

Evaluación alejada de los obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica

Karin Papapietro V.⁽¹⁾

La cirugía bariátrica ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la obesidad de alto grado⁽¹⁻⁹⁾, logrando reducir una parte importante del exceso de peso y mejoría o resolución de las comorbilidades en los meses siguientes a la cirugía (tabla 1). En el caso del *bypass* gástrico, el mayor descenso en el índice de Masa Corporal (IMC) se observa entre los 12 y 18 meses después de la cirugía.

Los estudios de seguimiento a largo plazo, efectuados 5 a 20 años después la cirugía bariátrica, muestran buenos resultados generales. La mayoría de los pacientes mantiene un peso inferior al que tenían antes de la cirugía, mejor calidad de vida y buen control de las comorbilidades^(3,9).

Sin embargo, la mayoría de las series publicadas con seguimiento alejado, muestran que en los años sucesivos el IMC promedio del grupo estudiado tiende a aumentar en 2 a 4 puntos respecto al mínimo que se había logrado. Esto se debe a que existe un porcentaje de pacientes que aumentan su peso nuevamente, lo que se observa especialmente en aquéllos con alteraciones de la conducta alimentaria. En obesos sometidos a *bypass* gástrico, Kalarichian⁽⁴⁾ evaluó un grupo que fue operado 2 a 7 años antes,

⁽¹⁾ Departamento de Cirugía, HCUCh.

Tabla 1

Cambio en el exceso de peso y comorbilidades asociadas a la obesidad morbida después de la cirugía bariátrica.

	Exceso de peso	Mejoría o Resolución de Comorbilidades Diabetes2	Dislipidemia	Hipertensión Arterial	Apnea del sueño
BYPASS GASTRICO	-70%	80-90%	90- 95%	80-85%	90%
BANDING	-50%	50 -80%	70-75%	60-70%	65%

encontrando una importante incidencia de pérdida del control de la conducta alimentaria (episodios bulímicos) y mayor ganancia de peso en los pacientes que tenían el antecedente de ser portadores de *binge eating* (atracones).

En la reganancia de peso influyen factores como la elección de los alimentos (alta densidad calórica) y el aumento en la capacidad de ingesta que se puede observar con el transcurso del tiempo. White⁽³⁾ encontró que el 66% de sus pacientes evaluados entre 2 y 5 años después del *bypass* gástrico, declararon poder comer un volumen "casi normal" de comida, refiriendo sólo el 6% de la muestra, sensación de "restricción mayor" para comer.

Por otra parte, en la cirugía de *bypass*, también se ha reportado la persistencia prolongada de síntomas gastrointestinales como distensión y vómitos⁽⁵⁾. Complicaciones asociadas a deficiencia de nutrientes como por ejemplo déficit de hierro y ácido fólico, causantes de anemia hasta en el 60% de algunas series. Otros cuadros carenciales que se han relacionados con la cirugía de *bypass* son osteoporosis e hipovitaminosis D, diagnosticada hasta 17 años después^(3,6).

En el seguimiento alejado de pacientes sometidos a cirugía bariátrica restrictiva se ha reportado reganancia de peso hasta en 20 a 50% de algunas series según la técnica empleada. También se pueden encontrar

síntomas digestivos asociados a intolerancia alimentaria, problemas esofágicos u obstructivos que incluso pueden requerir reoperación^(7,8).

La evidencia justifica que los pacientes que han sido sometidos a cirugía bariátrica sean evaluados periódicamente a lo largo de su vida.

El objetivo de los controles médicos incluirá: evaluar el peso, reforzar la conducta alimentaria (adecuación de cantidades y elección de los alimentos), reforzar la actividad física para prevenir o limitar la reganancia de peso, buscar síntomas y signos de complicaciones tardías asociadas con cada técnica quirúrgica (disfagia, vómitos, signos de malabsorción, obstrucción, hernias, etc.), evaluar la ingesta de nutrientes adecuados o suplementos de vitaminas y minerales (Fe, Ca, Vit D, etc.) y complementar con estudios bioquímicos apropiados que permitan diagnosticar carencias nutricionales en caso de sospecharlas. La pérdida de peso es un factor de riesgo para la desmineralización ósea, en la cirugía de *bypass* gástrico, además, se agregan factores de malabsorción que se pueden sumar a una ingesta de calcio deficiente provocando osteopenia. En estos pacientes se recomienda efectuar periódicamente estudios de composición mineral ósea como la densitometría.

