



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## TRASTORNOS GASTRODUODENALES Y OBESIDAD

# Obesidad. Tratamiento quirúrgico y nuevas modalidades terapéuticas

## *Obesity: surgical treatment and new therapeutic modalities*

M.F. Herrera<sup>a\*</sup>, I. González-Pezzat<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>b</sup> Residente de Cirugía Bariátrica, Centro Médico ABC, México, D. F.

La cirugía bariátrica constituye el mejor tratamiento para los pacientes con obesidad mórbida, ya que además de una pérdida de peso satisfactoria produce la remisión de la mayor parte de las comorbilidades relacionadas con la obesidad.

Con base en el conocimiento de los resultados de múltiples intervenciones a lo largo de los años, se sabe que cerca de 80% de los pacientes consiguen buen apego al tratamiento multidisciplinario, lo cual se traduce en una pérdida duradera de peso.

A pesar de los numerosos éxitos, existen casos de fracaso, lo que ha dado lugar a que algunos pacientes requieran una segunda intervención. En general, se reconoce que entre 10% y 25% de los pacientes tratados con cirugía bariátrica necesitan cirugía de revisión con el paso del tiempo<sup>1</sup>.

La importancia real de la influencia que tiene el tamaño del reservorio gástrico o la anastomosis gastroyeyunal en una derivación gástrica sobre la pérdida de peso aún es poco clara. Si bien existen estudios que han determinado que se mejora la pérdida de peso en aquellos pacientes sometidos a reducción de la capacidad del reservorio gástrico, estos estudios no cuentan con seguimiento a largo plazo que pueda garantizar los buenos resultados<sup>2</sup>.

Un estudio de la *Cleveland Clinic* en el que se evaluó a 2,918 pacientes con cirugía bariátrica encontró que 5% requirió cirugía de revisión. Del total de enfermos, 81% correspondía a mujeres, con una edad promedio de 49 años y un

IMC al momento de la revisión de 44 kg/m<sup>2</sup>. Los procedimientos primarios que requirieron con mayor frecuencia cirugía de revisión fueron derivación gástrica (36%), gastroplastia vertical con banda (24%), manga gástrica (17%) y banda gástrica ajustable (15%). Los pacientes se dividieron en grupos, según fuera la indicación de la cirugía de revisión. En el primer grupo se incluyó a los pacientes con fracaso del tratamiento (69%) y la mayoría de los pacientes con derivación necesitó remodelación de la anastomosis gastroyeyunal. La pérdida del exceso de peso a un año fue de 56% después de la cirugía de revisión en comparación con 40% perdido durante el primer año posterior al procedimiento primario. En el segundo grupo se incluyó a los pacientes con complicaciones anatómicas como estenosis, úlcera marginal, reflujo gastroesofágico y desnutrición. Los pacientes tenían un índice de masa corporal promedio antes de la cirugía de revisión de 30 kg/m<sup>2</sup> y 32 kg/m<sup>2</sup> tres años después. La mayor parte de los casos (78%) se resolvió por completo por vía laparoscópica. En este estudio se concluye que la cirugía de revisión es un procedimiento eficaz y seguro para el tratamiento de las complicaciones de la cirugía bariátrica<sup>3</sup>.

Otra de las indicaciones comunes de la cirugía de revisión es la presencia de complicaciones, pero al ser ésta en general una intervención más compleja y riesgosa, se buscan opciones terapéuticas menos agresivas. Tal es el caso de las técnicas endoscópicas para el tratamiento de fugas,

\*Autor para correspondencia: Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, México, D. F., México. C.P. 14000. Teléfono: (55) 5487 0900 ext. 2144/Fax: (55) 5573 9321.

Correo electrónico: miguelherrera@gmail.com (M.F. Herrera).

fístulas y perforaciones. En un estudio realizado en La Jolla, California, se colocaron clips endoscópicos a nueve pacientes que presentaron complicaciones por cirugía bariátrica; tres personas tenían fugas gástricas cercanas a la unión gastroesofágica después de una manga gástrica, dos pacientes mostraban fístulas gastrogástricas posteriores a una derivación gástrica y tres individuos tenían perforaciones esofágicas. Se colocaron los clips en todos los sujetos sin dificultad y se resolvió la complicación. Aunque los autores concluyen que es un procedimiento sencillo y seguro, reconocen la necesidad de llevar a cabo un seguimiento a largo plazo, así como precisar las indicaciones y la técnica<sup>4</sup>.

