

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Banding gástrico laparoscópico en pacientes con IMC menor a 35*

Laparoscopic gastric banding among patients with a body mass index of less than 35 kg/m²

Drs. MARCOS BERRY S.¹, CRISTIAN MARTÍNEZ B.¹, LIONEL URRUTIA M.¹

¹Unidad de Cirugía de la Obesidad. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

RESUMEN

La cirugía constituye el método más efectivo para lograr la reducción y mantención de la pérdida de peso en el paciente obeso. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados a corto y mediano plazo en pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) bajo 35. Los autores realizaron 38 procedimientos de banding gástrico laparoscópico en pacientes con IMC entre 30 y 34,9. La proporción mujer/hombre fue de 2,4:1. La edad promedio fue de 39,2 años y el IMC fue de 32,8 kg/m². El tiempo operatorio fue de 58 minutos y la estadía hospitalaria fue de 2 días. No hubo mortalidad en la serie. Las complicaciones alcanzaron al 7,9%. El porcentaje de pérdida de peso alcanzó al 57,7% a los 12 meses y la resolución o mejoría de las comorbilidades fue un 84% a los 6 meses. El banding gástrico laparoscópico es una alternativa efectiva y segura para el manejo del exceso de peso y comorbilidades en el mediano plazo en pacientes con IMC menor a 35. Son necesarios seguimientos a largo plazo que confirmen los efectos benéficos de la cirugía en este grupo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: *Cirugía de la obesidad, banding gástrico, IMC menor a 35.*

SUMMARY

Background: Surgery is the most effective treatment to reduce weight among obese subjects. *Aim:* To assess the results of gastric banding among patients with a body mass index (BMI) of less than 35 kg/m². *Material and methods:* Prospective study of 38 patients aged 14 to 60 years (27 females) with a BMI ranging from 30 to 34.5 kg/m², subjected to a gastric banding. *Results:* Mean operative time and hospital stay were 58 minutes and two days, respectively. Eight percent had surgical complications. Mean weight loss was 58% at 12 months and complications associated to obesity subsided in 84% of patients at six months. *Conclusions:* In this series of patients with a BMI of less than 35 kg/m², gastric banding was safe and effective to achieve weight loss.

KEY WORDS: *Gastric banding, obesity, bariatric surgery.*

*Recibido el 4 de Diciembre de 2006 y aceptado para publicación el 18 de Mayo de 2007.

Correspondencia: Dr. Marcos Berry S.

Lo Fontecilla 441. Santiago, Chile

Fax: 56-2-2105727

email: cirujano@cirugiadeobesidad.cl

INTRODUCCIÓN

La cirugía constituye en la actualidad el procedimiento más efectivo para lograr la reducción de peso en los pacientes obesos. Sus indicaciones están claramente establecidas para aquellos pacientes con IMC > a 40 aquellos con IMC >35 asociado a comorbilidades^{1,2}. Sin embargo existe un amplio espectro de pacientes con niveles de obesidad que no les permite situarlos en rangos de obesidad severa o mórbida, para los cuales las alternativas médicas suelen no ser del todo efectivas y donde la cirugía tendría un rol favorable^{3,4}.

Existen pocos datos en la literatura que avalen la indicación quirúrgica en este grupo de pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados a corto y mediano plazo, orientado a la reducción de peso y mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre octubre del 2003 y mayo del 2005 se realizaron 38 procedimientos de Banding gástrico laparoscópico (Lap Band System, INAMED, Santa Barbara, Cal) en pacientes con IMC entre 30 y 34,9 (Tabla 1).

Los pacientes fueron evaluados por un equipo multidisciplinario que incluyó entrevista con nutrióloga, sicóloga, nutricionista y cirujano. En todos ellos se realizó una examen clínico completo que incluyó evaluación antropométrica, estudios de laboratorio en búsqueda de patología asociada, ecotomografía abdominal y endoscopia digestiva alta con test de ureasa en busca de *H. pylori*. La presencia de test de ureasa positivo fue indicación de erradicación. Se realizó esófagograma con bario diluido a las 12 hrs postoperatorias, iniciando aporte oral si este era normal. Los pacientes fueron mantenidos con dieta líquida los primeros 7 días, para luego progresar a colados e introducción de lácteos la segunda semana. Desde la segunda semana y hasta la cuarta, los pacientes permanecieron con alimentos colados-picados. Desde ahí en adelante la consistencia de los alimentos es la habitual con una pauta adecuada a los requerimientos nutricionales de cada paciente, los que además reciben suplementos vitamínicos.

