

Gastroplastía vertical con anillo en obesidad severa. Experiencia en 11 pacientes

Romeo Castillo-Castellanos, Guillermo Arellano-Hernández, Mariano Leyva-Sánchez, Edgar Sandoval-Valenzuela

Hospital General de Cárdenas, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados de la gastroplastía vertical con anillo de silastic en pacientes con obesidad severa. Se realizó un estudio de una serie de casos, se revisaron los expedientes clínicos de 11 pacientes con obesidad severa, a los cuales se les realizó gastroplastía vertical con anillo de silastic.

Se operaron 9 mujeres y 2 hombres de marzo de 1997 a julio de 1999; el protocolo preoperatorio incluyó historia clínica completa, índice de masa corporal mayor de 40%, exámenes de laboratorio, teleradiografía de tórax, valoración cardiológica y ultrasonido de abdomen superior. Excluyendo en todos endocrinopatías.

Palabras claves: *Obesidad, gastroplastía, banda gástrica.*

SUMMARY

The purpose of this paper is to present the results of the gastroplasty, placing vertically, a silastic ring, on patients with extreme obesity. In a whole series of cases a study was carried out, the clinical records of eleven patients with extreme obesity were reviewed, the procedure was performed from march 1997 through july 1999. Of those patients; 9 were female, 2 males. The Study included complete clinical history, body mass index above 40%, clinical lab, thorax teleradiography, cardiological evaluation, abdominal ultrasound of upper abdomen. All endocrinopathy were excluded.

Key words: *Obesity, gastroplasty, gastric band.*

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica o de la obesidad ha recorrido un largo camino de más de 40 años. Desde 1954 se realizaron operaciones llamadas “absortivas” porque intentaban disminuir la superficie de absorción de los alimentos en el intestino, y para ello se hicieron puentes o “bypass” intestinales para unir los primeros segmentos del yeyuno con las porciones terminales del ileon. En México, alrededor de los años 70’s se trabajó en el Centro Médico Nacional del IMSS y el Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubiran” con algunas de las técnicas empleadas en el mundo, y debido a las complicaciones que se presentaban como: esteatosis hepática, litiasis renal, desnutrición severa y otras, se abandonaron dichas técnicas

absortivas y se informó a la comunidad nacional e internacional que las derivaciones intestinales no se deben realizar.¹

Basado en la observación -común en los años 50’s-, de que los enfermos operados por úlcera péptica a los que se le realizaba una amplia gastrectomía tipo billroth II, bajaban de peso y se mantenían así, se comprobó después de cuidadosos experimentos en animales que esta técnica no era ulcerogénica.

El Dr. Edward E. Mason, el 11 de mayo de 1966 llevó a cabo la primera operación que estuvo encaminada a reducir la capacidad gástrica, estableciendo la segunda etapa de la cirugía bariátrica conocida como restrictiva, así mismo realizó las primeras operaciones “restrictivas,” como un cierre gástrico para formar una bolsa pequeña, unida al intestino en una “y” de Roux, con el propósito de disminuir la capacidad gástrica, obtener un síndrome de estómago pequeño y reducir así la cantidad de calorías que pueda ingerir un enfermo obeso. Estas primeras operaciones dieron origen a muchas más a lo largo de los años 60, 70 y 80.²

En 1983 se fundó la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (ASBS) en Iowa, Estados Unidos, con objetivos similares a los de la Sociedad Mexicana. En marzo de 1991, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica, llevaron a cabo una conferencia especial para valorar la utilidad de la cirugía en la obesidad severa y en ella determinaron entre otras cosas que:³

- A) La obesidad severa es una enfermedad mortal que produce o agrava diversas enfermedades y acorta la vida.
- B) El tratamiento de elección es la cirugía.
- C) Las intervenciones quirúrgicas recomendadas son la derivación gástrica (bypass gástrico); las gastroplastías verticales con anillo de silastic^{4,8} o banda.⁵ En la actualidad la banda gástrica ajustable,⁶ así como derivación gástrica y gastroplastía vertical con banda por vía laparoscópica.
- D) Es preciso un seguimiento riguroso de los enfermos operados.