Desde hace mucho tiempo se ha propuesto practicar una colecistectomía durante los diversos procedimientos bariátricos como una alternativa para evitar la formación de litiasis vesicular. Sin embargo, la posibilidad de elevar el riesgo quirúrgico ha limitado su práctica regular. En un estudio realizado en la Universidad de Minneapolis, en el que se compararon dos grupos de pacientes sometidos a derivación gástrica laparoscópica, acompañada o no de colecistectomía y empleando análisis univariado y multivariado, se encontró que el grupo con el procedimiento bariátrico y una colecistectomía adicional presentó una frecuencia significativamente mayor de complicaciones y una estancia hospitalaria más prolongada que el grupo opuesto<sup>5</sup>.

Los resultados obtenidos con la cirugía bariátrica hasta el momento han dado lugar a que se generen grandes expectativas en cuanto a su efecto favorable sobre la calidad de vida de los pacientes. No obstante, la ganancia ponderal tardía podría mitigar este efecto favorable. En un estudio tendiente a evaluar el efecto de la derivación gástrica sobre la calidad de vida de los pacientes, se encontró que existen parámetros que mejoran de manera significativa, tales como la funcionalidad física, social y emocional, pero la evaluación a largo plazo demuestra que el efecto positivo sobre estos mismos parámetros decrece con el tiempo<sup>6</sup>.

Otro de los aspectos a los que se les ha dedicado una cantidad abundante de investigación es el efecto de la pérdida de peso sobre la composición corporal. La impedancia es una herramienta muy útil para evaluar la composición corporal de estos pacientes. En un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil, se evaluó a 36 pacientes con obesidad mórbida; se les practicó gastroplastia con anillo de silastic o bien derivación gástrica distal. Se midieron los porcentajes de agua, grasa y masa libre de grasa el primer día del posoperatorio, así como dos, cuatro y seis meses después de la operación. En los resultados se observó una reducción lineal tanto en el índice de masa corporal (55.1-37.7 kg/m<sup>2</sup>) como en el porcentaje de masa grasa, el cual se redujo de 50.9% a 40.8% a los seis meses. Se identificó un incremento del porcentaje total de agua de 35.9% a 43.4%. En cuanto a la masa libre de grasa se observó una reducción no significativa de su porcentaje de 76.9% a 62.7%. Las conclusiones del estudio fueron que la bioimpedancia permitió demostrar una pérdida no significativa de masa muscular y un incremento significativo de la masa libre de grasa total, seis meses después de la intervención<sup>7</sup>.

Por último, existe controversia acerca de los elementos que intervienen en la motivación para buscar cirugía bariátrica. En un estudio realizado en la universidad de Stanford se evaluó la motivación de los pacientes para perder peso tres, seis y 12 meses después de la cirugía bariátrica. La motivación principal que encontraron fue mejorar su salud, lo cual se documentó en 87%, seguido por una mejor apariencia en 15%. En lo que se refiere a los mecanismos potenciales que intervienen en la pérdida de peso, en los primeros meses, la mayoría de los sujetos (65%) pensaba que lo más importante para perder peso era la modificación del estilo de vida, como la dieta y el ejercicio; sin embargo, con el paso del tiempo, los pacientes le dieron más importancia a la cirugía como el factor determinante de la pérdida de peso<sup>8</sup>.

## Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Gagner M, Gentileschi P, de Csepe J, et al. Laparoscopic reoperative bariatric surgery: experience from 27 consecutive patients. *Obes Surg.* 2002;12:254-60.
2. Junior JM, Herbella F, Valezi AC, et al. Correlation between gastric emptying time and weight loss after silastic ring roux-en-Y gastric bypass [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Mo1518.
3. Shimizu H, Kroh M, Rogula T, et al. Reversal bariatric surgery for weight regain and complications [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Mo1517.
4. Coker AM, Michelotti M, Bildzukewicz NA, et al. Initial experience with an innovative endoscopic clipping system [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 736.
5. Dorman RB, Zhong W, Abraham AA, et al. Does concomitant cholecystectomy at time of roux-en-Y gastric bypass impact adverse operative outcomes? [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. 734.
6. Laurino-Neto RM, Herbella FA. Changes in quality of life before roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity and after a short and long term follow-up [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Su1565.
7. Freitas WR, Kassab P, Cordts Filho RD, et al. Assessment of muscular loss after bariatric surgery through bioimpedance [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Su1568.
8. Lodhia NA, Kattan JM, Gwaltney D, et al. What motivates weight loss surgery patients? [Abstract]. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW 2012; mayo 19-22; San Diego, CA. Mo1526.