
Nuevas fronteras en cirugía bariátrica: una intervención con múltiples posibilidades

New frontiers in bariatric surgery: an intervention with multiple possibilities

P. Martínez Ortega, J. Arredondo

La obesidad mórbida (OM) es una enfermedad crónica multifactorial asociada a importantes complicaciones físicas y psicológicas que contribuye a empeorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir su esperanza de vida^{1,2}. La situación en España no es muy diferente a la de países como Estados Unidos donde se estima que se producen 300.000 muertes anuales sólo debidas a la obesidad. En nuestro país un 38% de la población adulta presenta sobrepeso y un 14,5% obesidad (13,4% en hombres y 15,7% en mujeres). En la población infantil ya se vislumbra el problema en toda su magnitud, ya que el 26,3% de nuestros niños tienen sobrepeso y el 13,9% son obesos³.

El tratamiento de la OM con medidas higiénico-dietéticas y fármacos no consigue, en la gran mayoría de los casos, pérdidas de peso suficientes para controlar adecuadamente las comorbilidades. Los estudios con alto nivel de evidencia disponibles hasta ahora sugieren que, para casos de obesidad mórbida, la cirugía es capaz de ofrecer una pérdida de peso sustancial y mantenida en el tiempo mejorando las expectativas y calidad de vida de estos pacientes^{4,6}. Teniendo en cuenta que los objetivos de la cirugía de la obesidad no son alcanzar un peso ideal ni curar la obesidad, sino reducir significativamente las comorbilidades asociadas y mejorar el bienestar de los pacientes, la Sociedad para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) elaboraron un documento de consenso en el año 2004 que permite a los distintos profesionales implicados en el tratamiento de la OM una orientación práctica a la hora de desarrollar sus propios protocolos de trabajo⁷.

Con respecto a la cirugía bariátrica los resultados han mejorado drásticamente desde sus comienzos hace ya algo más de 60 años. En la actualidad las técnicas son seguras y con resultados contrastados a largo plazo, incrementando el número de intervenciones anuales de manera exponencial, especialmente desde el advenimiento de la cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva. De entre las distintas técnicas

Correspondencia:

Jorge Arredondo
Clínica Universidad de Navarra
Avda. Pío XII, 36
31008 Pamplona
E-mail: jarredon@unav.es

Departamento de Cirugía General
y del Aparato Digestivo

el bypass gástrico se considera la técnica de referencia por sus buenos resultados, calidad de vida y baja morbimortalidad postoperatoria. A pesar de ser un procedimiento complejo y presentar dificultades propias del paciente obeso mórbido, la morbimortalidad de esta intervención es similar a la de las técnicas más habituales en cirugía mayor abdominal⁸. En los grupos con experiencia, el paciente intervenido con esta técnica presenta un riesgo de mortalidad menor del 1% y de padecer una complicación importante menor al 5%^{9,10}. Los pacientes refieren bienestar postoperatorio con pérdidas de peso del 60-70% del exceso y adherencia buena a las indicaciones médicas postoperatorias. Esta técnica fue descrita por Mason en 1967¹¹, y desde entonces ha sufrido múltiples modificaciones hasta 1994 cuando Wittgrove la realiza por primera vez por vía laparoscópica¹².

