



CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

BANDA GÁSTRICA - BYPASS GÁSTRICO - BALÓN INTRAGÁSTRICO

José Pablo Vélez L.

Cirugía Laparoscopia Avanzada - Grupo de Obesidad

EDITORIAL

Para entender el uso de procedimientos quirúrgicos y endoscópicos en el control de problemas como la obesidad, es importante saber que ésta es considerada una enfermedad, tal como lo son la hipertensión y la diabetes, problemas que con frecuencia confluyen en el paciente obeso.

La cirugía bariátrica, término que se ha dado a las diferentes intervenciones quirúrgicas dirigidas al control de la obesidad, no es considerada desde ningún punto de vista un procedimiento estético. Este tipo de cirugías constituyen en la actualidad la forma más efectiva de tratar el exceso de peso luego de que han fallado los tratamientos con dietas y medicamentos.

En nuestra institución, nos hemos organizado un grupo de profesionales en torno al manejo de esta enfermedad, constituyendo el grupo de manejo de la obesidad, con el fin de ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento integral que le permita controlar su problema.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos para obesidad que se realizan hoy en el mundo, hay principalmente dos tipos de cirugías: las restrictivas, que ejercen su efecto a través de una reducción en la capacidad del estómago (banda gástrica y gastroplastia vertical), y las malabsortivas, en este caso la cirugía de bypass gástrico.

Estos procedimientos no son nuevos en el mundo de la medicina y se han realizado en los Estados Unidos desde hace varios años. Lo innovador hoy en día es su realización utilizando la técnica de cirugía laparoscópica o vídeo cirugía, con lo cual se evita la realización de heridas grandes en el abdomen que pueden ser muy molestas en un paciente severamente obeso.

La banda gástrica y la gastroplastia vertical tienen los mismos efectos a largo plazo en términos del peso que se pierde. Esto se desprende de la observación cuidadosa de grupos de pacientes operados con ambas técnicas y evaluados por periodos de cinco años o más. La banda gástrica le permite al paciente perder peso en forma importante y la cuantía de esta pérdida es altamente dependiente del grado de compromiso del paciente con su tratamiento y con la adhesión a las recomendaciones del Grupo de Obesidad.

El bypass gástrico por laparoscopia es la cirugía más utilizada en los Estados Unidos para el control de la obesidad severa, dado que produce pérdidas de peso notablemente superiores a la lo-grada con la banda y el mantener esta perdida de peso puede ser más fácil a largo plazo. La cirugía de bypass gástrico ha pasado la prueba del tiempo, y se conocen reportes de pacientes sometidos a ella hace 20 años, que hoy en día gozan de buena salud. El cambio importante que se ha introducido es su realización por medio de la cirugía laparoscópica.

Para concluir esta introducción, es importante insistir en la necesidad de contar con un grupo de obesidad multidisciplinario que le ofrezca el soporte adecuado a los pacientes obesos antes, durante y después del proceso de cirugía. El paciente debe utilizar su cirugía para perder peso y para lograrlo se requiere del apoyo y la asesoría de personas expertas en el tema que lo acompañen en el proceso desde antes de la cirugía e indefinidamente luego de esta.

LUIS GUILLERMO ARANGO, MD.

Endocrinología – Medicina Interna

Fundación Clínica Valle del Lili

DEFINICIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el organismo. Este sobrepeso, cuando es mantenido por largo tiempo, se asocia con múltiples problemas de salud.

La obesidad es la enfermedad crónica más común. En Estados Unidos, según un reporte de 1998, más del 55% de las personas mayores de 30 años, presentaba obesidad ó sobrepeso. No es curable pero sí controlable, como la hipertensión arterial, la diabetes o la hiperlipidemia, y por lo tanto requiere de programas de manejo a largo plazo como dieta, ejercicio, cambio en los hábitos de vida, manejo con droga y, en los casos más severos, cirugía.

Esta compleja enfermedad trae consigo complicaciones severas y es causa de hipertensión, diabetes, dislipidemias, problemas

en las articulaciones (caderas, rodillas, columna), dificultades respiratorias (apnea del sueño), y trastornos de la vesícula biliar (cálculos en la vesícula), entre otros. Además constituye un claro factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, infarto cardíaco) y algunos tipos de cáncer.

En términos económicos, la obesidad genera altos costos, tanto directos (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades directamente relacionadas con la obesidad), como indirectos (incapacidad laboral, muerte prematura, etc.) e intangibles (dolor, discriminación, dependencia social, etc.). En países desarrollados como Alemania y Francia se ha observado que entre el 2% y 6% del presupuesto nacional de salud, se invierte en cubrir los costos de problemas relacionados directamente con la obesidad.

