

Evaluación y criterios de selección para la cirugía de la obesidad mórbida

Karin Papapietro V. ⁽¹⁾

Históricamente, los estudios publicados reportando la experiencia de tratamiento médico para la obesidad (dieta, actividad física y fármacos), muestran que en los pacientes con alto grado de obesidad los resultados son limitados en cuanto a la reducción del exceso de peso y se observa en el corto plazo, alto porcentaje de reganancia del peso perdido⁽¹⁾. A partir de estas observaciones se comenzó a aceptar la intervención quirúrgica como una alternativa válida de tratamiento para este tipo de obeso, convirtiéndose de esta forma el alto grado de obesidad en la principal indicación de cirugía bariátrica.

Cuando ha fracasado el tratamiento médico, internacionalmente hay consenso para indicarla partir de IMC de 40 K/m² en adultos y de 50 K/m² en adolescentes. La presencia de comorbilidades metabólicas de la obesidad como diabetes tipo II, hipertensión arterial y dislipidemias, se considera para la indicación quirúrgica a partir de un IMC de 35 K/m²⁽²⁾. Cuando un paciente es portador de enfermedades que empeoren su evolución por la coexistencia de la obesidad, la indicación quirúrgica se basa en este último criterio más que en la magnitud del IMC, tal es el caso del Síndro-

⁽¹⁾Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

me de Apnea Hipoventilación Obstructivo del Sueño o las osteoartritis de grandes articulaciones⁽³⁾. La misma consideración se aplica a pacientes que requieran prótesis u ortesis.

El criterio de edad para indicar la cirugía, inicialmente se restringió a la población adulta joven (18 a 50 años), pero experiencias posteriores mostraron que la edad fisiológica es más importante que la cronológica, permitiendo ofrecer esta cirugía a pacientes mayores⁽⁴⁾. En las series que incluyen pacientes hasta en la sexta década de la vida, no se reporta mayor morbilidad en relación a la edad. En el otro extremo del espectro de edad, aún hay controversia, principalmente por la falta de estudios con seguimiento a largo plazo que permitan adecuadas conclusiones sobre la edad mínima a partir de la cual están claros tanto el beneficio como las complicaciones de esta cirugía en individuos menores.

Contraindicaciones absolutas para la cirugía bariátrica se consideran: obesidad de origen endocrinológico (Ej: enfermedades hipotalámicas), embarazo, drogadicción en fase activa o no tratada.

El objetivo de la cirugía es la reducción del exceso de peso (al menos en un 50% o alcanzar un IMC < 30 K/m²) mantenida en el tiempo en forma saludable. Los distintos tipos de cirugía para la obesidad son procedimientos complejos, costosos y no están exentos de riesgos, por lo que una adecuada indicación requiere evaluar en cada paciente sus posibilidades de éxito en alcanzar el objetivo, lo cual depende del procedimiento quirúrgico, pero principalmente del cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones postoperatorias en el corto y largo plazo.

En los criterios de selección para cirugía bariátrica se deben considerar con especial atención los aspectos no físicos del paciente.

Las características psicológicas son de gran importancia en la selección del paciente: su capacidad para elaborar expectativas realistas de la cirugía, la existencia de vulnerabilidad siquiátrica (alteraciones de la personalidad, antecedentes de depresión, farmacodependencias, conductas autodestructivas, etc.), capacidad para comprender y seguir instrucciones (capacidad intelectual). La situación familiar (estado marital, presencia de conflictos, etc.) serán de gran relevancia en la evolución después de la cirugía, así como también lo serán los aspectos socioeconómicos que incluyen la posibilidad de realizar los necesarios controles de salud periódicos y adquirir medicamentos o suplementos vitamínicos en el largo plazo.

La cirugía para la obesidad tiene como finalidad mejorar la calidad y pronóstico de vida del obeso severo ya que la mortalidad en obesidad mórbida es 12.5 veces mayor que en el individuo no obeso. Pero, una indicación quirúrgica inapropiada, puede empeorar la evolución y pronóstico natural de la enfermedad.

Criterios de selección que influyen en la elección de la técnica quirúrgica.

