

Cirugía bariátrica

Alejandro Grigaites¹

Es una excelente noticia desde el punto de vista de la cirugía bariátrica en la Argentina que se generen estudios de investigación y se publiquen las experiencias en este terreno.

Fernández y col.¹¹ describen su experiencia analizando el subgrupo de pacientes con IMC de 40 a 50 que constituye, en definitiva, la población que con mayor frecuencia visita a los equipos que tratan la obesidad mórbida (OM).

Los autores analizan la morbilidad y la eficacia de la gastrectomía (GT) y el *bypass* gástrico (BPG). Cabe destacar que la cirugía bariátrica y metabólica es hoy en día el único procedimiento capaz de resolver a mediano y largo plazo en diversos grados la obesidad mórbida (IMC 40-50), o severa (IMC 35-40), y al mismo tiempo generar mejoría o resolución de comorbilidades, especialmente de la diabetes 2⁸. Es más, algunos estudios como el de Adam y col. publicado en el *N Engl J Med*¹⁰, en el cual comparan poblaciones de pacientes obesos severos y mórbidos, operados (BPG) y no operados (7925 en cada grupo), presentan como conclusión que, en el grupo de pacientes obesos mórbidos operados (BPG), luego de 7,1 años existe un 40% de reducción de la mortalidad, asociada a mejoría de la diabetes 2, y disminución de problemas cardiovasculares y cáncer.

En cuestión de morbilidad, la seguridad del paciente es un tema esencial, que no solo se logra con el volumen de cirugías: además es necesario generar orden, disciplina y calidad en cada uno de los integrantes del sistema multidisciplinario.

El porcentaje de complicaciones que describe la experiencia de este equipo es comparable con los valores habituales en centros de gran experiencia en la materia. La morbilidad global fue de 1,67% para GT y 6,12% para BPG. No observaron mortalidad, resultado muy alentador. Deseo destacar especialmente una de las complicaciones más temidas: la filtración de las suturas. Estas dehiscencias ponen en juego la vida de los pacientes, por lo que es fundamental reducir al máximo su generación, más aún en la GT ya que son particularmente complicadas de resolver y pueden causar mortalidad en forma aguda o evolucionar hacia fístulas crónicas de difícil y caprichoso manejo. Ejemplo de estas son las fístulas gastrobronquiales, de compleja resolución, asociadas a morbimortalidad y alteración de la calidad de vida de los pacientes^{3,4}. Según este artículo, el índice de fístula fue de 1,11% (n=4) para BPG y 0,64% (n=5) para GT, lo cual evidencia muy bajo índice y menor globalmente que lo observado en otras series internacionales, como el 2,8% que describe C. Moon Rena,

en un artículo de este año³ y el 1,4% descripto por N. V. Christou⁷.

Poner énfasis en este aspecto significa tener una técnica adecuada y para ello es necesario el entrenamiento. Muchos artículos argumentan acerca de la llamada "curva de aprendizaje" en cirugía bariátrica y su importancia, y describen la necesidad de realizar en forma tutorizada entre 50 y 70 procedimientos para reducir de esa manera la incidencia de complicaciones¹.

Este estudio demuestra una vez más la importancia del entrenamiento para tratar pacientes que son complejos. En los Estados Unidos han creado una organización especial para investigar el tema y definir los estándares de calidad de los llamados "Centros de Excelencia", que son equipos multidisciplinarios dedicados en forma exclusiva al tratamiento de pacientes obesos mórbidos²⁻⁶.

El segundo punto para describir tiene relación con la efectividad en el descenso de peso de los dos procedimientos. El seguimiento a 3 años deriva en un porcentaje de exceso de peso perdido (EPP) de 63,2 y 71,2 para GT y BPG, respectivamente. Estos resultados son muy favorables y comparables con las experiencias generales tanto de nuestro país como internacionales⁸. Lograr buenos resultados no solo depende de la calidad técnica quirúrgica sino de generar un buen equipo multidisciplinario que logre modificar los hábitos y conductas de los pacientes hacia una vida globalmente más saludable. De esa manera se verifica entonces el doble mérito de los autores, calidad quirúrgica y pericia en la elección de un equipo multidisciplinario de calidad.

Por otra parte, según la investigación que comentamos, el número de pacientes en seguimiento a 3 años es 118 (15%) en GT y 85 (23%) en BPG.

Como en la mayoría de las experiencias y publicaciones internacionales, el control a mediano y largo plazo resulta muy complicado de realizar por la baja adherencia al seguimiento de los propios pacientes.

Conocemos innumerables experiencias⁵⁻⁷ acerca de lo difícil que es hacer un buen seguimiento a largo plazo por falta de contacto del paciente con su equipo. Hace unos años, en 2011, K. Higa⁵ presentó su experiencia de 10 años de seguimiento en 242 BPG (de febrero de 1998 a abril de 1999). Como conclusión muestra que el seguimiento directo en consultorio fue de solo el 7% a 10 años, aunque lograron agregar un 19% más de pacientes al seguimiento gracias al contacto telefónico.

Por lo tanto, los resultados que se obtienen corresponden en general a pequeñas muestras de la población total de pacientes operados.

En cuanto al descenso de peso diferencial entre los dos procedimientos, no es pasible de comparación ya que no se trata de un estudio aleatorizado y

prospectivo, y a que los pacientes fueron seleccionados para uno u otro procedimiento según el entender de los autores y la elección del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Shin RB. Evaluation of the learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2005; 1(2): 91-4.
2. Champion JK, et al. Centers of Excellence for Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2005; 1(2): 148-51.
3. Moon RC, et al. Management of staple line leaks following sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2015; 11(1):54-9.
4. Rebibo L, et al. Management of gastrobronchial fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2013; 10(3):460-7.
5. Higa K, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: 10-year follow-up. *Surg Obes Relat Dis.* 2011; 7(4):516-25.
6. Pratt GM, McLees B, Pories WJ. The ASBS Bariatric Surgery Centers of Excellence program: a blueprint for quality improvement. *Surg Obes Relat Dis.* 2006;2:497-503.
7. Christou NV, Look D, Maclean LD. Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. *Ann Surg.* 2006;244:734-40.
8. Lee CM, Cirangle PT, Jossart GH, et al. Vertical gastrectomy for morbid obesity in 216 patients: report of two-year results. *Surg Endosc.* 2007;21:1810-6.
9. Sjostrom L, et al for the Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med.* 2007; 357:741-52.
10. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. *N Engl J Med.* 2007 August 23; 357:753-61.
11. E Fernández y col. Bypass gástrico en Y-de-Roux y gastrectomía tubular laparoscópicas en el tratamiento de la obesidad mórbida. *Rev Argent Cirug* 2015;107(3):125-9

1. *Director de Programa Unidades Bariátricas*
Buenos Aires
Cirujano coordinador de Cirugía bariátrica y Metabólica Clínica del Sol y
Las Lomas San Isidro