En las evaluaciones, es pertinente actualizar el estado de las comorbilidades

metabólicas preexistentes en cada paciente. Se ha reportado disminución en la incidencia de diabetes en grupos sometidos a *bypass* gástrico, aún en pacientes previamente intolerantes a la glucosa y mejoría o remisión de la diabetes tipo II en la mayoría de los pacientes⁽²⁾. En aquellos pacientes que continúan con medicamentos para el control de la glicemia, es necesario el ajuste de dosis en controles posteriores. Los portadores de dislipidemia disminuyen precozmente, después de la cirugía sus niveles de lípidos sanguíneos; sin embargo, en el control a largo plazo algunos de ellos, en quienes la alteración en el metabolismo de los lípidos supera el efecto que había producido el *bypass*, pueden volver a presentar hiperlipidemia, requiriendo eventualmente reanudar el tratamiento farmacológico, dependiendo de sus factores de riesgo actuales. Entre las comorbilidades metabólicas presentes antes de la cirugía bariátrica, la recurrencia de la hipertensión arterial en individuos que habían tenido mejoría o remisión de esta enfermedad, es la más frecuentemente reportada⁽³⁾, lo cual supone reconsiderar la reposición de medicamentos antihipertensivos o la adecuación de ellos.

La mejoría de la calidad de vida es un efecto persistentemente observado en las series de cirugía bariátrica que incluyen evaluación de este parámetro, y se expresa en aspectos como mejor autoestima, integración social, capacidad física e interés sexual. La mantención en el tiempo de estos logros tiene relación con el cambio en el estilo de vida que debe acompañar a la cirugía bariátrica. Reforzar en cada control la mantención de un estilo de vida adecuado y detectar factores físicos o

sicológicos que puedan interferir con este objetivo, para ser tratados oportunamente, permitirá obtener los mejores resultados integrales en el largo plazo después de la cirugía bariátrica.

Referencias

- 1.- Csendes A, Burdiles P, Papapietro K, Diaz JC, Maluenda F, Burgos A, Rojas J. Results of gastric bypass plus resection of the distal excluded gastric segment in patients with morbid obesity J Gastrointest Surg 2005; 9: 121-31
- 2.- Papapietro K, Diaz E, Csendes A, Diaz JC, Braghetto I, Burdiles P, Maluenda F, Rojas J. Evolución de comorbilidades metabólicas asociadas a obesidad después de cirugía bariátrica. Rev. Méd. Chile 2005; 133: 511-6
- 3.- White S, Brooks E, Jurikova L, Stubbs, Richard S. Long-Term Outcomes after Gastric Bypass. Obes Surg 2005; 15: 155-63
- 4.- Kalarchian M.A., Marcus M.D., Wilson G.T.; Labouvie E.W., Brolin R.E; LaMarca L.B. Binge Eating Among Gastric Bypass Patients at Long-term Follow-up. Obes Surg 2002; 12: 270-5
- 5.- Mitchell JE, Lancaster KL; Burgard MA; Howell LM; Krahn DD; Crosby RD; Wonderlich SA; Gosnell BA. Long-term Follow-up of Patients' Status after Gastric Bypass. Obes Surg 2001; 11: 464-8
- 6.- Goldner WS, O'Dorisio TM, Dillon JS, Mason EE. Severe Metabolic Bone Disease as a Long-Term Complication of Obesity Surgery. Obes Surg 2002; 12: 685-92
- 7.- Weiner R, Blanco-Engert R, Weiner S; Matkowitz R, Schaefer L; Pomhoff I. Adjustable Gastric Banding - 8 Years Experience. Obes Surg 2003; 13: 427-34
- 8.- Long-Term Results of Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for the Treatment of Morbid Obesity. Belachew M, Belva P.H, Desai C. Obesity Surgery 2002;12: 564-568
- 9.- Sjöström L, Lindroos A, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. N Engl J Med. 2004; 35: 2683-93.