En México en 1978 el Dr. Rafael Alvarez Cordero, realizó la técnica descrita por Alden en 1977 en un número importante de pacientes y se instituyó como el pionero de la cirugía bariátrica en México. En 1993 con su gran dinamismo y entusiasmo fundó la Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad A.C, de la cual él fue su primer

presidente; en 1995 se fundó en Estocolmo, Suecia la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad (IFSO) de la que la Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad A.C. es cofundadora.⁷

Desde el punto de vista epidemiológico la obesidad es en México un problema de salud. La Secretaría de Salud realizó una encuesta sobre enfermedades crónicas en 1994 y 1996, ubicando a la obesidad como la segunda enfermedad crónica superada en frecuencias sólo por la hipertensión arterial, en efecto el 25.6% de la población adulta estudiada presentó hipertensión y el 21.4% obesidad severa con índice de masa corporal $IMC = \text{Peso actual (kg)} / \text{Estatura (mts}^2\text{)}$ mayor a 30, de modo que la obesidad severa es hoy en nuestro país como en otras latitudes, un serio problema de salud pública, tanto que la Organización Mundial de la Salud publicó un estudio amplio sobre esta epidemia global que es la obesidad, en el que analiza los riesgos derivados del exceso de peso y grasa corporales, y advierte que las consecuencias de no abordar ahora el problema podrán ser muy graves.

La clasificación actualizada de la obesidad dada por la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica en 1997, y tomada del registro internacional de cirugía bariátrica es la siguiente:⁸

CLASIFICACIÓN ACTUALIZADA DE LA OBESIDAD*	
INDICE DE MASA CORPORAL	% PESO IDEAL
Normal <25	80.7±15.1
Sobrepeso 25<27	117.5±3.4
Obesidad media 27-30	127.6±4.1
Obesidad medrada 30-35	146.9±6.2
Obesidad severa 35-40	166.8±6.7
Obesidad mórbida 40-50	194.8±12.8
Super obesidad 50-60	235.8±12.7
Super/Super obesidad >60	297.5±37.8

* Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica, 1997.

En nuestro país, la Norma Oficial Mexicana menciona que los pacientes con obesidad severa, pueden someterse a cirugía reductiva en los hospitales del sector salud que cuenten con el equipo adecuado.

En la actualidad las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad tienen una baja morbilidad, comparable a las realizadas en otros padecimientos graves. Así mismo, se sabe que gracias a las intervenciones quirúrgicas en el individuo con obesidad severa, se modifica la historia de padecimientos graves como hipertensión arterial, hiperglicemia, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, así como insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, esteatosis hepática y otras. Todo lo anterior significa que la cirugía de la obesidad, mejora la calidad de vida del enfermo obeso.

Sólo el 1% de los pacientes con obesidad severa podrán bajar de peso con manejo médico: fármacos, dietas y ejercicio; y el 99% restante no lo hará, o sólo parcialmente y por corto tiempo, posteriormente volverá a recuperar el peso perdido y requerirán de otro método para conseguirlo como es la cirugía. Las indicaciones para la cirugía de la obesidad severa son:

1. Pacientes con 40 kg por arriba del peso ideal, un sobrepeso mayor al 60%. En la actualidad, el parámetro

aceptado a nivel mundial es el índice de masa corporal, el cual debe ser de 34 kg/m² en adelante.

2. Pacientes con índice de masa corporal de 32 kg/m² siempre y cuando se asocie con alguna co-morbilidad como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, apnea del sueño, elevación del colesterol y/o triglicéridos.

3. Pacientes que han intentado bajar de peso con tratamiento médico a base de dietas, ejercicio y medicamentos como anfetaminas, diuréticos, hormonas tiroideas, etc. supervisado y manejado por un médico experto o nutriólogo y que por lo menos en los dos últimos años no ha logrado la pérdida del exceso de peso.

4. La cirugía está indicada para pacientes de 14 a 65 años, ya que antes de los 14 años algunos pacientes probablemente no han concluido su crecimiento y desarrollo y en pacientes mayores de 65 años el riesgo quirúrgico es muy elevado.

Existen dos contradicciones para someter a un paciente a cirugía de la obesidad severa:

1. Pacientes que presentan alguna patología endócrina que condicione cierto grado de obesidad como pudiera ser síndrome de cushing o hipotiroidismo.

2. Pacientes con problemas psiquiátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 11 pacientes y el protocolo preoperatorio incluyó: historia clínica completa con antecedentes con más de dos años de intentos por bajar de peso y múltiples intentos con tratamiento médico dietético para el mismo fin, talla y peso, índice de masa corporal mayor de 40 o más del 60% de sobrepeso, comprensión perfecta del procedimiento y una actitud positiva hacia el mismo, exámenes de laboratorio como: biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, perfil hepático, perfil tiroideo, pruebas de coagulación, teleradiografía de tórax, valoración cardiológica, ultrasonido de abdomen superior, excluyendo en todos endocrinopatía.

Los pacientes fueron citados cada mes a partir de la operación los primeros 6 meses, cada dos meses los siguientes 6 meses. Después del año de operados fueron citados cada 3 meses por 2 años. En cada visita se evaluó el estado general del paciente, la tolerancia alimenticia, la pérdida de peso en kg, el índice de masa corporal y el porcentaje de peso perdido.

