgicaux. J Chir 2002;139:194-204.
5. Azagra JS, Goergen M, Ansary J, De Simone P, Vanhaverbeek M, Devuyst L, et al. Laparoscopic gastric reduction surgery. Preliminary results of a randomized prospective trial of laparoscopic vs open vertical banded gastroplasty. Surg Endosc 1999;13:555-8.
6. Holian DK. Biliopancreatic bypass. In: Deitel M, editor. Surgery for the morbidly obese patient. Philadelphia, London: Lea and Febiger, 1989; p. 105-11.
7. Scopinaro N, Marinari GM, Camerini G. Laparoscopic standard biliopancreatic diversion: Technique and preliminary results. Obes Surg 2002;12:362-5.
8. Martínez Díez M. Ponencia en el II Curso Nacional de Cirugía. Dilemas en el tercer milenio. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, 20 de junio de 2003.
9. Sánchez-Cabezudo C, Larrad Jiménez A, Ramos García I, Moreno Esteban B. Resultados a 5 años de la derivación biliopancreática de Larrad en el tratamiento de la obesidad mórbida. Cir Esp 2001; 70:133-41.