El primer ajuste se realiza a partir de la sexta semana, con controles mensuales durante los primeros seis meses y luego cada dos meses, con ajustes y reevaluaciones de acuerdo a la baja ponderal y grado de saciedad.

Todos los pacientes fueron incluidos dentro de un protocolo prospectivo que comprendía sus datos

demográficos, comorbilidades, complicaciones precoces y tardías y evolución de peso. Se les solicitó a todos los pacientes que firmaran un consentimiento informado y se les explicó que estaban en un rango de obesidad que no constituye indicación habitual para cirugía. Se evaluó al cabo de 6 meses postcirugía la condición de las comorbilidades en 26 pacientes. Estas se consideraron como curadas, si no existía evidencia de enfermedad; mejoradas en aquellos casos en que el requerimiento de medicamentos o número y severidad de las comorbilidades disminuyó; igual o peor, si es que la patología asociada no presentó cambio o empeoró; desconocida, en aquellos que no conocen su condición mórbida actual.

RESULTADOS

No hubo mortalidad en esta serie. Las complicaciones alcanzaron al 7,9% e incluyeron un sangrado intra abdominal autolimitado, un deslizamiento agudo con reposicionamiento precoz dentro de la misma hospitalización y una intolerancia tardía que no demostró deslizamiento y que obligó al desajuste completo de la banda con recuperación de peso.

Las comorbilidades asociadas se detallan en la Figura 1. Destacan por su frecuencia la resistencia insulínica e hiperinsulinismo, dislipidemia, hígado graso y artropatía.

El porcentaje de pérdida del exceso de peso alcanzó al 57,7% a los 12 meses. Su evolución se presenta en la Figura 2.

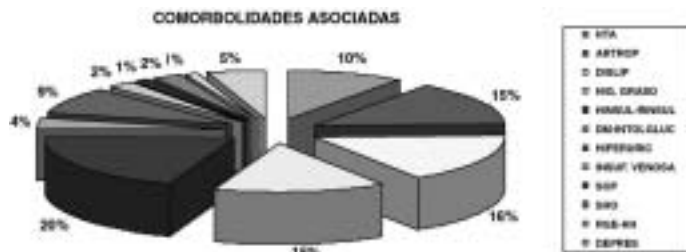
El progreso de las comorbilidades se detalla en la Figura 3. Estas son curadas o mejoradas en un 84% a los 6 meses postcirugía.

DISCUSIÓN

La cirugía constituye en la actualidad la mejor herramienta para lograr control del peso y los estados mórbidos asociados a la obesidad¹.

Tabla 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE OBESOS CON IMC MENOR A 35

Edad promedio	39,2 (14-60) años
IMC promedio	32,8 (30-34,5)
Sexo	F= 27 / M=11
Peso promedio	90,6 Kg.
Sobrepeso promedio	26,7 (17,2-32,7) kg
Tiempo quirúrgico	58 min. (35-70)
Estadía hospitalaria	2 días



HTA: Hipertensión arterial. ARTROP: Artropatía. DISLIP: Dislipidemia. HIG. GRASO: Hígado graso. HINSLUL-RINSUL: Hiperuricemia-Resistencia a la insulina. DM-INTOLGLUC: Diabetes mellitus-intolerancia a la glucosa. HIPERTURIC: Hiperuricemia. INSUF. VENOSA: Insuficiencia venosa. SOP: Síndrome de ovario poliquístico. SHO: Síndrome de hipoventilación del obeso. RFE-HI: Reflujo gastroesofágico y hernia hiatal. DEPRES: Depresión

Figura 1. Comorbilidades en pacientes obesos con imc menor a 35.

