



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



REVISIÓN

Papel del digestólogo en el manejo del paciente obeso

Antonio López-Serrano^{a,b,*}, Inmaculada Ortiz Polo^a, Javier Sanz de la Vega^a
y Eduardo Moreno-Osset^{a,b}

^a Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia, España

^b Universitat de València, Valencia, España

Recibido el 17 de junio de 2016; aceptado el 28 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Aparato digestivo;
Cirugía;
Complicaciones;
Endoscopia
gastrointestinal;
Obesidad mórbida

KEYWORDS

Digestive system;
Surgery;
Complications;
Gastrointestinal
endoscopy;
Morbid obesity

Resumen La obesidad es una enfermedad con una elevada prevalencia a nivel mundial en la que el digestólogo puede tener una labor importante. Por una parte, algunas enfermedades digestivas son más frecuentes en este grupo de pacientes y es posible que sea necesario evaluarlos antes de la cirugía. Por otra, la cirugía bariátrica puede presentar complicaciones digestivas a corto y largo plazo en las que sea imprescindible nuestra actuación. Además, no podemos olvidar el papel que el tratamiento endoscópico puede tener en la pérdida de peso. El objetivo de la presente revisión es destacar el papel del digestólogo en el manejo del paciente obeso candidato y/o sometido a tratamiento quirúrgico o endoscópico de la obesidad.

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Role of the gastroenterologist in the management of the obese patient

Abstract Obesity is a highly prevalent disease worldwide, and one in which gastroenterologists can play an important role. Some digestive diseases are more common in obese patients, and preoperative evaluation may be required in some cases. Additionally, bariatric surgery can lead to digestive complications in the short and long term that require intervention, and endoscopic treatment can be an important factor in weight loss. The aim of this review is to highlight the role of the gastroenterologist in the management of obese patients who are either scheduled for or have undergone surgical or endoscopic treatment for obesity.

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

La obesidad es una enfermedad que se asocia a una menor expectativa de vida. Además, se ha estimado para el año 2015 una prevalencia mundial de más de 700 millones de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lopez.antser@gva.es (A. López-Serrano).

pacientes, por lo que es considerada una pandemia. El cambio en el estilo de vida es el principal pilar de su tratamiento, pero los resultados a largo plazo son desalentadores. Hasta ahora, solo la cirugía bariátrica ha conseguido que la pérdida de peso sea adecuada y duradera¹, por lo que esta opción terapéutica es cada vez más demandada en un gran número de países². En este contexto, el digestólogo tiene un protagonismo cada vez mayor en la valoración de enfermedades digestivas asociadas a la obesidad, en el tratamiento endoscópico de la obesidad en sí mismo y en el manejo inicial de ciertos efectos adversos derivados de la cirugía.

El paciente obeso con síntomas digestivos

El paciente obeso y con síntomas digestivos va a requerir un manejo clínico similar al del resto de los pacientes, aunque existen trastornos, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), los derivados de la litiasis biliar, las alteraciones funcionales, la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y el cáncer colorrectal (CCR), que requieren un enfoque especial.

Se ha descrito un elevado número de factores que favorecen el *reflujo gastroesofágico* en la obesidad. Por ello, múltiples estudios muestran que en los obesos existe un mayor riesgo de ERGE y sus complicaciones, como esofagitis péptica, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico³⁻⁵. Entre los factores implicados, caben destacar: a) la grasa visceral, con una asociación significativa entre esofagitis y grasa visceral medida por tomografía computarizada⁶; b) el aumento de la presión intraabdominal, asociado, por una parte, a un incremento en el gradiente de presión gastroesofágico⁷ (favoreciéndose así la disrupción en la unión esofagogástrica y la presencia de hernia de hiato), y por otra, a un mayor gradiente de presión a través del esfínter esofágico inferior, todo ello directamente relacionado con el índice de masa corporal (IMC) y con el perímetro abdominal⁸⁻¹⁰; c) la disminución de factores antiinflamatorios (como adipopectina, factor de necrosis tumoral alfa e interleucina 6) y el aumento de factores proinflamatorios (como la leptina), que pueden favorecer el desarrollo de cáncer en la unión esofagogástrica^{11,12}; d) la exposición a los estrógenos generados por el tejido adiposo; e) los hábitos alimentarios, como dietas predominantemente hipercalóricas, grasas, con hidratos de carbono simples y con escaso contenido en fibra¹³; f) el uso de fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP), causantes de un aumento de los episodios de reflujo no ácidos en pacientes obesos¹⁴, y g) la infección por *Helicobacter pylori* (Hp), aunque con un papel controvertido en la ERGE^{15,16}. El abordaje terapéutico de la ERGE en el paciente obeso no difiere del de la población general, tomando especial relevancia la pérdida ponderal y las recomendaciones higiénico-dietéticas. Dentro del tratamiento farmacológico, los IBP son los fármacos de elección¹⁷.