Clasificación:

La obesidad puede clasificarse en grados de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC), es decir, la cantidad de kilogramos por superficie corporal que posee una persona. Este índice se obtiene con la fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kg.}}{\text{Talla en m}^2}$$

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta un índice de masa corporal IMC entre 18.5 y 24.9 Kg./m² como normal. Por encima de este nivel se considera que el paciente presenta sobrepeso u obesidad.

Índice de Masa Corporal	Clasificación
25 – 29 Kg./m ²	Sobrepeso
30 – 34	Obesidad tipo I
35 – 39	Obesidad tipo II
40 – 50	Obesidad tipo III – Obesidad mórbida
50 – 60	Super-obesidad
>60	Super-super obesidad

Tratamiento:

El éxito de los tratamientos orientados a la reducción de peso se mide por sus resultados a largo plazo, es decir, que la pérdida de peso obtenida con el tratamiento se mantenga luego de transcurrido un lapso considerable (generalmente se considera un período de 5 años).

El tratamiento inicial de la obesidad incluye un manejo adecuado de la dieta y una revisión de los hábitos de vida del paciente. La introducción del ejercicio dirigido y con asesoría adecuada contribuye en forma importante al éxito del tratamiento. Adicionalmente, se cuenta con una serie de drogas que pueden administrarse para favorecer la pérdida de peso. Estos medicamentos pueden interferir en la absorción de los alimentos o tener efecto sobre el apetito, reduciendo la sensación de hambre.

Los tratamientos con múltiples dietas han demostrado que es posible alcanzar pérdidas de peso importantes. Sin embargo, éstas no logran mantenerse a largo plazo en los pacientes con obesidades más marcadas como las de los tipos II y III, teniendo un éxito inferior al 5% pasados 5 años. Es decir, de los pacientes con obesidad severa que logran perder kilos de manera importante por medio de dietas, sólo el 5% logra mantenerse en ese peso luego de transcurridos 5 años.

La tendencia en el paciente obeso, que se somete a dietas severas bajo supervisión inadecuada, es a perder muchos kilos en forma rápida durante períodos cortos con nuevos aumentos de peso igualmente rápidos, alcanzando pesos cada vez mayores, lo que ha sido denominado el efecto “yo-yo”. Este comportamiento del peso es comúnmente observado en personas que siguen programas comerciales para el manejo de obesidad que ofrecen adelgazamientos rápidos, sin cambios significativos en los hábitos de vida del paciente.

CIRUGÍA PARA EL MANEJO DE LA OBESIDAD

A la obesidad severa se le denomina “obesidad mórbida” porque el exceso de peso reduce en grado significativo la esperanza de vida y está asociado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades. La cirugía bariátrica (nombre dado a la cirugía para la obesidad), constituye la mejor opción de tratamiento para estos pacientes, dado que sus resultados pueden mantenerse con el paso del tiempo. Al perder el peso suficiente, el paciente obeso podrá aumentar su esperanza de vida, reducir el riesgo de desarrollar enfermedades y mejorar su calidad de vida. No se trata de un tratamiento estético, a diferencia de la liposucción, la liposcultura o la lipectomía.

Pueden ser candidatos para el tratamiento de la obesidad con cirugía laparoscópica aquellas personas con obesidad de más de cinco años de evolución, con índice corporal por encima de 35 kg./m², que hayan demostrado falla a tratamiento supervisado con dieta y que estén dispuestas a seguir las recomendaciones del grupo de obesidad con respecto a cambios permanentes en sus hábitos alimentarios y de vida.

Técnica quirúrgica:

Existen varios tipos de cirugía para el control de la obesidad severa. Estas operaciones están dirigidas a reducir la capacidad del estómago para recibir alimentos, a interferir en la absorción de los alimentos ó a combinar ambos efectos.