Las características físicas, conductuales y psicológicas son importantes para decidir el tipo de cirugía para cada obeso. En la indicación de cirugía bariátrica es adecuado conocer la forma en que cada obeso se alimenta, considerando su composición (dulces, grasas, harinas, etc.) y frecuencia de consumo. Existen pacientes que están consumiendo pequeñas cantidades duran-

te todo el día ("picoteros"), en cambio otros, distribuyen toda la alimentación del día entre 1 y 4 tiempos de comida de gran volumen cada una de ellas. En la mayor parte de los obesos, sin embargo, se puede observar ambas tendencias concomitantes. La presencia de comorbilidades metabólicas como diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o resistencia insulínica, también se consideran en la elección del tipo de cirugía, ya que se ha demostrado que con las técnicas malabsortivas, se obtiene mayor porcentaje de remisión o mejoría de aquéllas.

Las técnicas quirúrgicas restrictivas, de las cuales la más conocida es el *banding* gástrico, buscan provocar una limitación de la capacidad para ingerir alimentos. En estas técnicas el estómago es reducido y el paciente alcanza la sensación de saciedad y plenitud gástrica con pequeños volúmenes de alimento.

Es más apropiada para obesos cuyo estilo de alimentación se basa en porciones de comida grandes. En aquellos pacientes con hábitos alimentarios que incluyen ingesta frecuente de porciones pequeñas de alimentos de alta densidad calórica (picoteros), se requerirá de un intenso trabajo adicional en el área de su conducta alimentaria.

Los reportes sobre resultados con esta técnica, muestran menos efectividad en pacientes de mayor edad, con resistencia insulínica y con menor actividad física⁽⁵⁾. Se observa que el logro del objetivo requiere de la mayor adherencia a las indicaciones dietéticas y de aumento en la actividad física, lo que redundará en la necesidad de controles muy frecuentes para reforzar la conducta alimentaria y el ejercicio físico del paciente.

Las técnicas mixtas restrictiva y malabsortiva, de las cuales la más utilizada en la actualidad es el *bypass* gástrico, tienen la característica de limitar la capacidad de ingerir alimentos, agregando además malabsorción parcial de los alimentos producida por la realización de la Y de Roux intestinal.

Esta técnica es de mayor indicación en pacientes con alto IMC y en pacientes con diabetes tipo II, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o resistencia insulínica. Los estudios muestran rápida disminución en la resistencia insulínica debido a factores dependientes del *bypass* intestinal mismo y no solo de la disminución en la ingesta alimentaria o la disminución de peso. La mejoría de las alteraciones en los lípidos y glucosa sanguínea se observa precozmente y es mantenida en el tiempo⁽⁶⁾.

La presencia del *bypass* tiene riesgo de *dumping* en pacientes que no cumplan bien con la indicación de restricción de los carbohidratos simples.

La rápida pérdida de peso y la malabsorción pueden provocar carencias en vitaminas o minerales, siendo necesaria la suplementación, lo que recomienda especial precaución en pacientes que no adhiran bien a tratamientos y controles.

En la selección del tipo de cirugía se considera principalmente la magnitud de la obesidad y la presencia de comorbilidades metabólicas, pero las características psicológicas, conductuales y socioeconómicas del paciente son de gran relevancia para obtener la mejor relación entre pérdida del exceso de peso y la mantención de la salud integral del paciente.

Referencias

1. Martin LF, Hunter SM, Lauve RM, O'Leary JP. Severe obesity: expensive to society, frustrating to treat, but important to confront. *South Med J.* 1995; 88: 895-902.
2. Gastrointestinal surgery for severe obesity. National Institutes Conference Statement of Health Consensus Development. *Am J Clin Nut* 1992; 55: 615S-619S.
3. Carrasco F, Klaassen J, Papapietro K y cols. Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Año 2004. *Rev méd Chile* 2005; 133: 699-706.
4. MacGregor AMC, Rand CS. Gastric bypass for morbid obesity. Outcome in patients aged 55 and older. *Arch surg.* 1993; 128: 1153-7.
5. Dixon JB, O'Brien PE. Selecting the optimal patient for LAP-BAND placement. *Am J Surg* 2002; 184: 17S-20S.
6. Papapietro K, Díaz E, Csendes A et al. Evolución de comorbilidades metabólicas asociadas a obesidad después de cirugía bariátrica. *Rev. méd Chile* 2005; 133:511-6.