La obesidad también favorece la formación de *litiasis biliar*, aumentando así la incidencia de eventos (como cólicos biliares, colangitis y colecistitis) que requerirán la práctica de una colecistectomía^{18,19} y, en ocasiones, una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el tratamiento de posibles coledocolitiasis. En este contexto, la obesidad se ha asociado a un aumento en el riesgo

de pancreatitis post-CPRE, probablemente por la existencia de un exceso en la cantidad de tejido adiposo subcutáneo²⁰. Factores como la alteración en el metabolismo de los lípidos ayudan a la formación de conglomerados de cristales de colesterol monohidrato, mucina, bilirrubinato cálcico y proteínas²¹. Las dietas hipercalóricas y con poco contenido en fibra, el sedentarismo y el síndrome metabólico incrementan también el riesgo de coledocolitiasis²², debido fundamentalmente a la secreción de bilis sobresaturada de colesterol²³. Por otra parte, una pérdida ponderal rápida (> 1,5 kg/semana) secundaria a dietas muy hipocalóricas o a la cirugía bariátrica también favorecen el desarrollo de coledocolitiasis; de hecho, cuando la pérdida de peso supera el 25% respecto al original, la probabilidad de desarrollar coledocolitiasis asciende hasta un 48%, por lo que algunos autores han propuesto el tratamiento preventivo con ácido ursodesoxicólico²⁴.

La litiasis biliar es el principal factor etiológico de pancreatitis aguda (hasta el 40% de los casos), por lo que la probabilidad de desarrollar pancreatitis aguda es mayor en personas obesas²⁵. Además, la obesidad actúa como un factor de riesgo independiente de gravedad de la pancreatitis; se han descrito distintas hipótesis sobre su patogenia: la existencia de una situación proinflamatoria leve crónica en el paciente obeso²⁶, el aumento en la grasa peripancreática, que puede favorecer la aparición de necrosis, un discreto deterioro de la microcirculación y la disminución en la capacidad respiratoria, que puede conllevar una mayor probabilidad de hipoxemia²⁷.

Los estudios que vinculan la obesidad con *trastornos funcionales* digestivos, como la dispepsia funcional y el síndrome del intestino irritable, muestran resultados contradictorios, pero coinciden en que la diarrea y el dolor en el hemiabdomen superior son más prevalentes en pacientes obesos^{28,29}. Una de las hipótesis patogénicas que vinculan la diarrea a la obesidad es el aumento de azúcares simples en la dieta, los cuales pueden favorecer el desarrollo de diarrea osmótica, aunque hasta el momento no existen estudios concretos sobre variables dietéticas específicas³⁰. Por otra parte, el consumo de IBP debido a la ERGE podría favorecer el sobrecrecimiento bacteriano y síntomas relacionados, como meteorismo, dolor abdominal y diarrea³¹. Más contradictoria es la posible relación entre obesidad y otros síntomas frecuentes como náuseas, distensión abdominal o tenesmo rectal³².

La EHNA y el síndrome metabólico, presentes con frecuencia en el paciente obeso, aumentan el riesgo de desarrollar varios tipos de cánceres gastrointestinales³³, entre ellos el CCR, preferentemente en varones³⁴. Se ha comprobado que existe un aumento en la incidencia de pólipos adenomatosos y CCR en personas con EHNA³⁵, sobre todo en el colon derecho, evidenciándose la necesidad de un control estricto en los programas de cribado en este tipo de pacientes. Además, la colonoscopia puede ser más compleja en estos pacientes, sobre todo en las mujeres, con un tiempo de intubación cecal mayor del habitual³⁶. En la actualidad se desconoce el mecanismo patogénico exacto que condiciona la predisposición de los pacientes obesos al desarrollo de neoplasias, aunque el estado de inflamación crónica, con un desequilibrio en la producción de citocinas, podría tener un papel importante³⁷. La presencia de niveles bajos de adipopectina (un inhibidor del crecimiento de células tumorales

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5657921>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5657921>

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