

Cirugía de la obesidad: requisitos, interés y límites

C. Ciangura, L. Lucas-Martini, A. Toriciva

La cirugía de la obesidad es el tratamiento que ha demostrado la mayor eficacia en términos de reducción ponderal, de mejora de las comorbilidades, de la calidad de vida y de la mortalidad a largo plazo en las situaciones de obesidad masiva y de obesidad grave asociada a comorbilidades. Las técnicas utilizadas son sobre todo el anillo gástrico ajustable (AGA), el bypass gástrico (BPG) y la gastrectomía longitudinal (GL) (gastrectomía tipo manguito o sleeve gastrectomy de los autores anglosajones). Estos beneficios deben sopesarse frente al riesgo de mortalidad perioperatoria, de las complicaciones quirúrgicas inmediatas y tardías, de las obligaciones nutricionales (dosificación de los micronutrientes y complementos sistemáticos) y de los trastornos funcionales inducidos por la modificación del tubo digestivo. No se debe banalizar el posible impacto de estas intervenciones quirúrgicas sobre las patologías asociadas o las futuras, así como las repercusiones psicológicas y estéticas de un adelgazamiento importante. Las modificaciones conductuales alimentarias y de la actividad física parecen indispensables para perpetuar los resultados de la cirugía e iniciarlos ya desde el período preoperatorio. La estandarización de las modalidades de preparación y del seguimiento postoperatorio multidisciplinarios, la definición de una vía clínica para la atención de los pacientes candidatos a esta cirugía, una mayor formación de los profesionales sanitarios sobre sus consecuencias y la información a los pacientes sobre sus intereses a corto y, sobre todo, a largo plazo deberían permitir un mejor tratamiento de las personas interesadas por estas cirugías, aún consideradas a menudo como mágicas e inofensivas.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Obesidad; Cirugía bariátrica; Complicaciones; Bypass; Anillo; Sleeve

Plan

■ Introducción	1
■ Técnicas quirúrgicas	1
Diferentes técnicas	1
Elección de la técnica quirúrgica	3
■ Requisitos	3
Recomendaciones	3
Indicaciones y contraindicaciones	3
Circuito del paciente: condiciones de preparación y tratamiento postoperatorio	4
■ Interés de la cirugía de la obesidad	5
Obesidad: un problema de salud frecuente y en aumento	5
Consecuencias numerosas y potencialmente graves	5
Límites de los tratamientos no quirúrgicos de la obesidad	5
Los beneficios de la cirugía bariátrica son desiguales	5
■ Límites de la cirugía bariátrica	6
Complicaciones	6
Eficacia limitada	7
Cirugía y otras patologías	7

aumento. Los beneficios en términos de pérdida de peso, mejora de las comorbilidades y reducción de la mortalidad están bien documentados. También se han precisado mejor los riesgos, tanto quirúrgicos como nutricionales y psicológicos, al igual que los límites y los fracasos de estas intervenciones quirúrgicas. Lo que está en juego no se resume en la cirugía y el corto plazo. Para estos pacientes operados, la gestión de esta nueva situación digestiva se añade al tratamiento de la enfermedad crónica que es la obesidad.

■ Técnicas quirúrgicas

Diferentes técnicas

Las técnicas quirúrgicas se clasifican en función de los mecanismos que conducen a la pérdida de peso: técnicas restrictivas, malabsortivas o mixtas^[1]. Las técnicas restrictivas son el anillo gástrico ajustable (AGA) y la gastrectomía longitudinal (GL) o «gastrectomía tipo manguito», comúnmente denominada por el término inglés de *sleeve gastrectomy*. La restricción consiste en la reducción de la capacidad gástrica (reservorio de 20-30 ml para el AGA, tubo de 100-200 ml para la GL). La GL es la evolución directa de la gastrectomía vertical calibrada (GVC), una técnica restrictiva hoy en día abandonada pero de la cual algunos pacientes aún son portadores. La GVC asocia una partición de la parte superior del estómago mediante grapado vertical y la colocación de un anillo no ajustable en la base de la línea de grapas. El efecto esperado de estas intervenciones quirúrgicas es la reducción del volumen ingerido, y por tanto del aporte calórico, y el enlentecimiento del paso

■ Introducción

En 2013 se realizaron en Francia más de 44.000 intervenciones quirúrgicas de cirugía bariátrica, cifra que está en constante