Se operaron 11 pacientes de marzo de 1997 a julio de 1999, de los cuales 9 fueron mujeres y 2 hombres, con edades que fluctuaron entre 16 y 51 años, y un promedio de 33 años, con índice de masa corporal de 41 a 65 o sobrepeso de 104 (195%) a 166 kg (297%), la estatura varió entre 1.48 a 1.70 mts.

RESULTADOS

La pérdida de peso fue de 30 kg a los 6 meses (en la mayoría

más del 50% de su sobrepeso). Un paciente al cual se le combinó la técnica restrictiva (gastroplastía vertical con anillo) con absortiva (yeyuno-yeyunoanastomosis con disfuncionalización de 75 cm de asa de yeyuno), bajó más rápido de peso, en 6 meses perdió 50 kilos, se practicó en él la combinación de la técnica por ser un superobeso, que es lo más indicado en estos pacientes. Fueron 10 gastroplastías verticales con anillo y una técnica combinada. En cuanto a las complicaciones, se presentó una de manera temprana en un paciente superobeso por sangrado intraluminal en la entero-enteroanastomosis, al cual se le reintervino. Una complicación tardía, en una paciente que presentó gastritis erosiva al año de la cirugía acompañándose de vómito persistente por lo que se le retiró el doble anillo. Hasta ahora no ha habido mortalidad en esta serie de pacientes. Se muestran las fotos de dos pacientes: uno con gastroplastía vertical con anillo. (Fig. 1-2).

Otro con gastroplastía vertical con anillo y yeyuno-yeyunoanastomosis con desfuncionalización de 75 cm de yeyuno. (Fig 3-4).



FIGURA 1. Gastroplastía vertical con anillo. Antes de la cirugía.



FIGURA 2. Gastroplastía vertical con anillo. 2 años después.



FIGURA 3. Gastroplastía vertical con anillo y disfuncionalización de asa de yeyuno. Antes de la cirugía.



FIGURA 4. Gastroplastía vertical con anillo y disfuncionalización de asa de yeyuno. 6 meses después.

DISCUSIÓN

Por mucho tiempo se había considerado que la obesidad en sus diversas formas era una condición inevitable, que era un trastorno conductual que se podría resolver con un régimen dietético y disciplina. Finalmente se pensaba que la obesidad por sí sola, no producía problemas.

Hoy el concepto ha cambiado, por una parte se sabe que la obesidad severa es una enfermedad mortal, que acorta la vida y produce o agrava numerosos padecimientos.

En los últimos años se ha avanzado en la investigación de la obesidad, sus causas y sus consecuencias, así como los diversos tratamientos para controlarla. Se conocen con más precisión los factores genéticos que determinan la obesidad en todas sus formas, y se estudian constantemente otros que pueden ser modificados de diversas maneras.

Así mismo, especialistas de todas las disciplinas conocen hoy mejor la relación entre la obesidad severa y padecimientos cardiovasculares, hepáticos, renales, etc, con lo que la percepción de la obesidad como problema social y problema individual ha aumentado.

CONCLUSIÓN

La cirugía de la obesidad es un método eficiente y efectivo para bajar de peso, corregir los padecimientos asociados y mejorar la calidad de vida del enfermo con obesidad severa. En esta pequeña serie de pacientes los resultados han sido satisfactorios con el manejo quirúrgico seleccionado.

Se espera que el contenido de este artículo sea de interés para los cirujanos generales; sin embargo, aún hay mucho camino por recorrer, seguramente aparecerán más y mejores técnicas cuyos resultados superen a los obtenidos hasta ahora.

REFERENCIAS

1. Alvarez-Cordero R. Atlas de cirugía de la obesidad. Ed. Pare, México, 1993; 1: 9-11.
2. Documento básico sobre el tratamiento quirúrgico de la obesidad, Sociedad Mexicana de Cirugía de la Obesidad A.C. 1998; 1:1-10.
3. National Institutes of health conference: gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus development conference panel. *Ann intern med* 1991; 115: 956-960.
4. John Stoner MD. 42-month preliminary follow-up of the silastic ring vertical gastroplasty. *Obes surg* 1997;7:513-514.
5. Mason EE. Vertical banded gastroplasty for obesity. *Arch Surg* 1982; 117: 701-706.
6. Doldi SB. Adjustable Gastric Banding: 5 year experience. *Obes Surg* 2000; 10:171-173.
7. Cirujano General. *Organo Oficial Científico de la Asociación Mexicana de Cirugía General*. 1999; 21:279-280.
8. Obesity classification. *Obesity surgery* 1997; 7:523.