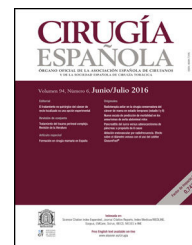




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Cirugía bariátrica y enfermedad inflamatoria intestinal: una realidad cada día más frecuente

Bariatric surgery and inflammatory bowel disease: An increasingly frequent reality



La obesidad se ha convertido, desde hace años, en un problema de salud pública de primer orden, hasta el punto que, según el informe publicado por la OMS en 2022, el 60% de los ciudadanos en el área de Europa tienen sobrepeso o son obesos¹. Según las últimas recomendaciones de la IFSO, la cirugía bariátrica y metabólica es el tratamiento recomendado para pacientes con IMC por encima de 35 kg/m² (con o sin enfermedad asociada)², consiguiendo buenos resultados con relación a la pérdida de peso a medio-largo plazo, además de mejorar un porcentaje importante de comorbilidades en este tipo de pacientes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia...) y disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular³. Por otro lado, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), caracterizada por un estado de inflamación crónica, cuya etiología es desconocida y probablemente resultado de una combinación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales, también ha visto aumentada su incidencia durante las últimas décadas, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo^{4,5}. De esta manera, y a pesar de que tradicionalmente la obesidad ha sido considerada como una característica inusual en los enfermos con EII, el aumento paralelo en la prevalencia de ambas ha provocado un crecimiento en esta población, que vamos a tener que valorar con más frecuencia en nuestras consultas, y ofrecer la mejor opción terapéutica.

La obesidad ha pasado a ser una pieza más del intrincado puzzle que supone la fisiopatología y el manejo de la EII, pues se ha postulado como una condición proinflamatoria sobre la base de que el tejido adiposo es responsable de la secreción de adipocinas pro y antiinflamatorias, pudiendo exacerbar la actividad en enfermedades autoinmunes, entre las que se incluyen la EII⁶. Además, estudios recientes han sugerido que la grasa mesentérica puede contribuir a la respuesta inflamatoria en pacientes con enfermedad de Crohn, a diferencia del tejido adiposo subcutáneo y la obesidad *per se*⁷. Por otro lado, también existe evidencia que sugiere que la «disbiosis», las

alteraciones en la señalización intestinal y sus consecuentes cambios en la respuesta hormonal, en conjunto con el uso de medicación inmunosupresora, podría contribuir a una ganancia de peso.

Esto hace preguntarnos, tanto a los cirujanos coloproctólogos como a los bariátricos, cuál podría ser la técnica ideal a realizar en estos pacientes y actuar con cautela (ante una enfermedad crónica en la que tenemos la incertidumbre de cómo va a evolucionar). Por un lado, si decidiéramos optar por técnicas restrictivas con la idea de no manipular el intestino delgado (fundamentalmente en aquellos pacientes afectados por enfermedad de Crohn), podríamos llevar a cabo gastrectomías verticales laparoscópicas en estos pacientes, asumiendo que, posiblemente, los resultados ponderales no sean los mejores a largo plazo. Sin embargo, si optáramos por técnicas mixtas o malabsortivas con la idea de obtener los mejores resultados en cuanto a pérdida de peso o mejoría de comorbilidades, tendríamos que asumir la manipulación intestinal en pacientes que, posiblemente, requieran en un futuro algún tipo de intervención, con lo que esto podría suponer.

Hasta la fecha, son pocas las series publicadas, y de hecho nuestro país acaba de presentar los primeros resultados de nuestro registro nacional de pacientes previamente diagnosticados de EII candidatos a cirugía bariátrica (ReNacEIBar). La mayoría de las mismas, concluyen que la cirugía bariátrica se puede considerar segura y eficaz en pacientes diagnosticados de EII, siendo la gastrectomía vertical laparoscópica, la técnica más realizada (principalmente en pacientes con enfermedad de Crohn). Una de las principales preocupaciones en este tipo de pacientes, es el hecho de que el porcentaje de complicaciones pueda superar lo establecido dentro de los estándares⁸, como consecuencia del estado de inflamación luminal, así como por el hecho de estar de forma crónica bajo diferentes tratamientos (inmunomoduladores, aminosalicilatos, corticoides...). Garg et al.⁹, en su revisión sistemática y metaanálisis, en el que incluyen 10 estudios, presentan una tasa de efectos adversos

tempranos y tardíos tras cirugía bariátrica en pacientes con EII fue del 15,9 y 16,9%, respectivamente, y en cuanto a resultados ponderales, presentan una tasa combinada de pérdida de exceso de peso (EWL) y reducción del IMC a los 12 meses después de la cirugía bariátrica fue del 66,1% (IC 95%: 59,8-72,3) y 13,7 kg/m² (IC 95%: 12,5-14,9), respectivamente. El procedimiento bariátrico más utilizado fue la gastrectomía vertical (58%, n = 97), seguido de *bypass* gastroyeyunal en Y Roux (30%, n = 51), banda gástrica ajustable (12%, n = 20) y gastroplastia vertical con banda (n = 1).