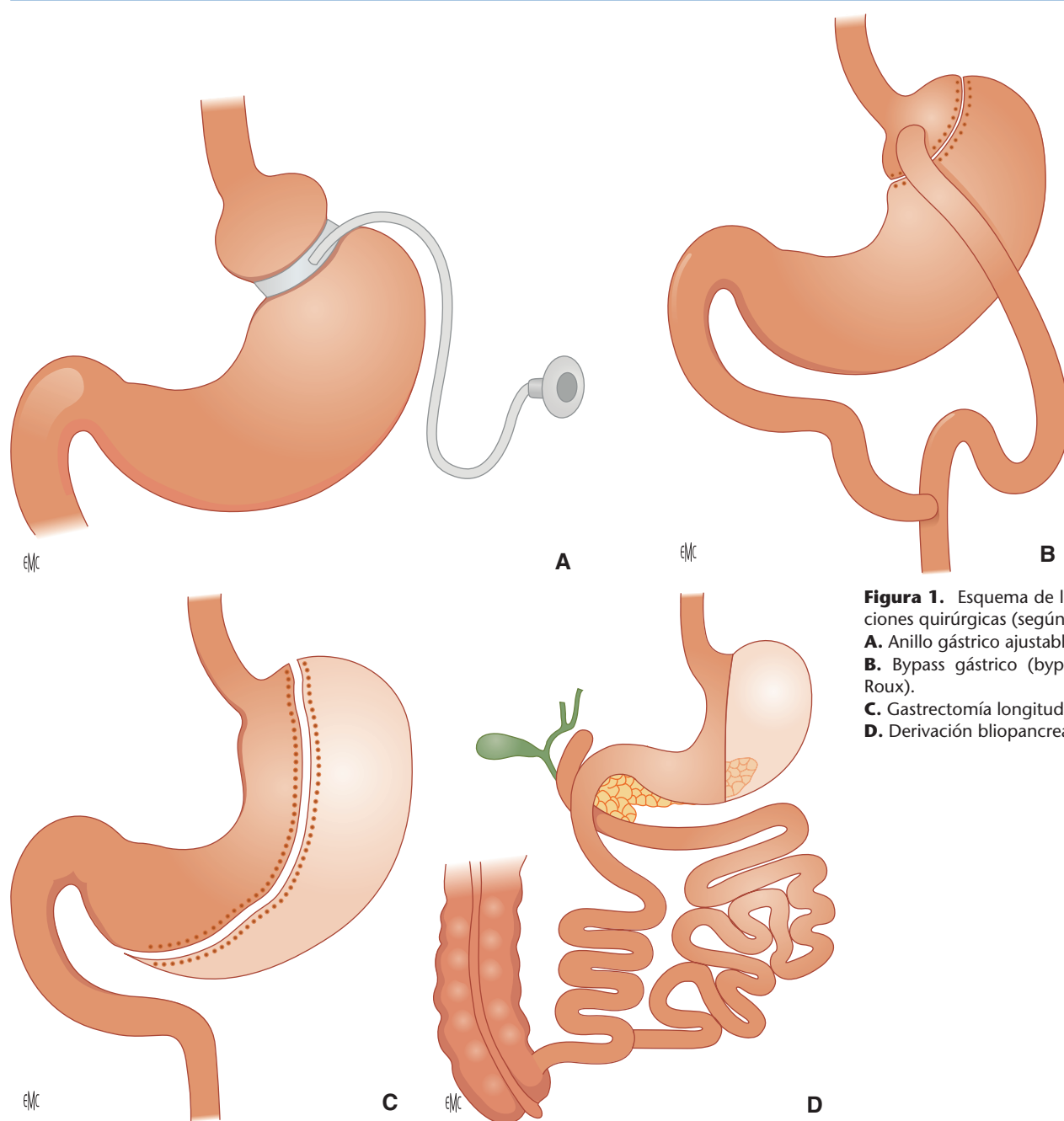


Figura 1. Esquema de las diferentes intervenciones quirúrgicas (según [4]).

A. Anillo gástrico ajustable.

B. Bypass gástrico (bypass gástrico en Y de Roux).

C. Gastrectomía longitudinal.

D. Derivación biliopancreática.

de los alimentos. En el AGA, el anillo o banda se coloca alrededor de la parte superior del estómago, delimitando así un pequeño reservorio y compartimentando el estómago a modo de un reloj de arena. El AGA es la única técnica ajustable: está conectado por un tubo a un depósito subcutáneo, mediante el cual la inyección o la retirada de agua para preparación inyectable permite apretar o aflojar el anillo. El AGA es la única técnica reversible. Sin embargo, cuando se retira, la recuperación de peso es muy frecuente y, a menudo, rápida. Estas ventajas (fácil colocación, reversibilidad, ajuste de la presión) explican el entusiasmo inicial por esta técnica. En la GL también parecen estar igualmente implicados otros mecanismos además de la restricción alimentaria: la gastrectomía incluye el fundus gástrico, que contiene las células secretoras de grelina, hormona implicada en la señalización del hambre (Fig. 1).

Las técnicas denominadas «mixtas» asocian al mecanismo de restricción un mecanismo de malabsorción. El cortocircuito gástrico (bypass gástrico [BPG] según la técnica en Y de Roux) consiste en la creación de un pequeño reservorio gástrico superior (alrededor de 20-30 ml) conectado directamente mediante una anastomosis gastroyeyunal al intestino delgado (asa alimentaria). La parte intestinal cortocircuitada por los alimentos incluye la parte «excluida» del estómago, el duodeno y las primeras asas

intestinales (asa biliopancreática), hasta alrededor de 70 cm del ángulo duodenoyeyunal (ángulo de Treitz). Esta parte se anastomosa al pie del asa alimentaria, que mide 1-1,50 m, lo que induce un grado variable de malabsorción. Esta técnica es, en teoría, reversible, incluso aunque el desmontaje sólo se considera excepcionalmente para casos bien precisos de complicaciones metabólicas. Una técnica que se realiza en Francia pero que aún no está validada por la Haute Autorité de Santé (HAS) es el bypass en omega o «minibypass». Se trata de una técnica mixta, que asocia una restricción del estómago (reservorio más largo y estrecho en comparación con el BPG en Y) con una malabsorción que se consigue mediante una exclusión de 2 metros del asa biliar. A diferencia del BPG en Y, sólo se efectúa una única anastomosis entre el estómago y el intestino, sin anastomosis al pie del asa, lo que reduce la duración del tiempo quirúrgico. Aún no se conocen los resultados a largo plazo de esta técnica ni el impacto nutricional y digestivo, en particular las consecuencias del reflujo biliar que podría sobrevenir.

El mecanismo principal de las otras dos técnicas es la malabsorción intestinal: la derivación biliopancreática (DBP o técnica de Scopinaro) y el cruce duodenal o técnica de Marceau (DS, *duodenal switch*). Se realizan de entrada en las muy raras situaciones de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465507>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465507>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)