

Editorial

Cirugía bariátrica, una promesa en evolución

Bariatric surgery, an evolving promise

La obesidad con su cortejo de patologías asociadas ha irrumpido en las recientes décadas como una verdadera pandemia en el mundo desarrollado y también en los países que van en vía de serlo, como los de nuestra América Latina. Se inició como un problema emergente en la Medicina de adultos, pero hoy también hace estragos en la población infantil. Respecto a esta última, en Chile se ha pasado, casi con brusquedad, desde la desnutrición infantil a la obesidad infantil.

Las cifras son dramáticas: en el mundo más de 300.000.000 de personas padecen de obesidad mórbida, es decir superan un IMC de 40 kg/m². La gravedad de la obesidad toma cuerpo en la forma de co-morbilidades como diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y respiratoria, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, artrosis, trastornos gonadales y de la fertilidad, etc. Por años el esfuerzo terapéutico ha estado centrado en lograr que el balance calórico entre ingesta y gasto sea negativo, y de este modo el déficit calórico inducido sea aportado por las reservas energéticas del tejido graso. Sin embargo, la orientación basada en dietas restrictivas y ejercicio, con o sin drogas coadyuvantes, ha sido en general decepcionante, con resultados inicialmente positivos, pero con imposibilidad en la mayoría de los pacientes de mantener lo logrado. El tema de la obesidad es de notorio interés público, prueba de lo cual es la extendida industria de institutos y gimnasios dedicados en gran parte a los obesos, como asimismo la encargada de proveer medicamentos o productos naturales con efectivos o supuestos efectos para reducir el peso corporal.

Este panorama desolador se ha arrastrado por años hasta que hizo su aparición la cirugía bariátrica, y que desde entonces ha tenido una demanda creciente. Así, en 1995 en EE.UU. 15.000 personas se sometieron a cirugía bariátrica, pero ya el año 2008 esa cifra superaba los 200.000 pacientes obesos operados. En Chile, esta cirugía empezó en 1992 y hoy ha seguido un curso ascendente; en la actualidad se operan en Chile alrededor de 2.000 pacientes por año.

La técnicas quirúrgicas han variado, tanto en la aproximación al problema de reducir las capacidad gástrica, como en la vía de abordaje para llevarlo a cabo, desde la laparotomía abierta a la laparoscopia. La evidencia actual sustenta que la cirugía bariátrica logra reducciones importantes de peso (> 40 kg) con la ventaja de hacer perdurable esta pérdida. En aquellos centros que tienen un enfoque multidisciplinario para el tratamiento quirúrgico, el éxito a 5 años puede llegar a 80%, dependiendo de la técnica usada. En conjunto con esta baja de peso se asiste a la remisión o mejoría de las co-morbilidades, entre ellas la diabetes mellitus, con la consecuente disminución de la mortalidad de esta población.

Sin embargo, la desesperanza del tratamiento clásico no puede desembocar en un entusiasmo desbordante por esta forma quirúrgica de enfocar la obesidad. Evidentemente existen complicaciones tanto de carácter precoz como a mayores plazos. De allí la responsabilidad de los endocrinólogos, que son los primeros consultados, de conocer en profundidad las luces y sombras de esta cirugía. Sólo así podrán guiar y aconsejar adecuadamente a los pacientes que lo solicitan.

Las complicaciones tempranas están en relación al procedimiento quirúrgico, y son variables (< 10%) dependiendo de las características del paciente (edad, daño vascular, etc.) de la experiencia y capacidad del equipo quirúrgico, y del tipo de operación elegida. Las más frecuentes son hemorragia, obstrucción intestinal, dehiscencia de anastomosis, tromboembolismo, infección, etc. Una vez superada la operación el paciente no queda exento de riesgos a largo plazo, de instalación lenta, y que son derivados de carencias nutricionales y de vitaminas, aparición de hipoglicemia, detrimento de la calidad del hueso y neuropatías.