Con relación a la evolución de la EII, aún quedan muchos aspectos por conocer. Si nos fijamos en las revisiones publicadas, la mayoría de ellas van a favor de una mejora de la misma, con relación a una disminución del tratamiento de mantenimiento en dichos pacientes. Así, en la revisión previamente comentada, la mitad de los pacientes no tuvieron efecto sobre los medicamentos para la EII, mientras que el 45% experimentó una disminución y el 11% experimentó un aumento en sus medicamentos para la EII (siendo la enfermedad de Crohn más sensible a la intervención bariátrica con tasas numéricamente más altas de disminución y aumento inducidos de sus medicamentos para la EII)⁹.

Por otro lado, existen diferentes casos publicados en la literatura de la EII *de novo* tras cirugía bariátrica, pareciendo estar más relacionada con la enfermedad de Crohn que con la colitis ulcerosa (y con el *bypass* gastroyeyunal en Y Roux que con técnicas restrictivas). Sin embargo, aunque aún no se ha determinado el grado en que la obesidad y la cirugía bariátrica se asocian con el desarrollo de la EII *de novo*, todo apunta a que la unión de un individuo genéticamente predispuesto, unido a la alteración anatómica provocada por estas técnicas bariátricas, así como al cambio en el microbioma, podría ser el gran factor predisponente en el desarrollo de dicha entidad^{10,11}.

En definitiva, aún quedan muchas respuestas por resolver en pacientes diagnosticados de EII que padecen obesidad mórbida, y solo el tiempo y los estudios bien diseñados a largo plazo, ayudarán a la toma de decisiones en este tipo de pacientes. Por ello, os animamos desde la AEC a participar en nuestro registro ReNacElBar, cuyo objetivo es facilitar su mapeo en la práctica clínica asistencial.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boutari C, Mantzoros CS. A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: As its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*. 2022;133:155217.
2. Eisenberg D, Shikora SA, Aarts E, Aminian A, Angrisani L, Cohen RV, et al. 2022 American Society of Metabolic and

Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2022;18:1345-56.

3. van Veldhuisen SL, Gorter TM, van Woerden G, de Boer RA, Rienstra M, Hazebroek EJ, et al. Bariatric surgery and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J*. 2022;43:1955-69.
4. Mak WY, Zhao M, Ng SC, Burisch J. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35:380-9.
5. GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5:17-30.
6. Cañete F, Mañosa M, Clos A, Cabré E, Domènech E. The Impact of Obesity on the Clinical Course of Inflammatory Bowel Disease: A Meta-Analysis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;48:807-16.
7. Hu Q, Ren J, Li G, Wu X, Li J. The Impact of Obesity on the Clinical Course of Inflammatory Bowel Disease: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit*. 2017;23:2599-606.
8. SabenchPereferer F, Domínguez-Adame Lanuza E, Ibarzabal A, Socas Macias M, ValentíAzcárate V, García Ruiz de Gordejuela A, et al. Quality criteria in bariatric surgery: Consensus review and recommendations of the Spanish Association of Surgeons and the Spanish Society of Bariatric Surgery. *Cir Esp*. 2017;95:4-16.
9. Garg R, Mohan BP, Ponnada S, Singh A, Aminian A, Regueiro M, et al. Safety and Efficacy of Bariatric Surgery in Inflammatory Bowel Disease Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. 2020;30:3872-83.
10. Mian A, Khan S. Systematic review: Outcomes of bariatric surgery in patients with inflammatory bowel disease and de-novo IBD development after bariatric surgery. *Surgeon*. 2022. S1479-666X(22)00076-2.
11. Bernstein GR, Pickett-Blakely O. De Novo Inflammatory Bowel Disease After Bariatric Surgery: A Case Series and Literature Review. *Dig Dis Sci*. 2017;62:817-20.

Manuel Ferrer-Márquez^{a,b,*}

^aUnidad de Cirugía Bariátrica y Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España^bDepartamento de Cirugía Bariátrica (Obesidad Almería), Hospital Mediterráneo, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuferrer78@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.01.010>
0009-739X/

© 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.