

Guía de actualización en patologías prevalentes en Cirugía General

Cirugía y Obesidad. Un desafío del siglo XXI

Dr. José A. Cooke

Epidemiología: Tres de cada 10 habitantes del mundo tiene obesidad o sobrepeso. La OMS ha reconocido que la obesidad es una epidemia mundial. El exceso de peso es uno de los problemas de salud más difíciles de nuestro tiempo. En Argentina el 23% de la población es obesa. Unos 2.200 millones de personas sufren sobrepeso u obesidad en el mundo y pueden sufrir problemas de salud relacionados con ese padecimiento según un estudio del New England Journal of Medicine. Desde 1980, la obesidad se ha duplicado en más de 70 países y ha crecido continuamente en la mayoría. En muchos lugares del mundo, en los niños, el ritmo de crecimiento de la obesidad ha superado a los adultos y las comorbilidades son múltiples (figura 1).

Cirugía: La evolución tecnológica de la cirugía fue rápida, Alan Wittgrove publicó en 1994 el primer by pass gástrico en Y de Roux con sutura mecánica. En 1999 Kelvin Higa publica su técnica puramente manual laparoscópico y Schauer describe el uso de agrapadoras lineales con cierre manual de los orificios de entrada de las mismas.

Las técnicas más usadas en la actualidad son: El By pass gástro-yeyunal (BGY), la Gastrectomía vertical en manga (GVM) y todavía algunos centros usan la Banda Gástrica ajustable.

Beneficios: En términos generales, con la cirugía bariátrica se pierde un 50 a 70 % del exceso de peso antes de los 6 meses, se corrigen la mayoría de las co-morbilidades como: la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y las dislipemias; todos factores de riesgo de la alta mortalidad en pacientes obesos que es 5 veces mayor a los de peso normal.

Técnicas y resultados: El BGY, consiste en realizar un pouch o bolsa o reservorio de 40 a 60 cc, siempre calibrada con una sonda de 36 a 40 F., tratando de dejar una neo boca de 2cm promedio con una reconstrucción en Y de Roux creando una asa alimenticia de 100 cm de longitud aproximadamente dependiendo del IMC del paciente. Y una asa biliar de 60 a 100 cm de longitud. La anastomosis gastro yeyunal puede ser realizada con endoagrapadoras, manualmente o con sutura mecánica circular. La anastomosis latero lateral es la más usada. La anastomosis yeyuno yeyunal puede ser manual o con endoagrapadora blancas. Es mejor

cerrar las brechas mesentéricas y el espacio de Petersen para evitar hernias internas. Es considerado por muchos como el gold standard para cirugía bariátrica y metabólica, sin embargo en el mundo hay una tendencia a realizar más GVM que BG por varias razones: los resultados a largo plazo con respecto a la pérdida de peso y corrección de la comorbilidades serían similares, sin tener las complicaciones del BG como hernias internas, desnutrición, anemia, alteraciones neurológicas por déficit vitamínicos. Además de fistulas 1.89 %, hemorragias 3.1 %, úlcera anastomótica 3,4 %. La mortalidad global es del 0,4-0.6 %.

La GVM (Sleeve Gastrectomy) consiste en realizar una resección del 80% del estómago, desvascularizando la curvatura mayor desde 6 cm del píloro hasta la unión esófago gástrica, para luego seccionar el estómago con suturas endoagrapadoras, calibrando el mismo con bujías de 36 a 42 F.

Las ventajas son: que no se pierde la función gástrica, es fisiológica, no es mal absorbente, no hay riesgo de hernias y se usa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

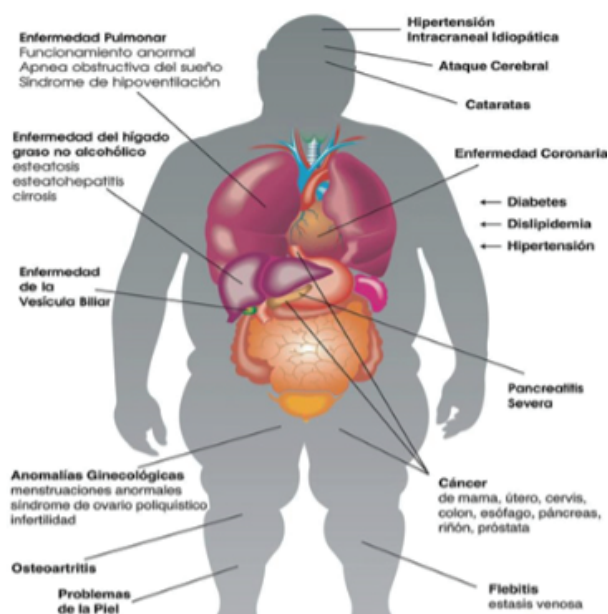


Fig. 1

Las complicaciones son pocas, la más temida es la filtración y la fístula que puede llegar hasta el 2,2%, el manejo precoz y correcto es el que evitaría la mortalidad alta ya que puede llegar al 10 % y a una morbilidad del 50%. Un drenaje bien colocado a lo largo de la sutura no evitaría una fuga pero sí la dirige fuera de la cavidad, permitiendo una alimentación por sonda nasoyeyunal o colocar un stent, además de mostrar algún sangrado; la re intervención quedaría para los pacientes con mala evolución con peritonitis. Puede haber estenosis entre el 0,7 al 4%, y hemorragias en el 1,2 % de los pacientes. La mortalidad global es del 0,08%.

Conclusiones: En base a los resultados tan disímiles de distintos trabajos publicados, no existe una técnica que sea considerada “ideal”, ya que depende en gran medida de varios factores técnicos.

La cirugía bariátrica sigue siendo la mejor opción para perder peso, no recuperarlo y mejorar las comorbilidades.

Los equipos bariátricos deben ser multidisciplinarios para obtener los mejores resultados posibles.

La obesidad no es una quimera, hay que saber combatirla y la mejor herramienta es la prevención.