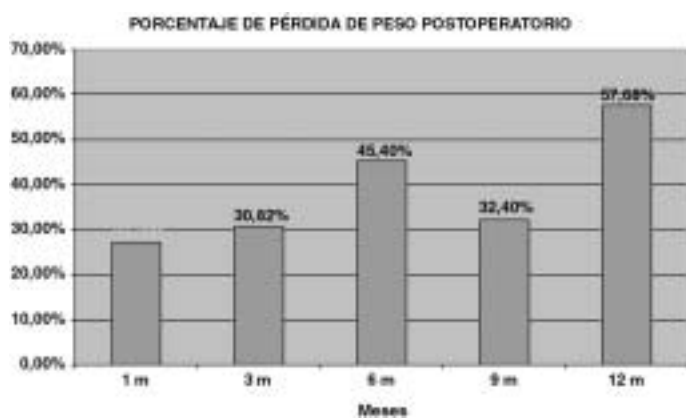


Figura 2. Porcentaje de pérdida de peso en obesos con imc menor a 35.

Si bien las indicaciones para el tratamiento quirúrgico del paciente obeso están claramente establecidas, existe un grupo de pacientes que no cumplen ampliamente con los requisitos necesarios para ser considerados candidatos para cirugía.

Es precisamente en el grupo de pacientes con IMC entre 30-35, portadores de comorbilidades asociadas a su condición de obesidad en que se plantea una alternativa mas radical para el control del peso y las patologías relacionadas.

Nuestra serie esta conformada por un grupo de 38 pacientes, todos ellos evaluados por un equipo

profesional multidisciplinario con amplia experiencia en el manejo del paciente obeso.

De esta serie destacan los buenos resultados a 6 y 12 meses de seguimiento con reducción de porcentaje de perdida de peso de 45,4 y 57,7% respectivamente, con una morbilidad acorde a la publicada por otras series internacionales^{4,5}. El objetivo principal de nuestro trabajo se ve reflejado en la curación o mejoría de las comorbilidades asociadas, la que alcanza a un 84%, con el consiguiente aumento de expectativa y calidad de vida de los pacientes^{6,7}.

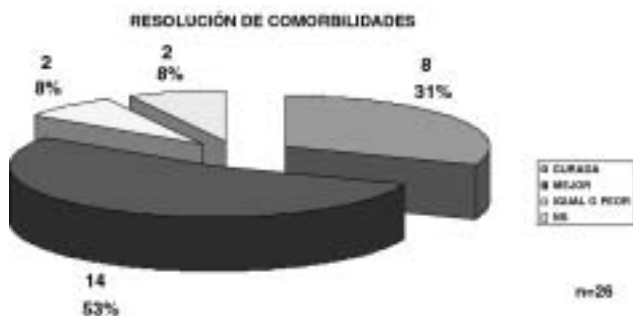


Figura 3. Evolución de comorbilidades en obesos con imc menor a 35.

Del presente trabajo se concluye que el banding gástrico laparoscópico es una alternativa efectiva y segura para el manejo del exceso de peso y comorbilidades en el mediano plazo en pacientes con IMC menor a 35.

Son necesarios un mayor número de pacientes y un seguimiento a largo plazo que confirmen los efectos benéficos de la cirugía en este grupo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Gastrointestinal surgery for severe obesity. National Institutes of Health Consensus Development. *Obes Surg* 1991; 1: 257-266.
2. Dixon JB, O'Brien PE. Selecting the optimal patients for Lap-Band placement. *Am J Surg* 2002;184 (Suppl): 17S-20S.
3. Fobi M, Lee H, Igwe D, Felahy B, James E, Stanczyk M *et al.* Gastric bypass in patients with BMI <40 but >32 without life threatening co-morbidities: preliminary report. *Obes Surg* 2002; 12: 52-56.
4. Angrisani L, Favretti F, Furbetta F, Iuppa A, Doldi S.B., Paganelli M *et al.* Italian Group for Lap-Band System®: Results of Multicenter Study on Patients with BMI <35 kg/m². *Obesity Surgery* 2004; 14: 415-418.
5. O'Brien PE, Dixon JB. The laparoscopic adjustable gastric band (Lap-Band®): A prospective study of medium-term effects on weight, health and quality of life. *Obes Surg* 2002; 12: 652-660.
6. Dixon JB, O'Brien PE. Changes in comorbidities and improvements in quality of life after Lap Band® placement. *Am J Surg* 2002; 184 (Suppl): 51S-54S.
7. Dixon JB, Dixon ME. Quality of life after Lap-Band placement: Influence of time, weight loss, and comorbidities. *Obes Res* 2001; 9: 713-721.