

¿Es imprescindible la experiencia en cirugía abierta?

Juan A. Luján y Q. Hernández

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Es una pregunta de difícil respuesta y dependerá del cirujano al que se le formule. Por un lado, están los cirujanos bariáticos de toda la vida, con amplia experiencia en esta cirugía, con buenos resultados en cuanto a morbilidad operatoria y seguimiento a largo plazo, y por otro, han irrumpido de forma brusca los cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada que han comenzado a practicar la cirugía bariátrica laparoscópica, en primer lugar con la banda gástrica y posteriormente el bypass gástrico y la derivación biliodigestiva.

Los primeros, conocedores de todos los aspectos de la obesidad mórbida, ante la pregunta de si es necesario el paso previo por cirugía bariátrica abierta, dirán que la cirugía bariátrica laparoscópica está en sus inicios, que hacen falta estudios clínicos que demuestren que sus resultados a corto y largo plazo son, como mínimo, similares a la cirugía abierta y, una vez demostrado esto, para iniciarse en la técnica laparoscópica, se necesita una amplia experiencia en obesidad mórbida en cuanto a selección de pacientes, técnicas quirúrgicas, diagnóstico precoz de posibles complicaciones en el postoperatorio y un seguimiento adecuado por un equipo multidisciplinario. En este sentido, la International Federation for the Surgery of Obesity (IFSO) publicó una guía de cualificación del cirujano bariátrico, y entre las condiciones necesarias incluía que éste debe tener una completa percepción de todos los aspectos de la obesidad mórbida, así como una formación con un cirujano que tenga una experiencia de al menos 5 años en este tipo de cirugía y que haya realizado más de 200 intervenciones de obesidad mórbida¹. Una vez el cirujano cumpla todas estas premisas, puede comenzar a realizar la cirugía laparoscópica bariátrica.

Los cirujanos expertos en cirugía laparoscópica que han entrado bruscamente en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida pueden pensar que este tipo de intervención es como cualquier otra y con tener unos conocimientos sobre obesidad y las técnicas quirúrgicas disponibles es suficiente para iniciar esta práctica. En esta discusión no podemos olvidar las lecciones aprendidas por los cirujanos en el aprendizaje de la colecistectomía laparoscópica durante la década de los noventa, cuando

existía una gran controversia sobre sus indicaciones, quién debería realizarla, cuáles eran sus complicaciones, etc.; incluso algunos autores llegaron a plantear su utilidad. Hoy día, nadie discute que el tratamiento de elección de la colelitiasis es la colecistectomía laparoscópica. Estamos en el inicio de la cirugía laparoscópica bariátrica, sus ventajas sobre la cirugía abierta están cada vez más claras y será una cirugía que en un futuro se impondrá de manera generalizada para el tratamiento de la obesidad mórbida por la demanda del paciente, la presión de las casas comerciales y, principalmente, por sus resultados. Por ello, para evitar complicaciones y malos resultados a largo plazo, su aprendizaje debe ser el correcto, ya que es una cirugía técnicamente muy demandante, con un grado de dificultad próximo a 10 sobre 10, por encima de la esofagectomía, la colectomía y la adrenalectomía laparoscópica². Los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica avanzada y los cirujanos bariáticos deben combinar sus habilidades y experiencia durante los próximos años para el avance de la cirugía laparoscópica bariátrica. Así, los primeros deben adquirir los conocimientos necesarios para la asistencia de los pacientes con obesidad (monografías, cursos, congresos, revistas especializadas, etc.), formar un equipo multidisciplinario (endocrinólogos, psiquiatras, dietistas) y, una vez adquiridos estos conocimientos, pueden iniciar su actividad en cirugía laparoscópica. Los segundos deben aprender y desarrollar las técnicas de cirugía laparoscópica avanzada si desean realizar la operación por esta vía, iniciar la cirugía bariátrica laparoscópica bajo la dirección o tutela de un cirujano familiarizado con esta técnica, hasta estar seguros de poder realizarla con plena seguridad, y ser conscientes de que algunos cirujanos bariáticos bien cualificados y muy experimentados no serán capaces de reproducir la baja tasa de complicaciones publicada en algunos centros pioneros en este tipo de cirugía³, ya que existe un riesgo de mayor número de complicaciones inherente entre la curva de aprendizaje y la cirugía laparoscópica bariátrica y es real y significativo. Durante el inicio de la cirugía laparoscópica bariátrica, los cirujanos deben seleccionar a pacientes con bajo índice de masa corporal (IMC) (menos de 45 kg/m²), con obesidad ginoide, mujeres y sin previa cirugía abdominal o sólo con cirugía infraumbilical, evitando a los pacientes varones, que suelen tener una obesidad androide con acumulación de grasa intraabdominal, que puede hacer más difícil la exposición laparoscópica.

Correspondencia: Dr. J.A. Luján.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n.
30120 El Pajar. Murcia. España.
Correo electrónico: jlujanm@terra.es

Otro aspecto importante es la técnica quirúrgica que se debe realizar. No se debe llevar a cabo una técnica quirúrgica sin pensar en la enfermedad, sino que se debe realizar la mejor técnica para esta enfermedad. En este sentido, en la actualidad existe una exaltación de la banda gástrica por laparoscopia para el tratamiento de la obesidad mórbida, debido a que es una técnica fácilmente realizable y reproducible, y con una baja morbi-mortalidad. De esta técnica, que reproduce el procedimiento ya abandonado de la prótesis de Angelick para el tratamiento del reflujo gastroesofágico, se dispone de series con un seguimiento importante, con un alto porcentaje de conversión a otras técnicas, habitualmente *bypass* gástrico, principalmente por complicaciones de la banda y sus malos resultados en la pérdida de peso^{4,5}. Al ser una técnica puramente restrictiva, es de esperar que su evolución sea similar a la de la gastroplastia vertical anillada, donde se ha demostrado que es menos efectiva que el *bypass* gástrico o la derivación biliopancreática en la pérdida de peso y la curación de comorbilidades asociadas a la obesidad, con una tasa muy

alta de conversión a otras técnicas⁶. Por otro lado, hacer una conversión de una banda gástrica fracasada a otra técnica es difícil desde el punto de vista técnico y se puede acompañar de un riesgo más elevado de complicaciones y mortalidad que la derivación gástrica laparoscópica primaria.

Bibliografía

1. The Cancun IFSO Statement on Bariatric Surgeon Qualifications. *Obes Surg* 1998;8:86.
2. Schauer PR, Ikramuddin S. Laparoscopic surgery for morbid obesity. *Surg Clin North Am* 2001;81:1145-79.
3. Higa KD, Boone KB, Ho T. Complications of de laparoscopic Roux Y bypass. 1040 patients-wat have we learned. *Obes Surg* 2000;10:509-13.
4. Ovrebo KK, Hatlebakk JG, Viste A. Gastroesophageal reflux in morbidly obese patients treated with gastric banding or vertical banded gastroplasty. *Ann Surg* 1998;228:51-8.
5. Westling A, Bjurling K, Ohrvall M. Silicone-adjustable gastric banding: disappointing results. *Obes Surg* 1998;9:23-30.
6. Fobi MA. Vertical banded gastroplasty vs gastric bypass: 10 years follow-up. *Obes Surg* 1993;3:161-4.