Los procedimientos quirúrgicos usados más importantes son: a) el "by pass" gástrico en Y de Roux, b) gastrectomía tubular o en manga y c) la banda gástrica ajustable. El "by pass" en Y de Roux consiste en crear un pequeño bolsillo gástrico (15-20 cc de capacidad), el cual se anastomosa al yeyuno proximal en 7 de Roux de 1 a 2 m, evitando que el flujo de alimentos pase por el estómago, el duodeno y el yeyuno inicial. La mortalidad del procedimiento es de 0,5% y la morbilidad está directamente relacionada con la experiencia del equipo quirúrgico, habida consideración que se trata de pacientes de alto riesgo.

Esta cirugía, que aísla la parte del tracto digestivo donde son absorbidos numerosos micronutrientes, deriva en algún

grado de mala absorción. Entre ellos se aprecia deficiencia de hierro, de calcio por la hipocloridia, magnesio y zinc. También pueden objetivarse carencias de vitaminas C, D, B6, B12 y folato. Derivado de estas carencias puede aparecer anemia, disminución de la masa ósea con hiperparatirodismo de grado variable e incluso síndrome neurológico como la encefalopatía de Wernicke.

Si miramos el problema con un lente más endocrinológico veremos que el procedimiento quirúrgico causa disminución de somatostatina, grelina, leptina y aumento de GLP-1. Este conjunto de cambios señala la complejidad del hecho, más aún si consideramos que la dilucidación de las acciones e interacciones de estas hormonas aún están lejos de haberse alcanzado.

Otro efecto no deseado es la hipoglicemia que puede aparecer alrededor de un año después de la operación, de tipo postprandial en asociación al síndrome de “dumping”, y que puede tornarse en un hecho francamente limitante de la calidad de vida por el dolor abdominal, hipotensión y diarrea.

Inicialmente se pensaba que esta operación funcionaba por la restricción gástrica y algún grado de mala absorción por el “by pass” de estómago e intestino delgado proximal. La investigación a lo largo de estos años ha demostrado que sólo hay déficit de absorción de nutrientes en el segmento de intestino por el que no pasa el alimento, y no hay mala absorción calórica-proteica. Por otra parte, la llegada precoz del alimento al intestino delgado distal por el “by pass” explicaría la rápida mejoría de la diabetes vista en estos pacientes.

La gastrectomía en manga o tubular, que reduce la capacidad gástrica a 100 ó 150 cc, ha aparecido en los últimos 5 años como una interesante alternativa terapéutica. Es fundamentalmente restrictiva, produce una importante reducción de la grelina y tiene el inconveniente de no ser reversible. Sus resultados a 3 años plazo son similares a los del “by pass”, pero no se dispone de experiencia respecto de períodos más largos.

La banda gástrica ajustable apareció como un método muy promisorio para disminuir la capacidad de alimentación, con bajo riesgo y de carácter reversible. Lamentablemente, la experiencia general, salvo una australiana, no ha sido buena con este método; dado que la tolerancia al cuerpo extraño en el largo plazo no es satisfactoria la técnica se utiliza poco en la actualidad.

Este número de la Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes expande el tema al tratar el impacto de la cirugía bariátrica sobre el metabolismo óseo, a través de una completa revisión de los Drs. J.P. Valdera y G. González.

Como corolario debiera quedar para nuestros lectores que esta cirugía es un gran paso, pero que requiere un juicioso análisis de los pacientes antes de efectuarla y un seguimiento conciente y metódico para detectar las complicaciones y tratarlas. El paciente debe entender que así como se quita un peso de encima, adquiere otro que es el de la responsabilidad de nunca dejar el control médico especializado. Estas técnicas para ser eficientes y de bajo riesgo deben ser llevadas a cabo en centros que cuenten con todo el equipamiento profesional y tecnológico necesario.

Dr. José Manuel López M.
Editor