En la Fundación Clínica Valle del Lili se ofrece la cirugía de banda gástrica colocada por vía laparoscópica y la cirugía del “bypass” gástrico por laparoscopia, técnicas que se explicarán a continuación. Se utiliza en algunas instituciones una técnica denominada gastroplastia vertical con banda (Fig. No. 1), la cual produce

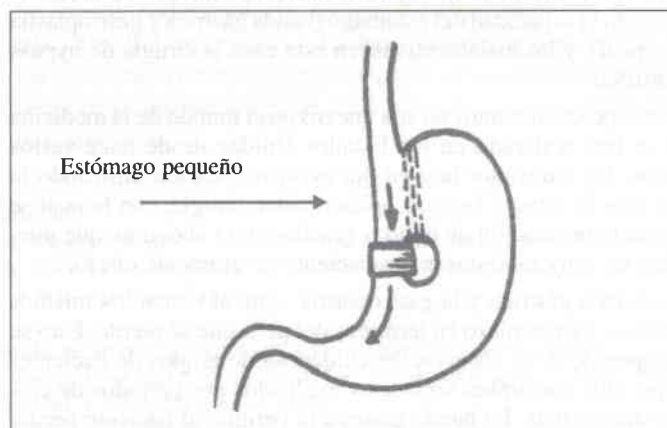


Figura No. 1. Gastroplastia Vertical con Banda. En esta cirugía se crea igualmente un pequeño estómago en la parte superior. El paciente se siente lleno con pocas cantidades. La digestión posterior se hace por la vía usual. Produce resultados similares a la banda gástrica con la diferencia de que en este procedimiento es necesario cortar y grapar estómago.

reducciones de peso similares a las observadas con la banda gástrica, con la diferencia de que con esta gastroplastia es necesario grapar y cortar el estómago.

Banda gástrica por laparoscopia:

El sistema de banda gástrica consiste en una operación en la que se coloca un anillo de un material sintético alrededor del estómago, creando algo parecido a un reloj de arena, con un saco pequeño en la parte superior, el cual sólo puede contener una cantidad limitada de alimentos (Ver figura No. 2).

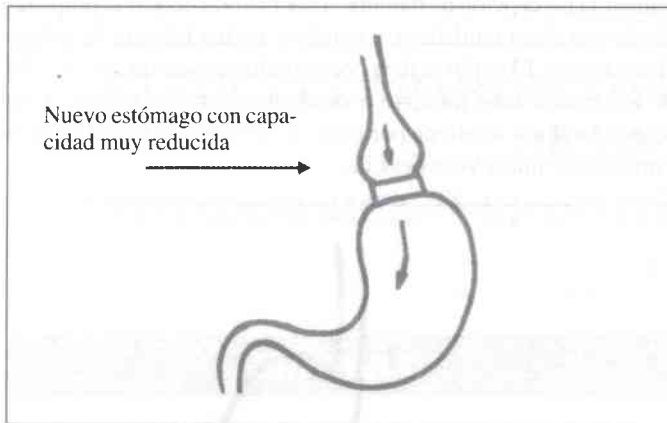


Figura No. 2. Banda Gástrica. Se crea un nuevo estómago de pequeña capacidad. El paciente se siente lleno con pequeñas cantidades de alimentos. La digestión de éstos se hace por la vía normal.

Con esta técnica no es necesario grapar ni cortar el estómago. Al comer, el paciente se sentirá lleno rápidamente luego de ingerir cantidades muy pequeñas, debido a la distensión de la porción del estómago que se encuentra por encima de la banda, lo que le permitirá perder peso de manera importante.

Esta banda puede ser ajustable o no ajustable. En el caso de ser ajustable, en su superficie interior contiene un balón que puede inflarse. Esto le permite al médico ajustar el diámetro de la "cintura" que se hace al estómago después de la cirugía. En caso de tratarse de una banda no ajustable, el diámetro de la "cintura" se determina en el momento de la cirugía.

"Bypass" gástrico por laparoscopia:

En la cirugía del "bypass" gástrico por laparoscopia, se crea también un pequeño saco al cortar y grapar la parte superior del estómago. Adicionalmente, se conecta esta parte superior del estómago en forma directa con el intestino delgado, lo que hace que los alimentos ingeridos pasen rápido de ese pequeño estómago al intestino, produciéndose una baja absorción de los mismos (Ver figura No. 3). Esta técnica combina la restricción de la capacidad gástrica con la disminución en la absorción de los alimentos, lo que produce una pérdida de peso aún mayor que con la banda gástrica y la gastroplastia vertical con banda.

La cirugía de "bypass" gástrico puede ser una opción mejor para pacientes con obesidades muy severas, con Índice de Masa Corporal por encima de 50 Kg./m², ó para pacientes con Índice de Masa Corporal menor pero que consumen alimentos dulces con frecuencia, pues se crea una intolerancia a éstos, haciendo que el paciente los evite y rebaje más. Esta cirugía del bypass gástrico es la que mayores resultados produce, logrando reducciones hasta del 80% del exceso de peso. En este caso es necesario que el paciente suplemente su dieta con algunas vitaminas y otros elementos como calcio, hierro y vitamina B12, en forma permanente.

