

# Cirugía Bariátrica: editorial

La obesidad es un problema importante de salud y su incidencia crece en forma alarmante. La obesidad severa conlleva a numerosos problemas médicos, a una sobrevida acortada, a más incapacidades, a más pensiones por invalidez y mayor costo en medicamentos <sup>1</sup>.

Aunque los cambios en estilo de vida y de comportamiento, principalmente en lo que se refiere a dieta y ejercicio, deben siempre ser los primeros y "persistentes" en el tratamiento de la obesidad, en los últimos 50 años se han introducido métodos quirúrgicos ingeniosos y exitosos para los grados más extremos.

El Colegio Americano de Médicos ha formulado una guía para decidir el tratamiento de la obesidad <sup>2</sup>: la dieta, el ejercicio y la modificación del comportamiento deben ser las piedras angulares de cualesquiera tratamientos. Se subraya el hecho de que pérdidas de peso moderadas (5-10%) producen resultados positivos, como mejorías en el metabolismo de la glucosa, perfil de lípidos y presión arterial. Si no hay respuesta adecuada, el Colegio Americano recomienda tratamiento con drogas (sibutramina, orlistat, fentermina, dietilpropión, fluoxetina y bupropión). Sin embargo, no hay datos confiables sobre el rebote de ganancia de peso (usualmente importante) cuando se suspenden estas últimas, por lo que se enfatiza de nuevo la necesidad de modificaciones sostenidas en el estilo de vida, el ejercicio y el comportamiento.

El término "cirugía bariátrica" se deriva de las palabras griegas "baros", que significa peso y "iatrikos", medicina. Debe ser considerada en pacientes con obesidad mórbida o con índice de masa corporal >35 y morbilidades asociadas importantes como DM2, HTA, enfermedad lipogénica severa o apnea de sueño, con falla demostrada a los abordajes mencionados. La prevalencia de la obesidad clase III ha contribuido a incrementar este tipo de cirugía, con un estimado de más de 140.000 procedimientos en Estados Unidos durante 2004 <sup>3</sup>.

Desde 1994, se ha reportado que técnicas menos invasivas por vía laparoscópica, en manos "muy experimentadas", minimizan el dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y las tasas de infecciones y hernias postoperatorias. Los procedimientos más practicados actualmente en Estados Unidos son el bypass gástrico Roux-en-Y (RYGB) y la banda gástrica ajustable laparoscópica (LAGB).

La mortalidad depende del tipo de procedimiento, experiencia quirúrgica y características del paciente. Un metanálisis reciente <sup>4</sup> estima una mortalidad a los 30 días del 0,1% para procedimientos puramente restrictivos, un 0,5% para el bypass gástrico, y un 1,1% para la derivación biliopancreática y el *switch* duodenal. Es importante destacar tasas de mortalidad más altas en mayores de 65 años (un 4,8% a los 30 días). En un análisis multivariado la creciente mortalidad se asoció con edad avanzada, sexo masculino y volumen bajo de procedimientos bariátricos del cirujano <sup>5</sup>. Las tasas de reoperaciones no esperadas oscilan entre el 6% y 9% <sup>6</sup>.

La pérdida de peso es rápida en los primeros 6 meses después de la cirugía, con un promedio de 4,5 a 7 Kg por mes. Posteriormente, tiende a disminuir a 2 ó 3 Kg por mes, por lo que a los 12 meses postoperatorios se pierden, en promedio, entre 45 y 54 Kg. La diabetes se resolvió completamente en el 77% y mejoró en el 86%. La hiperlipidemia mejoró en el 70%. La hipertensión desapareció en el 62% y mejoró en el 79%. La apnea de sueño mejoró en el 84% <sup>4,5</sup>.

Después de la cirugía los pacientes experimentan cambios psicológicos muy significativos y sufren alteraciones en sus patrones de alimentación que pueden causar disfunción significativa. Son pacientes "únicos" que requieren un manejo multidisciplinario con psicólogo, psiquiatra, endocrinólogo, fisiatra, nutricionista, internista, intensivista, y hasta personal entrenado en la UCI para cargarlos y variar su posición.

La pérdida de peso extrema puede conducir a depresión y a otra psicopatología, por lo que es importante que los médicos reconozcamos el aspecto psicológico de la "pérdida de comida" que experimentan algunos pacientes después de la cirugía bariátrica, el cual puede resultar en somatización con síntomas de náusea y vómito. Es preciso tranquilizarlos, en el sentido de que los síntomas se relacionan con la pequeña bolsa gástrica. Aunque pueden experimentar muchos beneficios psicológicos y funcionales por la pérdida de peso (en autoestima, interacción social, actividad sexual y desempeño en el trabajo), también luchan con las implicaciones interpersonales de ser personas menos gruesas.

Después de la cirugía los pacientes deben recibir a diario un multivitamínico, un suplemento de calcio, y vitamina B12, 1000 mcg IM, cada 6 meses. Los pacientes con riesgo de déficit de hierro (mujeres menstruando) deben tomar, profilácticamente, suplementos. Es esencial un "monitoreo" cada 4 - 6 semanas, durante los primeros 6 meses, para medir electrolitos, glucosa, BUN, creatinina, proteínas totales y fraccionadas, aminotransferasas, fosfatasa alcalina y hemograma. Si la pérdida de peso es de 20 libras o más por mes, debe medirse también el magnesio, el calcio, el fósforo y la Vit. B12

Consideramos que la cirugía bariátrica actual produce una mejoría muchas veces espectacular de las comorbilidades y es realmente el tratamiento de elección para la obesidad mórbida, con muy baja mortalidad y morbilidad por vía laparoscópica, si la efectúan cirujanos certificados, tras una indispensable y rigurosa valoración psicológica.

Debemos recomendar también, en el nivel preventivo, que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Pública implementen en nuestras escuelas un curso de Nutrición y Seguridad Social, con el propósito de que las futuras generaciones aprendan a conocer y valorar las instituciones de salud, y mediante la práctica de hábitos adecuados, preserven la suya. Felicitamos a los autores de la excelente revisión.

*Dr. Orlando Gei Guardia  
Especialista en Endocrinología  
Coordinador posgrado en Endocrinología*

---

## Referencias

---

1. Narbro K, Nagren G, Jonson E, Naslund I, Sjostrom L, Peltonem M, et al. Pharmaceutical costs in obese individuals: comparison with a randomly selected population sample and long term changes after conventional and surgical treatment: The Swedish Obese Subjects (S.O.S.) Intervention Study. *Arch Intern Med* 2002, 162:2061
2. Snow V, Barry P, Fitterman N, Qaseem A, Weiss K. Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 142:525-531, 2005
3. Steinbrook, R. Surgery for severe obesity. *N Engl J Med* 2004; 350:1075
4. Buchwald H, Avidor, Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724.
5. Maggard MA, Shugarman LR, Suttrop M, Maglione M, Sugerman HJ, Livinstong EH et al. Meta-analysis : surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med* 2005; 142:547
6. Santry, HP, Gillen, DL, Lauderdale, DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 2005; 294:1909