El objetivo primordial de este tratamiento se centró básicamente en facilitar la pérdida de peso y a través de este hecho, mejorar la salud global de los pacientes sometidos a la intervención. Así pues, la cirugía bariátrica se ha convertido en más que una simple opción terapéutica para aquellos pacientes, que no habiendo conseguido una adecuada pérdida de peso con medidas conservadoras, presentan los criterios de consenso establecidos por *National Institutes of Health* (NIH). Éstos se constituyeron al ser descrita la relación entre obesidad y el riesgo de coronariopatía, diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) o síndrome de apneas e hipopneas obstructivas durante el sueño (SAOS) y concluyen que los pacientes en los que el índice de masa corporal (IMC) sea de al menos 40 kg/m² o en su defecto, 35 kg/m² asociando comorbilidades severas derivadas de la obesidad, son candidatos a beneficiarse del tratamiento quirúrgico¹³. Desde su publicación, los resultados que han salido a la luz en estas últimas dos décadas demuestran que la cirugía bariátrica es capaz no sólo de facilitar una pérdida de peso eficaz y duradera, sino también de resolver o atenuar aquellas morbilidades asociadas a la obesidad. De este modo, es imperativo mencionar el efecto de esta intervención sobre el control de la DM-2, pues muchos sujetos disminuyen la necesidad de farmacoterapia o incluso la eliminan por completo. Sjöström y col demostraron a través del estudio SOS (*Swedish Obese Subjects Study*) que los individuos sometidos a cirugía bariátrica presentaban un mejor control de las glucemias y un menor riesgo cardiovascular¹⁴. Según dos estudios controlados y aleatorizados que se han publicado recientemente, el tratamiento quirúrgico resulta más efectivo que el tratamiento médico utilizado tanto a dosis estándar como de manera intensiva^{15,16}, lo que invita a pensar sobre cuál es el mejor momento para recomendar la intervención quirúrgica en el caso de los pacientes obesos con DM-2. Carlsson y col describen que la cirugía bariátrica disminuye la incidencia de DM-2 en pacientes obesos con respecto a los que no son intervenidos, mediante un estudio prospectivo con un seguimiento de hasta 15 años¹⁷.

A pesar de que los resultados del estudio SOS sean realmente alentadores en lo relativo al control glucémico, es necesario ser precavidos en el momento de generalizar dichos hallazgos, ya que resultaría realmente injustificado utilizar el tratamiento quirúrgico en cada paciente obeso susceptible de recibirlo. Por el contrario, sí que parece imprescindible continuar las investigaciones en esta dirección con el fin de

comprender los mecanismos a través de los cuales la cirugía bariátrica brinda tan importantes beneficios.

En este número se presenta la experiencia del programa de cirugía bariátrica instaurado en Navarra. Mediante un estudio multicéntrico (Clínica Universidad de Navarra y Complejo Hospitalario de Navarra), Valentí y Zugasti analizan los resultados a corto plazo, centrándose en la disminución del exceso de peso y en el control de las copatologías, mediante la realización de by-pass gástrico por vía laparoscópica¹⁸. En él se observan unos resultados en consonancia con las publicaciones más recientes, mostrando que se trata de una técnica segura y efectiva para el control de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

De recientes estudios se deriva que el control de las morbilidades no se centra únicamente en la DM-2, sino que el by-pass gástrico consigue la resolución de la hipertensión arterial y dislipemia en el 44,8% y 44,9% respectivamente, además de un 76% de no requerimientos de C-PAP en el SAOS¹⁹. Característicamente esta mejoría del síndrome metabólico no se debe exclusivamente a la pérdida del exceso de peso, observándose mejoría analítica en fases muy precoces del postoperatorio.

Este hecho introduce el concepto de la cirugía metabólica, que va dirigida específicamente a corregir mediante cirugía, el síndrome metabólico en pacientes que por su IMC no cumplen criterios de cirugía bariátrica. Se ampliaría así la indicación de esta cirugía a pacientes con obesidad leve (IMC<35) y a diabéticos con sobrepeso (IMC: 25-30). El realizar la intervención de una manera precoz en el tiempo, sin esperar la evolución de las comorbilidades y al aumento en exceso de la ganancia ponderal, permitiría optimizar las correcciones de las copatologías y reducir la tasa de complicaciones postoperatorias en pacientes con síndrome metabólico. En este sentido ya se encuentran publicados diversos artículos con resultados prometedores²⁰⁻²², si bien, la integración de conceptos nos ayudará a determinar quiénes son los candidatos óptimos para la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. SALVADOR J, FRÜHBECK G. La asociación obesidad-enfermedad psiquiátrica: una necesidad más de abordaje multidisciplinar. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 141-144.
2. Baile JI, González MJ. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 253-261.
3. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 608-612.
4. COLQUITT JL, PICOT J, LOVEMAN E, CLEGG AJ. Surgery for Obesity (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 3.
5. FARRELL TM, HAGGERTY SP, OVERBY DW, KOHN GP, RICHARDSON WS, FANELLI RD. Clinical application of laparoscopic bariatric surgery: an evidence-based review. *Surg Endosc* 2009; 23: 930-949.
6. AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines, *Endocr Pract* 2008;14 (Suppl 19).
7. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes* 2004; 4: 223-249.

8. The Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium. Perioperative safety in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 2009; 361: 445-454.
9. HIGA KD, BOONE KB, HO T. Complications of the laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 1,040 patients—what have we learned? *Obes Surg* 2000; 10: 509-513.
10. PODNOS YD, JIMENEZ JC, WILSON SE, STEVENS CM, NGUYEN NT. Complications after laparoscopic gastric bypass: a review of 3464 cases. *Arch Surg* 2003; 138: 957-961.
11. MASON EE, ITO C. Gastric bypass in obesity. *Surg Clin North Am* 1967; 47: 1345-1351.
12. WITTGROVE AC, CLARK GW, TREMBLAY LJ. Laparoscopic gastric bypass, Roux-en-Y: preliminary report of five cases. *Obes Surg* 1994; 4: 353-357.
13. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992; 55 (2 Suppl.): 615S-619S.
14. CARLSSON LM, PELTONEN M, AHLIN S, ANVEDEN A, BOUCHARD C, CARLSSON B et al. Bariatric surgery and prevention of type 2 diabetes in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2012; 367: 695-704.
15. MINGRONE G, PANUNZI S, DE GAETANO A, GUIDONE C, IACONELLI A, LECCESI L et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012; 366: 1577-1585.
16. SCHAUER PR, KASHYAP SR, WOLSKI K, BRETHAUER SA, KIRWAN JP, POTHIER CE et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med* 2012; 366: 1567-1576.
17. SJOSTROM L, LINDROOS AK, PELTONEN M, TORGERTSON J, BOUCHARD C, CARLSSON B et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2683-2693.
18. VALENTÍ AZCÁRATE, V, ZUGASTI MURILLO, A. Programa de cirugía bariátrica laparoscópica en la clínica Universidad de Navarra – Complejo Hospitalario de Navarra: resultados a un año. *An Sist Sanit Navar* 2012; 35: 433-444.
19. INABNET WB 3RD, WINEGAR DA, SHERIF B, SARR MG. Early outcomes of bariatric surgery in patients with metabolic syndrome: an analysis of the bariatric outcomes longitudinal database. *J Am Coll Surg* 2012; 214: 550-556.
20. LEE WJ, CHONG K, CHEN CY, CHEN SC, LEE YC, SER KH, CHUANG LM. Diabetes remission and insulin secretion after gastric bypass in patients with body mass index <35 kg/m². *Obes Surg* 2011; 21: 889-895.
21. REIS CE, ALVAREZ-LEITE JI, BRESSAN J, ALFENAS RC. Role of bariatric-metabolic surgery in the treatment of obese type 2 diabetes with body mass index <35 kg/m²: a literature review. *Diabetes Technol Ther* 2012; 14: 365-372.
22. SERROT FJ, DORMAN RB, MILLER CJ, SLUSAREK B, SAMPSON B, SICK BT et al. Comparative effectiveness of bariatric surgery and nonsurgical therapy in adults with type 2 diabetes mellitus and *body mass index* <35 kg/m². *Surgery* 2011; 150: 684-691.
23. SALVADOR J, FRÜHBECK G. La asociación obesidad-enfermedad psiquiátrica: una necesidad más de abordaje multidisciplinar. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 141-144.
24. Baile JI, González MJ. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 253-261.