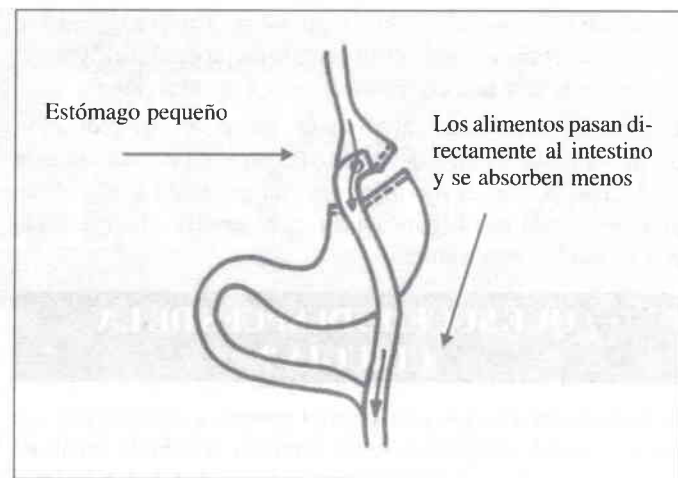


Figura No. 3 "Bypass" Gástrico. Igualmente se crea un pequeño saco en la parte superior del estómago. Además se conecta este pequeño estómago directamente al intestino delgado. La digestión se realiza por una ruta diferente, lo que hace que se absorban menos los alimentos. Es el procedimiento que produce mayor pérdida de peso.

Técnica laparoscópica:

Ambos procedimientos se realizan utilizando la técnica laparoscópica ó "mínimamente invasiva", practicando incisiones pequeñas en el abdomen e introduciendo una lente especial conectada a una cámara de vídeo e instrumentos delgados y largos. No es necesario abrir el abdomen y la cirugía se realiza visualizando la imagen en un monitor de vídeo. Esto permite una recuperación rápida, con poco dolor por el pequeño tamaño de las incisiones realizadas. Una vez terminada la cirugía, el paciente permanece hospitalizado durante 24 horas en el caso de la banda y durante unos 4-5 días en el caso del "bypass" gástrico.

¿ CUÁLES SON LOS PASOS PARA SER SOMETIDO A ESTE TIPO DE CIRUGÍA PARA EL MANEJO DE LA OBESIDAD?

El paciente debe cumplir con los requisitos mencionados anteriormente para ser considerado candidato para esta cirugía. Es necesario asistir a consulta con algunos de los profesionales miembros del grupo de obesidad de la Fundación, (endocrinólogo, cirujano, nutricionista, sicóloga).

En estas consultas se ordenan exámenes de laboratorio con el fin de evaluar el estado de salud del paciente, iniciar un manejo con dieta y corregir aquellos problemas que pudieran estar contraindicando la cirugía. Durante este tiempo de preparación se le suministra información completa acerca de los procedimientos, indicaciones, contraindicaciones, beneficios en cada caso particular y potenciales complicaciones. La educación e información del paciente son de suma importancia, pues preparan el terreno para un postoperatorio fácil y de buenos resultados.

¿ CUÁNTO PESO SE PIERDE CON LA CIRUGÍA DE BANDA GÁSTRICA Y CON EL "BYPASS GÁSTRICO"?

La cantidad de peso que pierde un paciente después de la cirugía depende del tipo de operación que se realice y de su motivación y su adhesión a las recomendaciones de los profesionales del grupo de obesidad. En términos generales se ha observado

que cinco años después de la cirugía los pacientes a quienes se les coloca la banda gástrica han perdido en promedio el 50% del exceso de peso y han logrado mantener esa reducción.

En pacientes sometidos al "bypass" gástrico, esta reducción puede ser hasta del 80% del exceso de peso y si están altamente motivados, puede ser significativamente mayor. La pérdida de peso observada con la banda gástrica es similar a la observada con la gastroplastia vertical.

¿ QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA ?

El paciente retorna a sus actividades normales rápidamente. La dieta va siendo progresivamente similar a la comida usual del paciente, con algunas restricciones en la calidad de la comida y especialmente en la cantidad de alimentos que se deben ingerir. Es necesario acostumbrarse a masticar bien y comer despacio. La pérdida de peso se presenta en forma paulatina. Se puede continuar perdiendo peso hasta más de un año después de la operación. Si el paciente desea hacerse algún tipo de cirugía plástica para retirar la piel excesiva, se recomienda que ésta se realice al menos un año después de someterse a la mencionada intervención quirúrgica.

El ejercicio es una herramienta importante que contribuye a la sensación de bienestar y al reacondicionamiento físico del paciente obeso, quien debido a su problema generalmente tiene hábitos sedentarios. Dentro del grupo de obesidad se cuenta con la participación de especialistas en el área de fisioterapia y rehabilitación, quienes acompañan al paciente en el proceso de reacondicionamiento físico.

¿ QUÉ SUCEDE CON EL PACIENTE OBESO QUE SUFRE DE OTRAS ENFERMEDADES ?

La obesidad se asocia a múltiples enfermedades y con frecuencia es un factor causante o agravante de las mismas. Tal es el caso de la hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, enfermedades de la columna y las articulaciones, infertilidad, apnea del sueño, etc.

En estos casos, se estabiliza el paciente con un tratamiento adecuado y posteriormente se le lleva a cirugía, observando que al lograr pérdidas de peso significativas, se presenta una notable mejoría en muchas de estas enfermedades, facilitando su manejo y reduciendo el riesgo de complicaciones graves y muerte por éstas.

El balón intragástrico: una opción para obesidades menos severas.

El balón intragástrico (Figura No. 4) constituye otra opción para el manejo de la obesidad que no es tan severa o para el manejo inicial de la obesidad severa antes de la cirugía (como preparación para ésta). Se trata de un balón elástico que se coloca dentro del estómago a través de la boca con la utilización de un endoscopio, bajo sedación y en forma ambulatoria. Este balón se infla con líquido y se deja suelto dentro del estómago, lo cual produce una sensación de llenura y plenitud, y contribuye a reducir la percepción de hambre. Este método debe ir acompañado de una dieta cuidadosa y cambios en los hábitos de vida y alimentarios. El balón se deja por períodos de seis meses, al cabo de los cuales debe retirarse o cambiarse por uno nuevo. Esta opción también se ofrece por parte del Grupo de Obesidad de la Fundación Clínica Valle del Lili.

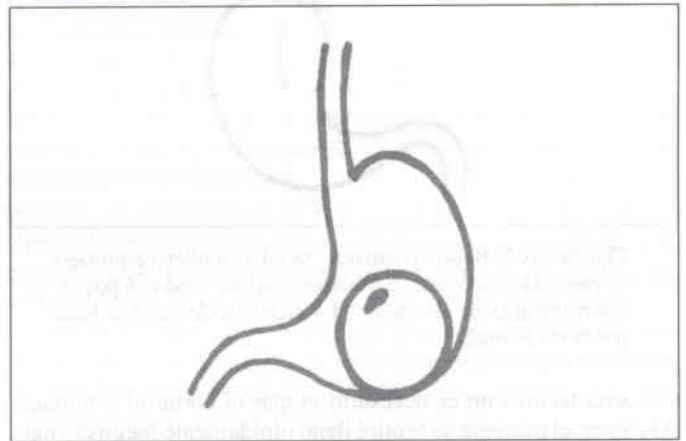


Figura No. 4. Balón intragástrico. Es un balón que se infla con líquido y se deja suelto dentro del estómago, lo que produce sensación de llenura. Contribuye a reducir la sensación de hambre por su peso y por ocupar espacio.

¿ QUÉ PAPEL CUMPLE EL GRUPO DE OBESIDAD DE LA FUNDACIÓN ?

Se trata de un grupo de profesionales de la salud con interés en el manejo del paciente obeso. Forman parte de él especialistas en las áreas de endocrinología, cirugía, nutrición, sicología, psiquiatría y fisioterapia, entre otros. La función del grupo es ofrecer al paciente obeso un tratamiento integral y un seguimiento permanente de su problema de obesidad y de las posibles enfermedades asociadas.

Comité Editorial:

- Dr. Martin Wartenberg
- Dr. Hernán G. Rincón
- Dra. Marisol Badiel
- Enfermera María Elena Mosquera
- Dr. Adolfo Congote
- Dr. Jaime Orrego
- Dra. Yuri Takeuchi
- Sra. Alda Mera
- Sra. María Teresa Sellarés
- Dr. Alfredo Sánchez
- Dr. Carlos Alberto Cañas

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili - Cra. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@telesat.com.co

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente

